

XXV.

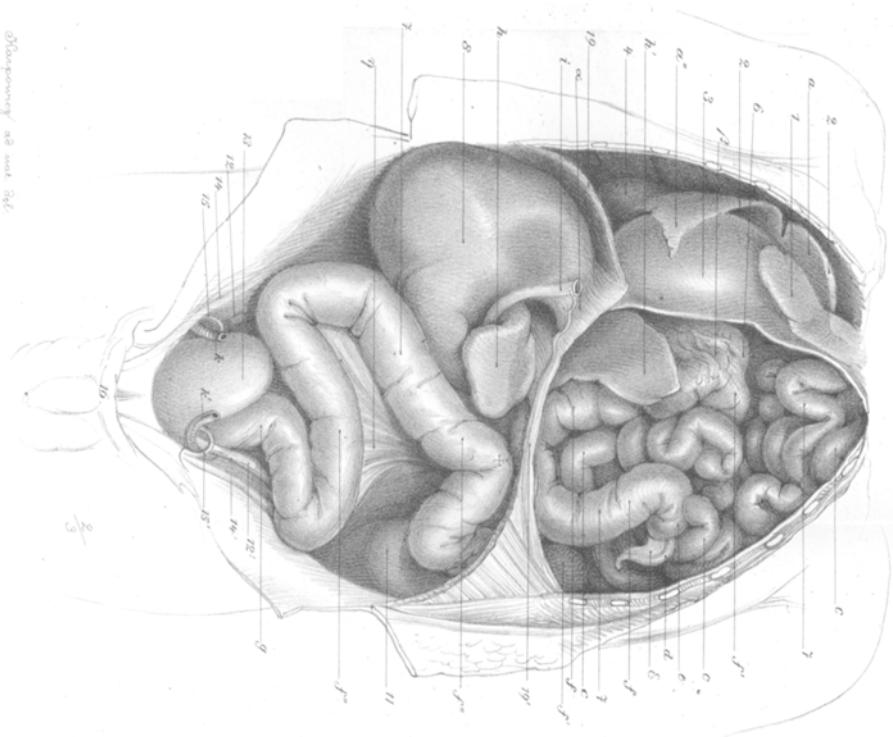
Abhandlung eines Falles mit einem *Mesenterium commune* für das *Jejuno-Ileum* und das *Colon ascendens*, bei Vorkommen einer *Hernia diaphragmatica congenita spuria sinistra* mit Besonderheiten.

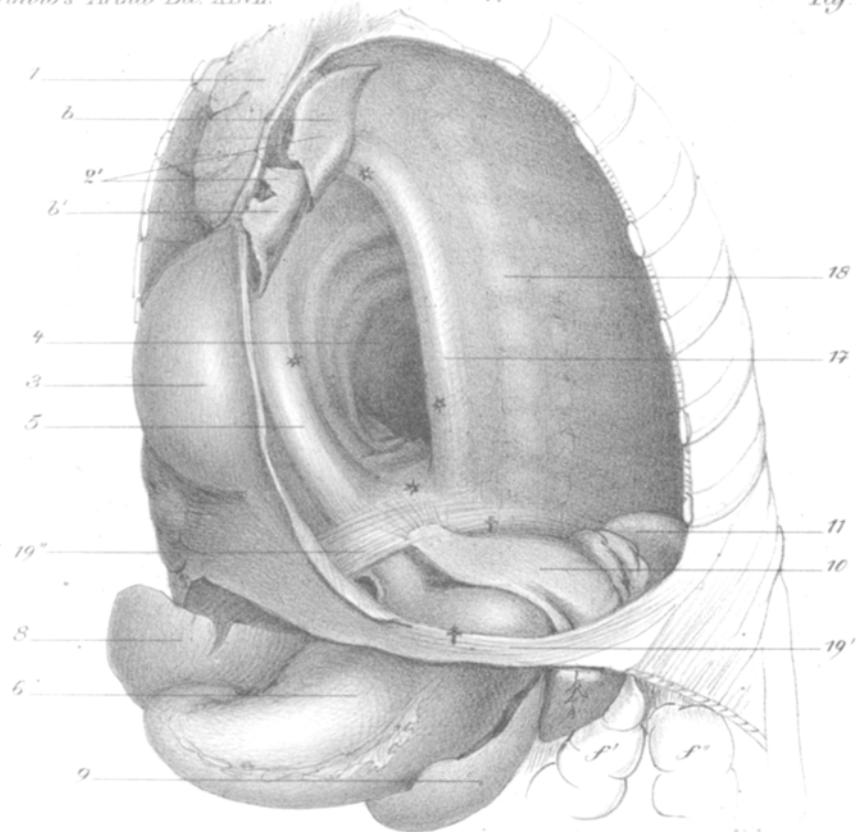
Von Dr. Wenzel Gruber,
Professor der Anatomie in St. Petersburg.

(Hierzu Taf. XIV—XV.)

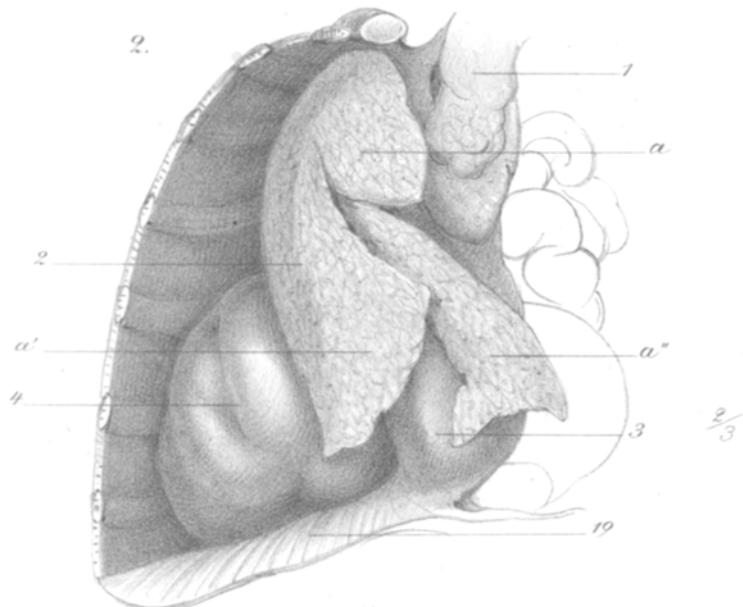
Ein durch Bildungshemmung persistirendes *Mesenterium commune* für den *Dün-Dickdarm* verschiedenen Grades habe ich im Fötus vom 7. Monate aufwärts, im Kindes-, Knaben-, Jünglings- und Mannesalter angetroffen. Bis 1868 hatte ich in einer Reihe von Aufsätzen bereits über 13 Fälle berichtet¹⁾. Unter diesen Fällen war auch einer zugleich mit seitlicher Trans-

¹⁾ W. Gruber a) Ueber einige seltene durch Bildungsfehler bedingte Lagerungsanomalien des Darmes bei erwachsenen Menschen. Bull. de l'Acad. Imp. des sc. de St. Petersbourg. Tom. V. No. 2. p. 49; Mélang. biolog. Tom. IV. Livr. 2. St. Petersburg 1862. p. 149. Fig. 1 et 2. — b) Beiträge zu den Bildungshemmungen der Mesenterien. Arch. f. Anat., Physiol. u. wiss. Medicin. Leipzig 1862. S. 588. Taf. XIV-B. Fig. 1 u. 2. — c) Weitere Beiträge zu den Bildungshemmungen der Mesenterien. Dasselbst 1864. S. 478. Taf. XI. Fig. 1 u. 2. — d) Ueber das Vorkommen eines *Mesenterium commune* für das *Jejuno-Ileum* und die grössere Anfangshälfte des Dickdarmes bei seitlicher Transposition der *Viscera* aller Rumpfhöhlen etc. Dasselbst 1865. S. 558. Taf. XIV. — e) Atresia ani und *Mesenterium commune* für das *Jejuno-Ileum* und den grössten Theil des *Colon ascendens* bei einem reifen männlichen Fötus. Oesterr. Zeitschr. f. pract. Heilkunde. Wien 1866. No. 1. — f) Nachträge zu den Bildungshemmungen der Mesenterien und der *Hernia interna mesogastrica* überhaupt; und Abhandlung eines Falles mit einem *Mesenterium commune* für den *Dün-Dickdarm*, einer beträchtlichen *Hernia interna mesogastrica dextra* und einer enorm grossen *Hernia scrotalis dextra* besonders. Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. u. klinische Medicin. Bd. 44. Berlin 1868. S. 215. Taf. VIII.





2.



position der Viscera und ein anderer mit einer Hernia interna mesogastrica dextra und einer enorm grossen Hernia scrotalis dextra behaftet.

Vor Kurzem traf ich ein *Mesenterium commune* für das *Jejunum-Ileum* und *Colon ascendens* auch in einem Falle von *Hernia diaphragmatica congenita spuria sinistra* an. Ich veröffentliche auch diesen 14. Fall im *Nachstehenden*, weil meines Wissens des Vorkommens eines persistirenden Mesenterium commune bei der Hernia diaphragmatica überhaupt nur in 1 Falle (Mesenterium commune geringsten Grades) und des Vorkommens desselben bei der Hernia diaphragmatica spuria sinistra auch in keinem Falle Erwähnung geschah und weil dieser Fall als Hernie Besonderheiten an sich hat, wie solche bis jetzt noch nicht beobachtet worden sein dürften.

Beobachtet an einem männlichen, völlig ausgetragenen Kinde, welches kurze Zeit nach der Geburt verstorben war, vom Scheitel bis zum Steisse 37,7 Cm. und bis zu den Fersen 52,6 Cm. misst. — Bereits geöffnet aber ohne Verrückung der Eingeweide aus ihrer Lage eingesandt von Dr. Tschoschin. Präparat meiner Sammlung.

Aeusseres Aussehen.

Ungewöhnlich stark, die Brust unverhältnissmässig voluminös, der Unterleib musste eingefallen gewesen sein. Der Körper übrigens ohne Deformitäten.

Untersuchung der Rumpfhöhlen.

Inhalt der Brusthöhle.

Die Brusthöhle überhaupt enthält: außer den gewöhnlichen Organen, den Magen und den Darmkanal vom Duodenum bis zum Colon descendens, einen Leberlappen, zwei Milzen und das Pancreas (Taf. XIV. Fig. 1.). Die rechte Brusthöhlenhälfte (Taf. XV. Fig. 2.), welche wegen der auffallenden Krümmung der Wirbelsäule nach links geräumiger ist als die linke, enthält: außer dem rechten Pleurasack mit der rechten Lunge, den grössten Theil des dahin verschobenen Herzens mit dem Herzbeutel und einen mit Baucheingeweiden angefüllten Nebensack des linken Pleurasackes. In dieselbe ist auch der obere grössere Theil der Aorta thoracica geschoben. Die weniger geräumige linke Brusthöhlenhälfte (Taf. XIV. Fig. 1, 3.) enthält: im Pleurasack dieser Seite, außer der linken Lunge, den Pylorustheil des Magens, den Darmkanal vom Duodenum bis zum Colon descendens, einen Leberlappen und den Kopf des Pancreas. Die Baucheingeweide sind dahin durch Ektopie gelangt. Die Ektopie ging durch eine grosse ovale Communicationsöffnung zwischen dem linken Pleurasack und dem grossen Peritonäalsacke, die in transversaler Richtung 6,7 Cm., in sagittaler Richtung 4 Cm. weit ist, vor sich. Die Oeffnung ist in Folge Man-

gels der linken Hälfte des Diaphragma bis auf einen schmalen, den Hiatus aorticus und das Ostium oesophageum links schliessenden Schenkel der Pars lumbalis und auch ein schmales sichelförmiges vorderes Rudiment der Pars costalis, welches medianwärts 2 Cm. breit ist, lateralwärts sich zuspitzt und am Knorpel der 9. Rippe sich inserirt, entstanden (Taf. XV. Fig. 1.). Die Oeffnung wird von den genannten Theilen des Diaphragma median- und vorwärts, von der Seitenwand des Brustkorbes lateralwärts und vom oberen Ende der linken Niere mit der Nebenniere rückwärts begrenzt. An derselben geht das Peritonäum in die linke Pleura über.

Inhalt der Bauch- und Beckenhöhle.

Die Bauchhöhle (Taf. XIV. Fig. 1.) enthält, abgesehen von den bekannten Gefässen und Nerven: nur den grössten Theil der Leber, eine Partie Duodenum, das Colon descendens (sens. lat.), die Nieren mit den Ureteren und die Nebennieren. Die Beckenhöhle enthält: vom Darmkanale nur das Rectum und die bekannten Organe.

Lage der Organe.

In der rechten Brusthöhlenhälfte liegen vorn und unten: der grösste Theil des Herzens mit dem Herzbeutel (No. 3.), davon rückwärts und lateralwärts, im rechten Pleurasacke bis gegen das Diaphragma abwärts: die rechte Lunge (No. 2.), hinter beiden und von letzterer median- und abwärts in der grösseren unteren Hälfte des rechten Pleurasackes: ein grosser, den grössten Theil des Magens mit beiden Milzen und den grössten Theil des Pancreas enthaltender Nebensack des linken Pleurasackes (No. 4.).

In der linken Brusthöhlenhälfte und in dem linken Pleurasacke liegen: vorn und unten, neben dem Herzen mit dem Herzbeutel: der grössere secundäre Lappen des Lobus sinister der Leber (b'); hinter diesem und darüber: der Pylorustheil des Magens (No. 6.), ein kleiner Theil des Colon transversum (f'), links davon das Colon ascendens mit dem Coecum und Processus vermicularis (f, e, d); hinter allen diesen Theilen, bis in die Spitze des Pleurasackes hinauf: das Jejuno-Ileum (c); endlich hinter dem Jejuno-Ileum über dem Magen oben, neben dem Mediastinum und 2 Cm. unter der Pleuraspitze: die linke Lunge (No. 2.), unten, hinter dem Jejuno-Ileum, das Colon transversum und unten ganz lateralwärts: die Flexura coli sinistra.

In der Communicationsöffnung (f) zwischen dem linken Pleura- und dem Peritonäalsacke liegen: vorn medianwärts: die beide secundären Lappen des linken Lobus der Leber vereinigende dünne Partie Lebersubstanz (No. 8.) und daneben lateralwärts eine Portion des Colon ascendeus (f); hinter diesen: medianwärts: das in den linken Pleurasack eintretende Ende der Portio abdominalis des Oesophagus, daneben: das Duodenum und Schlingen vom Jejunum, ganz lateralwärts und rückwärts: das aus der Brusthöhle tretende Colonrohr über dem Anfange des Colon descendens. Diese Organe, den linken Leberlappen ausgenommen, haben keine Incarceration erlitten.

Verhalten des Nebensackes des linken Pleurasackes
(Taf. XV. Fig. 1, 2. No. 4.).

Von der Kreuzung des linken Bronchus und des Oesophagus mit dem Ende des Arcus aortae bis zum Diaphragma abwärts existirt kein Cavum mediastini posticum. Es haben sich in dieser ganzen Strecke die beiden hinteren Mediastinalblätter zwischen dem Oesophagus vorn und der Aorta thoracica hinten, welche beide grösstenteils in die rechte Brusthöhlenhälfte gerückt sind, wie ein Hernialsack in den rechten Pleurasack eingestülppt. Dieser Nebensack besteht dadurch aus zwei serösen Blättern, wovon das innere der linken Pleura, das äussere der rechten Pleura angehört. Er liegt an der hinteren, seitlichen und unteren Wand des rechten Pleurasackes, also an den Rippen, an der Wirbelsäule und an dem Diaphragma. Er ist oben lateralwärts und unten vorn von der rechten Lunge bedeckt. Er ist allseitig frei. Im völlig ausgedehnten Zustande reicht er von der Höhe der 5. Rippe (hinten) bis zum Diaphragma abwärts, ist in verticaler Richtung 6 Cm., in transversaler Richtung 2 Cm. oben und 4 Cm. unten, in sagittaler Richtung bis 3,3 Cm. weit. Seine Weite nimmt von oben nach unten zu. Seine Pforte (*) ist elliptisch, in verticaler Richtung 5,3 Cm. und in sagittaler Richtung 2,2 Cm. weit. Der Bronchus sinister und der Arcus der Aorta begrenzen den oberen Pol, das Diaphragma den unteren Pol, der Oesophagus mit dem Herzbeutel den vorderen Umsang und die Aorta thoracica den hinteren Umsang derselben. Im Grunde seiner Höhle und am meisten nach rechts liegen: die beiden Milzen, übrigens in demselben: der grösste Theil des Magens mit aufwärts gestellter Curvatura major und unter und hinter letzterem der Körper und der Schwanz des Pancreas mit nach oben gerichtetem unterem Rande. Durch seine Pforte tritt: der Magen, das Pancreas und über dem unteren Pole derselben das Ende des Oesophagus so wie das obere Ende der Nebenmilz.

Verhalten der Organe nach Zurückbringen der in der Brusthöhle gelagerten Baucheingeweide in die Unterleibshöhle.

Die Thymus (No. 1.) reicht mit zwei Hörnern bis 8 Mill. unter die Glandula thyreoidea am Halse hinauf und bis unter die Höhe der Herzventrikel am Pericardium abwärts.

Das im Herzbeutel eingeschlossene Herz (No. 3.) ist vertical gestellt. Das selbe, sowie die grossen Gefäße zeigen sonst keine Abweichungen.

Die rechte Lunge (No. 2.), welche geathmet hatte, zeigt eine abnorme Anordnung. Durch zwei, V-förmig vereinigte Einschnitte, welche sich über die ganze laterale Fläche nicht erstrecken, ist sie auf eine unvollkommene Weise in 3 Lappen geschieden, worunter sich der mittlere Lappen (a'') durch seine ganz abnorme Gestalt und Länge auszeichnet. Der mittlere Lappen hat nehmlich die Gestalt einer sehr langen Pyramide, deren Spitze allein zwischen den anderen Lappen liegt und deren Basis schräg abgeschnitten ist. Mit der lateralen Fläche ist er gegen die Brustwand gekehrt, mit der medialen vorderen Fläche am Herzbeutel, mit der medialen hinteren Fläche am Nebensacke des linken Pleurasackes, mit der Basis am Diaphragma ge-

lagert. Der laterale Rand der Basis ist mehrfach gezackt. Seine Länge beträgt 4 Cm., seine Breite am freien Ende 2,7 Cm., seine Dicke daselbst 0,6 Cm. Die linke Lunge (No. 2'), welche nicht geathmet hatte, ist zweilappig, klein, comprimirt.

Die Aorta thoracica (No. 17.) liegt mit dem oberen grössten Theile ihrer Länge rechts von der Wirbelsäule in der Concavität der Dorsalkrümmung (No. 18.) derselben. So weit ohne Präparation zur Schonung des Präparates ausgemittelt werden konnte, ist die Vena azygos in ihrer Lage verblieben und fehlt die Vena hemiazygos.

Der Oesophagus (No. 5.) macht in seinem Verlaufe, ausser den bekannten Krümmungen, an seiner Pars thoracica noch eine abnorme, sehr starke, mit der Convexität nach vorn gerichtete sagittale.

Der Magen (No. 6.) ist normal. Er hängt durch die bekannten Ligamente des Peritonäum mit anderen Eingeweiden zusammen. Das Omentum majus ist rechts mit dem Colon und Mesocolon transversum verschmolzen, links aber geht es frei darüber hinweg und nimmt zwischen seine beiden Blätter den grösseren Theil des Pancreas; ist nur mässig lang. Das Ligamentum pancreatico-gastricum geht anomaler Weise unter dem Pancreas von der zu dieser gehenden Portion des Omentum majus aus, ist rechts durch das Foramen pancreatico-gastricum durchbohrt, wodurch die Retroversio epigastrica major mit der Retroversio epigastrica minor des Peritonäum communicirt.

Der Darmkanal (No. 7.) ist in die bekannten Abtheilungen geschieden. Das Duodenum ist doppelt S-förmig gekrümmt und zugleich so gedreht, dass die den oberen Schenkel darstellende Flexur ihre Convexität nach rechts, die den mittleren Schenkel repräsentirende Flexur dieselbe nach vorn und rechts und die den unteren Schenkel darstellende Flexur dieselbe nach abwärts kehrt. Es befindet sich in der Wurzel des Mesocolon transversum; ist rückwärts ganz frei. Von seinen Bändern ist das Ligamentum duodeno-renale sehr breit und mit dem Ligamentum hepatico-renale in ein *Ligamentum commune* vereinigt. Seine untere Flexur und die Flexura duodeno-jejunalis liegen in einer vor der Aorta abdominalis und links davon befindlichen gut entwickelten Retroversio-peritonaei mesogastrica (Taf. XIV. Fig. 2. §.). Das *Jejuno-Ileum* (c) hängt am linken und unteren Rande eines *Mesenterium commune* (d) für das *Jejuno-Ileum* und das *Colon ascendens*. Dieses *Mesenterium commune* geht mit einer schmalen queren Wurzel unter dem rechten Theile der Wurzel des Mesocolon transversum von der hinteren Peritonälwand an dem rechten Theile der Wirbelsäule und daneben aus, erreicht in verticaler und transversaler Richtung eine Breite von 6,7 Cm. Der Dickdarm ist sehr entwickelt und mit Meconium angefüllt. Der Processus vermicularis (d) hängt an einem Mesenteriolum (e). Der Recessus ileo-coecalis fehlt. Das *Colon ascendens* (f) hängt am rechten Rande des *Mesenterium commune*. Das *Colon transversum* (f') hängt an einem bis 4 Cm. breiten Mesocolon (g). Ersteres ist durch die sehr entwickelte Flexura coli dextra und sinistra vom *Colon ascendens* und *descendens* geschieden, letzteres verschmälert sich an seinen beiden Enden, namentlich am linken, geht rechts in das *Mesenterium commune* und links, über und vor dem oberen Ende der

linken Niere, in das Mesocolon descendens über. Das *Colon descendens* (sensu. lat.) (f'') hat zwei von einander abgegrenzte und dem Colon descendens proprium und der Flexura sigmoidea der Norm entsprechende Abschnitte nicht gebildet. Es hängt aber an einem *enorm breiten* (bis 6,7 Cm.) *Mesocolon* (η). Dieses beginnt über dem oberen Ende der linken Niere vom ganz schmalen linken Ende des Mesocolon transversum, geht längs einer Linie, welche schräg median- und abwärts den oberen Theil der vorderen Fläche der linken Niere kreuzt, neben dem unteren Theile derselben medianwärts, dann links von der Aorta vor dem medialen Rande des M. psoas herabzieht, von der hinteren Wand des Peritonealsackes mit seiner Wurzel aus und endigt plötzlich zugespitzt als Mesorectum. Das Rectum (g) verhält sich wie gewöhnlich. Der ganze Darmkanal hat eine Länge von 349 Cm., wovon 271,5 Cm. auf den Dünndarm (sens. lat.) und auf den Dickdarm 77,5 Cm. kommen. Das Duodenum ist 9,5 Cm., der Processus vermicularis 3,1 Cm., das Coecum 1,8 Cm. und das Rectum 6—7 Cm. lang.

Die Leber (No. 8.) ist sehr deform. An der unteren Fläche des Lobus dexter, vorn neben dem vorderen unteren Ende der Gallenblasengrube, finden sich 2 tiefe quere Einschnitte hinter einander vor, wovon der kürzere, vordere auf den vorderen unteren Rand dieses Lobus sich erstreckt, der hintere längere und tiefere in der Gallenblasengrube beginnt. Der Lobus quadrangularis ist klein, deform. Der Lobus Spigelii ist abnorm schmal und lang (3,3 Cm. lang, 1,3 Cm. breit, 0,7 Cm. dick). Die Nabelvenengrube ist mit Lebersubstanz überbrückt. Der Lobus sinister ist nicht weit von der Anheftung des Ligamentum suspensorium durch einen schrägen Einschnitt, welcher von oben her bis 1,3 Cm. tief durch den grössten Theil seiner Dicke dringt und das sichelförmige Rudiment von der linken Pars costalis des Diaphragma aufnimmt, in *zwei secundäre Lappen*, in einen rechten kleineren und in einen linken grösseren geschieden. Der kleinere secundäre Lappen (h) läuft nach vorn in eine breite, dünne, abgerundete Platte aus, der *grössere secundäre Lappen* (h') hat die Gestalt einer dreiseitigen Pyramide mit sehr schräger Basis, ist aufwärts gerichtet, rechtwinklig zur übrigen Leber gestellt und im linken Pleurasacke gelagert. Abgesehen von dem Lig. coronarium sinistrum, dem Lig. triquetrum sinistrum und dem Lig. hepatico-colicum, welche fehlen, ist sie durch die bekannten Bänder angeheftet, worunter sich das Lig. hepatico-renale durch seine Breite und dadurch auszeichnet, dass es mit dem Lig. duodeno-renale in ein breites halbmondförmiges Ligamentum commune zusammengeschlossen ist.

Ausser der gewöhnlichen Milz (No. 9.) von 5,3 Cm. Länge, 2,2 Cm. Breite und 0,9 Cm. Dicke, welche mittelst des breiten Lig. gastro-lienale am Fundus des Magens hängt und mittelst einer anderen Peritonealduplicatur mit dem Schwanze des Pancreas vereinigt ist, am Fundus und an der Curvatura major des Magens liegt, ist noch eine grosse Nebenmilz (No. 10.) zugegen. Diese hat eine dreieckig-hutförmige Gestalt mit 3 Flächen, 3 Rändern und 2 Enden. Die untere rechte Fläche ist concav, die vordere kleinste Fläche ist platt, die hintere grösste Fläche ist convex. Von den Rändern ist einer nach vorn und rechts, der andere nach hinten und links und der dritte nach

aufwärts und links gekehrt. Durch einen Einschnitt, welcher in schräger Richtung in die vordere Seite und in den oberen Rand eindringt, ist sie *zweilappig*. Das obere Ende ist schmal, das untere Ende breit. Mittelst des oberen Endes ist dieselbe rückwärts am Rande des medialen Poles der Communicationsöffnung zwischen dem linken Pleurasacke und dem Peritonäalsacke und zwar am linken rudimentären Lumbaltheile des Diaphragma in kurzer Entfernung von der Wirbelsäule fest verwachsen (Taf. XV. Fig. 1); durch ein kurzes vom oberen Theile des hinteren Randes ausgehendes kurzes Peritonälligament hängt sie mit dem Fundus des Magens, mit dem Schwanz des Pancreas und mit der gewöhnlichen Milz zusammen. Sie ist am Fundus des Magens bis zum Oesophagus über dem oberen linken Ende der gewöhnlichen Milz gelagert. Sie ist von einem Ende zum anderen 4,7 Cm. lang, von der Basis bis zur höchsten Stelle des oberen Randes 2,7 Cm. breit und an der Basis vom vorderen zum hinteren Rande 2 Cm. dick.

Das Pancreas ist durch seinen Kopf mit der zweiten Flexur des Duodenum, die ihre Concavität nach hinten und links kehrt, verwachsen. An ihrer linken Hälfte bis linken zwei Dritteln ist sie mit ihren Gefässen in einer Peritonälduplicatur frei über dem Mesocolon transversum gelagert. Diese Duplicatur ist die Fortsetzung des vom Mesocolon transversum links gesondert gebliebenen Omentum majus. Dieselbe besteht noch eine kurze Strecke über den oberen Rand des Pancreas hinaus und fliesst zuletzt mit dem Lig. gastrolienale beider Milzen zusammen. Von dieser Duplicatur unterhalb des Pancreas geht ein Peritonälligament zur Curvatura minor des Magens, das die Bedeutung des Lig. gastro-pancreaticum der Norm hat und wie dieses von einem Foramen durchbohrt ist.

Es ist eine Retroeversio peritonaei epigastrica major et minor (Bursa omentalis major et minor auct.) zugegen. In Folge der Vereinigung des Lig. hepatico-renale mit dem Lig. duodenorenales zu einem sehr breiten halbmondförmigen Lig. commune hat sich unter der Leber vor der rechten Nebenniere und vor dem oberen Ende der rechten Niere eine Art *Vestibulum* der Retroeversio peritonaei epigastrica minor gebildet. Dieses Vestibulum hat 2 Oeffnungen, eine seitliche und eine vordere. Die seitliche ist das Foramen Winslowii, führt also in die Retroeversio peritonaei epigastrica superior. Die vordere ist halboval, von der Leber, von dem Rande des Lig. hepatico-duodenale und von dem Rande des durch Zusammenschluss des Lig. hepatico-renale und Lig. duodenorenales gebildeten Lig. commune begrenzt, ist in verticaler Richtung 1,1 Cm. und in transversaler Richtung 1,3 Cm. weit, ist von der Leber bedeckt und führt in den grossen Peritonälsack. Die Retroeversio peritonaei epigastrica minor enthält wie gewöhnlich den Lobus Spigelii, ist durch eine dem Lig. pancreatico-gastricum der Norm analoge Peritonälduplicatur von der Retroeversio epigastrica major geschieden und steht auch mit letzterer durch ein dem Foramen pancreatico-gastricum der Norm analoges Foramen in dieser Duplicatur in Communication.

Die Harn- und Geschlechtsorgane verhalten sich normal. Beide Testikel sind in's Scrotum herabgestiegen.

Verlauf und Stellung der durch Ektopie in den linken Pleurasack gelangten Unterleibseingeweide.

Der grössere secundäre linke Leberlappen dringt in verticaler Richtung vor dem Magen in die Brusthöhle. Das Ende des Oesophagus, nachdem dieser sein Ostium im Diaphragma wie gewöhnlich passirt hatte, umschlingt spiral-förmig die rudimentäre linke Pars lumbalis des Diaphragma und tritt aus dem grossen Peritonäalsacke durch dessen Communicationsöffnung mit dem linken Pleurasacke durch letzteren sogleich in dessen Nebensack hinter dem Ende seiner Pars thoracica nach links. Der Magen begibt sich bei vorwärts gekehrter vorderer Fläche und aufwärts gestellter Curvatura major mit seinem grössten Theile in den Nebensack des linken Pleurasackes in die rechte Brusthöhlen-hälfte. Mit ihm gehen dahin und in den Grund des Nebensackes beide Milz'en mit ihren convexen Flächen nach vorn gerichtet, in den Körper des Nebensackes der Körper und der Schwanz des Pancreas mit vorwärts gerichteter vorderer Fläche und aufwärts gerichtetem unterem Rande. Der Pylorustheil des Magens bleibt im linken Pleurasacke ausserhalb des Nebensackes derselben liegen. Der Darmkanal, vom Duodenum bis zum Colon descendens, ist aufwärts umgeschlagen. Das Mesenterium commune für das Colon ascendens und Jejuno-Ileum kehrt daher seine hintere Fläche nach vorwärts und das in der Bauchhöhle vor dem Jejuno-Ileum gelagert gewesene Colon und Mesocolon transversum nehmen grössttentheils hinter demselben Platz. Das theilweise in die Brusthöhle gezerrte, theilweise in der Bauchhöhle verbliebene Duodenum begibt sich vom Magen neben dem Oesophagus in die Communicationsöffnung zwischen dem linken Pleurasacke und dem grossen Peritonäalsacke abwärts, steigt aber mit der Jejunaportion sogleich wieder aufwärts in den linken Pleurasack. Das Jejuno-Ileum schlängelt sich bis zur Spitze des linken Pleurasackes aufwärts, dann wieder abwärts und senkt sich abwärts und vorn in das Colon. Der Processus vermicularis, das Coecum und das Colon ascendens haben ihre hintere Fläche nach vorwärts gerichtet, liegen vor dem Jejuno-Ileum. Das Colon ascendens senkt sich mit einer Portion in die Communicationsöffnung zwischen dem linken Pleurasacke und dem Peritonäalsacke, steigt dann rechts zwischen dem grösseren secundären Leberlappen (vorn) und dem Jejunum (hinten) aufwärts und setzt sich in das Colon transversum fort. Letzteres steigt mit einer kleinen Portion links vom Pylorustheile des Magens aufwärts, mit dem grössten Theile aber schlängelt es sich hinter dem Jejuno-Ileum vorbei in bogenförmiger Richtung von rechts nach links abwärts, um am lateralen Pole der Communicationsöffnung zwischen dem linken Pleurasacke und dem Peritonäalsacke in das Colon descendens überzugehen.

F o l g e r u n g e n .

Der beschriebene Fall linkseitiger Ektopie der Bauch-eingeweide in die Brusthöhle in Folge Mangels fast der ganzen linken Hälfte des Diaphragma — *Hernia diaphrag-*

matica congenita sinistra spuria (ohne Bruchsack) — ist bemerkenswerth: durch Vorlagerung einer ungewöhnlich grossen Masse Baucheingeweide, d. i. des ganzen Magens, des grössten Theiles des Darmkanals (mit Ausnahme einer Partie Duodenum und des Endstückes des Dickdarmes vom Anfange des Colon descendens — Flexura coli sinistra — abwärts) eines secundären Lappens der Leber, der Milzen und des grössten Theiles des Pancreas; durch Platznahme dieser Baucheingeweide nicht nur im Pleurasacke der linken Brusthöhlenhälfte, sondern auch in der rechten Brusthöhlenhälfte und zwar in dieser in einem Nebensacke des linken Pleurasackes, welcher von dessen Mediastinalwand wie eine Eversio (Hernialsack) ausgeht, von dessen hinterem Mediastinalblatte gebildet und in den rechten Pleurasack, umhüllt von dessen hinterem Mediastinalblatte, eingestülpt ist; durch das Vorkommen eines Mesenterium commune für das Jejuno-Ileum und Colon ascendens, eines enorm breiten Mesocolon descendens, eines enorm langen und ungewöhnlich gestalteten dritten Lappens der rechten Lunge und zweier Milzen, wovon die zweilappige Nebenmilz der gewöhnlichen Milz an Volumen wenig oder nichts nachgibt.

Bei Durchsicht der von mir seit Jahren behufs einer Arbeit über Herniae diaphragmaticae überhaupt gesammelten Literatur habe ich unter den bis jetzt veröffentlichten Fällen linkseitiger angeborener Hernia diaphragmatica spuria keinen Fall angetroffen, welcher dem eben beschriebenen Falle ganz analog wäre.

A. W. Otto¹), J. Fr. Meckel²), J. Cruveilhier³), Ich⁴),

¹⁾ Monstr. sex hum. anat. et physiol. descr. Francof. ad Viatr. 1811. 4°. p. 15. § IV. — Seltene Beobachtungen z. Anat., Physiol. u. Pathol. Heft I. Breslau 1816. 4°. S. 117. Art. 73: „Monströser Magen“. — Monstr. sexcentorum descript. anat. Vratislaviae 1841. Fol. p. 28. No. XXXIV.

²⁾ Deser. monstr. nonnull. Lipsiae 1826. 4°. § 6. p. 26—28. Tab. III. Fig. 1.

³⁾ Anat. pathol. du corps humain. Tom. I. Paris 1829—1835. Fol. Livr. 19. Maladies du foetus. Monstruosités p. 1—3. Pl. VI. Fig. 2 et 3.

⁴⁾ Bericht über angeborene Zwerchfellbrüche (5 Fälle) — Beitr. z. Anat., Physiol. u. Chirurgie. Abth. 1. — Abhandl. der königl. böhm. Gesellsch. d. Wiss. Folge V. Bd. 5.; besond. Abdr. Prag 1846. 4°, S. 43; S. 50 Taf. IV. Fig. 2 u. 3; S. 59 (3 Fälle).

E. Dubois⁵), Streng⁶), Arth. Willigk⁷), Dumont-Pallier⁸), Feiler⁹), M. Clintoock¹⁰), Aug. Breisky¹¹), Thom. Robinson¹²), Hausmann¹³) haben allerdings Fälle linkseitiger Hernia diaphragmatica ohne Bruchsack mitgetheilt, in welchen eine Portion des linken Leberlappens im linken Pleura-sacke Platz genommen hatte; allein in Otto's Falle (weiblicher 7monatlicher Hemicephalus), der zugleich eine kleine Hernia dia-phragmatica dextra vera (mit Bruchsack) aufwies, war mit dem Leberlappen nur die vom Magen geschiedene Milz und eine grosse Portion Colon in die linke Brusthöhlenhälfte; in Meckel's Falle (weiblicher 8monatlicher Fötus mit Deformitäten) war damit nur der Magen und die Milz mit zwei Nebenmilzen in dieselbe; in J. Cruveilhier's Falle (weiblicher Fötus mit Deformitäten) war damit der Magen, der Dünndarm, das Coecum mit dem Processus vermicularis, Colon ascendens und die an der linken Lunge hän-gende Milz in die linke Brusthöhlenhälfte, der Magen und das Duo-denum in das Mediastinum posticum; unter drei meiner Fälle im 1. Falle (weiblicher Hemicephalus) war damit der Magen, der Dünndarm mit Ausnahme eines 1½ Zoll langen Endstückes, das Colon transversum, ein Theil des Colon descendens, die Milz und das Pancreas in die linke Brusthöhlenhälfte, im 2. Falle (weib-licher 7monatlicher Fötus mit Hydrocephalus und einem in zwei

⁵) Hernie diaphragmatique congéniale par suite d'arrêt de développement de la moitié gauche du diaphragme. Bull. de la soc. anat. de Paris ann. 22. 1847., Bull. 10 et 11. p. 313.

⁶) Bericht über die Leistungen der geburtshülf. Klinik f. Hebammen in Prag. Vierteljahrsschr. f. pract. Heilkunde. Bd. 49. Prag 1856. S. 178.

⁷) Sectionsberichte a. d. pathol.-anat. Anstalt. Dasselbst Bd. 51. Prag 1856. S. 33.

⁸) Bull. de la soc. anat. de Paris ann. 31. 1856. p. 305.

⁹) Verhandl. der Gesellsch. f. Geburtsh. in Berlin. X. S. 32. In: Canstatt's Jahresber. f. d. Medicin f. 1857. Bd. 3. S. 265.

¹⁰) Congenital perforation of the diaphragm. Dublin. Hosp. Gaz. No. 9. 1857. In: Canstatt's Jahresber. f. 1857. Bd. 3. S. 266.

¹¹) In: Einige Betrachtungen an todt geborenen Kindern. Vierteljahrsschr. f. pract. Heilkunde. Bd. 63. Prag 1859. S. 184.

¹²) Aus: Brit. med. Journ. 1860. Nov. 3, in: Schmidt's Jahrb. d. Medicin. 1864. Bd. 121. S. 336.

¹³) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Frauenkrankheiten. Bd. 19. Berlin 1862. S. 404.

Stücke getheilten Dünndarme) war damit der Magen, das 8 Zoll lange und 1 Zoll weite blind endigende Stück der oberen Partie des getheilten Dünndarms, das Colon transversum, je ein Stück Colon ascendens und Colon descendens, die Milz und das Pancreas in dieselbe, im 3. Falle (männliches Kind) war damit der Magen, der Darmkanal bis zum Colon descendens, die Milz und das Pancreas in dieselbe; in Dubois' Falle (männliches ausgetragenes Kind) war damit der Magen, das Coecum, Colon ascendens, Colon transversum und die Milz in dieselbe; in Streng's Falle (Mädchen, das 6 Stunden gelebt hatte) war damit der Magen, die Hälfte des Dünndarms, das Coecum, Colon ascendens, Colon transversum und die Milz in dieselbe; in Willigk's Falle (Knabe, der 14 Stunden gelebt hatte) war damit nur der grösste Theil des Magens und der Milz, ein Theil des Omentum und das Colon transversum in dieselbe; in Dumont-Pallier's Falle (reifer Fötus) war damit der Magen, das Duodenum, die letzte Portion des Dünndarms, das Coecum und die Milz in dieselbe; in Feiler's Falle (todtgeborener Knabe) war damit angeblich der ganze Darmkanal in dieselbe; in Clintock's Falle (ausgetragenes gleich nach der Geburt verstorbenes Kind) war damit der Magen, der grösste Theil des Dünndarms, ein Theil des Dickdarms, die Milz und das Pancreas in dieselbe; in Breisky's Falle (Mädchen, das eine halbe Stunde gelebt hatte) war damit nur der Fundus des Magens und die Milz in dieselbe; in Robinson's Falle (Knabe, der bald nach der Geburt verstorben war) war damit nur der Magen, ein Theil des Dünndarms und die Milz in dieselbe, und in Hausmann's Falle (weiblicher Hemicephalus) war damit der Magen, der kleinere obere Theil des Duodenum, das Coecum mit dem Processus vermicularis, der Anfang des Dickdarms, die fünflappige Milz und das Pancreas in dieselbe vorgelagert. — Es war daher nur in meinem 1846 mitgetheilten 3. Falle mit einem secundären Lappen des Lobus sinister der Leber eine gleich grosse Masse Baucheingeweide aber in die linke Brusthöhlenhälfte allein getreten, wie in meinem neuen Falle in beide Brusthöhlenhälften.

Eine dem neuen Falle ähnliche angeborene Hernia diaphragmatica spuria sinistra, in der ein in den rechten Pleurasack eingestülpter, in der rechten Brusthöhlenhälfte gelagerter und mit Baucheingeweiden angefüllter Nebensack

(wahrer Hernialsack) des linken Pleurasackes vorgekommen wäre, habe ich in der Literatur nicht auffinden können.

C. Chr. Klein¹⁴⁾ hat zwar bei einem männlichen, reifen, 1744 in Württemberg geborenen Monstrum mit einer *Hernia diaphragmatica spuria sinistra* das *Mediastinum* unten von einem *Intestinum* (welchem?), das in die rechte Brustcavität drang und wieder in die linke zurückkehrte, durchbohrt, den Magen, den Dünndarm und die Milz in der linken Brustcavität gelagert angetroffen, und Otto¹⁵⁾ hat bei einem männlichen *Hemicephalus* den Dünndarm, nachdem er einige Windungen gemacht hatte, durch ein Loch in der linken Dorsalregion des *Diaphragma* in die linke Brusthöhle treten, dann rechts und aufwärts zwischen der Aorta und dem *Oesophagus* und dem Herzen in den rechten Pleurasack hinter der Lunge und aussen davon bis in dessen Spitze mit vielen Windungen steigen, in diesem Pleurasacke ganz lagern gesehen, wo auch das *Coecum*, der *Processus vermicularis* und die erste Hälfte des *Colon* sich befand, welches durch das Loch im *Diaphragma* in die Bauchhöhle drang, hier gerade verlief, die *Flexura coli iliaca* bildete und in das *Rectum* überging: allein in der Beschreibung beider Fälle ist von einem dem linken Pleurasacke angehörigen besonderen Nebensacke im rechten Pleurasacke, von welchem die aus ersterem in letzteren gelangten Baucheingeweide, wie von einem Hernialsacke, wie in unserem Falle, eingehüllt gewesen wären, keine Rede.

Der embryonale Mitteldarm hat sich in unserem neuen Falle zu dem späteren Jejuno-Ileum und Colon völlig entwickelt. Seine beiden Schenkel haben wie gewöhnlich eine halbe Axendrehung umeinander gemacht, d. i. der untere Schenkel, als späteres Colon, hat sich oben und seitlich von dem oberen Schenkel, späteres Jejuno-Ileum, wie gewöhnlich aufgestellt. Der grösste Theil des Mesenterium des Mitteldarms hat sich auch zum Meso-

¹⁴⁾ *Specimen inaugurale anatomicum sistens monstrorum quorundam descriptio-nem.* Diss. inaug. Stuttgardiae 1793. 4°. Cas. IV. — *Defectus ossium crani cerebrique, situs mutatio viscerum monstrosaque columnae vertebrarum.* p. 22—25.

¹⁵⁾ *Monstrorum sexcentorum descriptio anatomica.* Vratislaviae 1841. Fol. p. 24. No. XXXVIII.

colon descendens und transversum entwickelt, wovon jedoch der dem Colon descendens angehörige Theil sich nicht verkürzt hat, also embryonal breit geblieben ist und mit seiner Wurzel nicht, wie gewöhnlich, seitwärts links, sondern nur in einer sehr kurzen Strecke von der Aorta abdominalis nach links rückte. Der kleinere übrige Theil des Mesenterium des Mitteldarmes für das spätere Colon ascendens und das Jejuno-Ileum hat sich zwar auch mehr entwickelt, hat aber rechts herab an der hinteren Bauchwand keine Befestigung gewonnen, hat sich daher nicht in ein besonderes Mesenterium für das Colon ascendens und in das eigentliche Mesenterium für das Jejuno-Ileum geschieden, sondern ist für diese beiden Abschnitte des völlig entwickelten Darmkanals als ein Mesenterium commune geblieben. Diese Vorgänge konnten nur in der Bauchhöhle stattgefunden haben, folglich ist anzunehmen, dass der Darmkanal sich erst nach seiner Aufstellung in die Brusthöhle vorgelagert habe. Ein Mesenterium commune, wie ich es in unserem neuen Falle von Hernia diaphragmatica spuria sinistra für das Jejuno-Ileum und Colon ascendens antraf, oder ein solches, wie ich es in diesem Grade und noch verschiedenen anderen niederen oder höheren Graden bei Individuen, die mit einer Hernia dia-phragmatica nicht behaftet waren, wovon ich¹⁶⁾ bis 1868 schon 13 Fälle mitgetheilt habe, angetroffen hatte, habe ich wenigstens bei den Herniae diaphragmaticae sinistre ohne Bruchsack in der Literatur nicht erwähnt gefunden.

Abgesehen nehmlich von den Berichten über die oben angegebenen Fälle von Hernia diaphragmatica spuria sinistra mit und ohne Vorlagerung einer Portion des Lobus sinister der Leber zugleich mit Baucheingeweiden in die Brusthöhle ist in den Berichten über noch andere Fälle von Hernia diaphragmatica spuria sinistra, in welchen wenigstens das ganze Jejuno-Ileum oder auch damit ein verschieden grosses Stück des Dickdarms in die Brusthöhle getreten war, keine Erwähnung des Vorhandengewesenseins eines Mesenterium commune für den Dünn-Dickdarm gethan worden, wie nicht: in dem Falle (2monatliches Kind) von Ch. Holt¹⁷⁾,

¹⁶⁾ l. c.

¹⁷⁾ Part of a letter from Sir Charles Holt, to the publisher, concerning a

in welchem ein Stück Duodenum, das Jejuno-Ileum und der Dickdarm angeblich bis zum Rectum; in dem Falle (Knabe, welcher 1½ Stunde gelebt hatte) von George Macaulay¹⁸⁾, in welchem der Darmkanal mit Ausnahme von Colontheilen, die Milz und ein Theil des Pancreas; in dem Falle (6wöchentliches Kind) von A. Vetter¹⁹⁾, in welchem der Magen, der Dünndarm, die erste Hälfte des Dickdarms, die Milz und das Pancreas; in dem in der Sammlung des St. Thomas-Hospitals in London aufbewahrten Falle (männlicher Fötus)²⁰⁾, in welchem der ganze Dünndarm und ein Theil des Colon; in dem Falle (reifer weiblicher Fötus) von J. Meckel²¹⁾, in welchem der Magen, das Jejuno-Ileum, das Coecum, der grösste Theil des Colon und die Milz; in dem Falle (Knabe) von Will. Campbell²²⁾, in welchem der Magen mit Ausnahme seiner Portio cardiaca, der Dünndarm, der Dickdarm bis zur Flexura sigmoidea, das Omentum majus, die Milz und das Pancreas; in dem Falle (Mädchen, das ½ Stunde gelebt hatte) von Dr. W. H. Busch²³⁾, in welchem der Magen, der Dünndarm, das Colon transversum, das Omentum majus et minus, ein Theil der Milz, das Pancreas; in dem Falle (Knabe, der 35 Minuten gelebt

child who had its intestines mesentery etc. in the cavity of the thorax etc.
Philos. Transact. Vol. 22. No. 275. October 1701. Art. IV. p. 992. Fig.

¹⁸⁾ An account of a child whose abdominal viscera were chiefly found within the cavity of the thorax Read. Jan. 27. 1754. — Medical observations and inquiries. Vol. I. London 1757. Art. IV. p. 25.

¹⁹⁾ Aphorismen d. pathol. Anatomie. Wien 1803. 8°. S. 145. § 159.

²⁰⁾ Bei: Astley Cooper. The anatomy and surgical treatment of crural and umbilical hernia etc. Part II. London 1807. Fol. p. 76. Pl. XIV. Fig. 2.

²¹⁾ Bei: H. L. Zwanziger, Diss. de hernia diaphragmatica. Halle 1819. p. 26. — J. Fr. Meckel, Tab. anat.-pathol. Fasc. IV. Lipsiae 1826. Fol. p. 16. Tab. XXXIII. Fig. 2.

²²⁾ Case of transposition of the abdominal viscera usually denominated monstrosity in a child six weeks old. The Edinburgh med. a. physic. Journal 1821. Vol. XVII. No. 69. Art. IV. p. 513. (Mit guten Abbildungen von J. Lizars.)

²³⁾ „Bildungsfehler des Zwerchfelles und der Lunge mit fehlerhafter Lage der Eingeweide.“ Die geburtsh. Klinik zu Berlin. I. Bericht vom 1. October 1829 bis 31. December 1835; Neue Zeitschr. f. Geburtkunde von Busch, d'Outrepont u. Ritgen. Bd. 5. 1837. S. 282; früher bei: Weyland, Casus duo dislocationis viscerum nonnullorum abdominis memoratu digni. Diss. inang. Jenae, dann v. Demselben: Zeitschr. für die Geburtshilfe v. Siebold. Bd. 12. 1832 (1. Fall).

hatte) von Werthheim²⁴⁾), in welchem das Jejuno-Ileum, das Coecum, Colon ascendens, Colon transversum und die Milz; in dem Falle (Kind, welches $\frac{1}{2}$ Stunde gelebt hatte) von Anthony²⁵⁾), in welchem der Dünndarm mit der Milz; in dem Falle (Mädchen, reif, bald verstorben) von J. V. Krompholz²⁶⁾), in welchem die untere Portion des Duodenum, das Jejuno-Ileum, der grösste Theil des Colon ascendens, das ganze Colon transversum, der obere Theil des Colon descendens, das Mesenterium, der grösste Theil des Mesocolon und das Omentum; in dem Falle (42jähriger Bauer, welcher in Folge Incarceration des Magens, deren Eintrittursache nicht ausmittelbar war, verstorben sein soll) von Forlivesi²⁷⁾), in welchem der Magen, der Darmkanal bis zum Colon descendens, das Omentum und die Milz; in meinem 4. Falle (Mädchen)²⁸⁾), in welchem das Jejuno-Ileum, Coecum, Colon ascendens und Colon transversum; in dem Falle (Kind, das 20 Stunden gelebt hatte) von O. E. P. Ehard²⁹⁾), in welchem das Jejuno-Ileum mit dem Dickdarm bis auf dessen Endstück; in dem Falle (todtgeborenes Kind) von Mecklenburg³⁰⁾), in welchem der ganze Dünndarm (?) mit der Milz; in dem Falle (Knabe, der am 14. Lebenstage ver-

²⁴⁾ „Merkwürdiger (soll heissen: gewöhnlicher) Fall von abnormer Lage der Eingeweide bei einem Neugeborenen.“ Neue Zeitschr. f. Geburtshkunde. Bd. 3. Berlin 1836. S. 396. No. XXII. Mit 1 Abbildung (Fig. 2).

²⁵⁾ Journal hebdomadaire, Févr. 1835. (Steht mir nicht zur Verfügung, aber in: The cyclop. of anat. a physiol. Vol. II. London 1839. Art. „Foetus“. p. 319; O. R. A. Würth, Ueber Zwerchfellbruch. Würzburg 1847. S. 13.)

²⁶⁾ „Angeborener Zwerchfellbruch“ i. Aufsatze: „Beobachtung zweier Fälle von inneren Hernien“. Beitr. z. gesammt. Natur- u. Heilwissensch. Bd. 4. H. 3. Prag 1840. S. 291 – 300. Taf. 1 u. 2. (Früher schon veröffentlicht bei der Naturforscherversammlung in Prag 1837 in einem eigenen, damals vertheilten, nun vergriffenen Schriftchen.)

²⁷⁾ Transposition extraordinaire des viscères de l'abdomen dans le thorax. Gaz. méd. de Paris. Tom. XI. 1843. No. 12. p. 192.

²⁸⁾ Op. cit. S. 62.

²⁹⁾ Aus: The med. Times. Febr. 2. 1850. in: Zeitschr. f. d. gesammte Medicin v. Oppenheim. Bd. 43. Hamburg 1850. S. 533.

³⁰⁾ „Lebensunfähigkeit eines neugeborenen Kindes wegen innerer Missbildung durch Situs mutatus.“ Vierteljahrsschr. f. gerichtl. u. öffentl. Medicin. Bd. 7. Berlin 1855. S. 160.

storben war) von H. Widerhöfer³¹⁾), in welchem das untere Querstück des Duodenum, das Jejuno-Ileum und der Dickdarm bis zum Colon descendens; in dem Falle (Knabe, der bald nach der Geburt verstorben war) von Bohn³²⁾), in welchem das Jejuno-Ileum, das Colon ascendens, Colon transversum und ein Theil der Milz; und in dem Falle (Knabe, der 1 Stunde gelebt hat) von Pachner³³⁾), in welchem der ganze (?) Dünndarm und etwa $\frac{1}{3}$ des Colon in die linke Brusthöhlenhälfte vorgelagert waren.

Ich bezweifle aber dabei nicht, dass ein Mesenterium commune in manchen der genannten Fälle vielleicht doch da gewesen sein möchte, glaube, dass es hier und da übersehen oder doch, als vermeintlich unwichtig, unberücksichtigt gelassen worden war. Ich glaube auch, dass dasselbe in manchen Fällen anderer Arten der Hernia diaphragmatica spuria, in manchen Fällen der Hernia diaphragmatica vera existirt haben konnte, wenn dessen auch nur Bednarc³⁴⁾ in einem Falle von Hernia diaphragmatica spuria bei einem 26 Tage alten Knaben mit Vorlagerung des Coecum, eines 4 Zoll langen Colon- und 10 Zoll langen Ileumstückes in das Cavum mediastini anticum und zwar nur für diese vorgelagerten Darmstücke, also eines persistirenden Mesenterium commune geringsten Grades, gedachte. Die grosse Disposition des an einem Mesenterium commune von verschiedener Ausdehnung hängenden Darmkanals zu Vorlagerungen, namentlich in enorm grosser Strecke in Hernien spricht für diese Vermuthung.

Ich weiss nicht, dass der dritte Lappen der rechten Lunge unseres Falles je in einer ähnlichen Anordnung gesehen worden wäre.

J. Fr. Meckel³⁵⁾ hat in einem seiner oben citirten Fälle zwei Nebenmilzen beobachtet, eine so voluminöse Nebenmilz

³¹⁾ Aus: Jahrb. für Kinderheilkunde. II. 1. S. 39 in: Schmidt's Jahrb. d. Medicin. Bd. 104. 1859. S. 191.

³²⁾ Im Anhange des Aufsatzes: Hernia diaphragmatica. Königsb. medic. Jahrb. Bd. 2. 1860. S. 67.

³³⁾ Oesterr. Zeitschr. f. pract. Heilkunde. Jahrg. VII. Wien 1861. No. 46. S. 633.

³⁴⁾ Die Krankheiten der Neugebornen und Säuglinge. Th. 3. Wien 1852. S. 4 (1. Fall).

³⁵⁾ Descriptio monstrorum nonnullorum l. c.

aber, wie sie in unserem neuen Falle vorkam, ist meines Wissens bis jetzt noch in keinem Falle von Hernia diaphragmatica beobachtet worden.

Die in diesem Falle, bei der Lage der Aorta thoracica rechts von der Wirbelsäule, beobachtete seitliche Dorsalkrümmung der letzteren mit der Convexität nach links, unterstützt J. Cruveilhier's Ansicht: „Die seitliche Krümmung der Wirbelsäule sei von der Lage der Aorta abhängig.“

Der beschriebene Fall, welcher der 6. Fall der von mir beobachteten Fälle der Hernia diaphragmatica spuria und der 14. Fall der von mir veröffentlichten Fälle mit einem Mesenterium commune für den Dünnd-Dickdarm ist, ist daher in der That in mehrfacher Hinsicht merkwürdig.

Erklärung der Abbildungen.

Tafel XIV.

- Fig. 1. Rumpfhöhlen. Geöffnet, die vordere Wand und die vorderen Theile der Seitenwände des Thorax entfernt, die Eingeweide in der vorgefundenen anomalen Lage gelassen. (Ansicht von vorn.)
- Fig. 2. Dasselbe Präparat. Die in die Brusthöhle vorgelagert gewesenen Baucheingeweide in die Unterleibshöhle zurückgebracht; die Leber, der Magen mit den Milzen und das Colon transversum nach aufwärts, das Colon descendens nach links geschlagen, das Mesenterium commune für das Jejuno-Ileum und Colon ascendens ausgebreitet. (Ansicht von vorn und unten.)

Tafel XV.

- Fig. 1. Brusthöhle. Nach Entfernung der Baucheingeweide aus derselben. (Ansicht von links und vorn.)
- Fig. 2. Rechte Brusthöhlenhälfte. (Ansicht von vorn und rechts.)

Bezeichnungen für alle Figuren.

- | | |
|---|---------------------|
| 1. Thymus. | 6. Magen. |
| 2. Rechte Lunge. | 7. Darmkanal. |
| 2'. Linke Lunge. | 8. Leber. |
| 3. Herzbeutel mit dem Herzen. | 9. Milz. |
| 4. In den rechten Pleurasack eingeschülppter Nebensack des linken Pleurasackes. | 10. Nebenmilz. |
| 5. Oesophagus. | 11. Linke Niere. |
| | 12. Rechter Ureter. |
| | 12'. Linker Ureter. |

13. Harnblase.
14. Bauchtheil des rechten Funiculus spermaticus.
- 14'. Bauchtheil des linken Funiculus spermaticus.
15. Rechtes Vas deferens.
- 15'. Linkes Vas deferens.
16. Aeussere Geschlechtstheile.
17. Aorta thoracica.
18. Mit der Convexität nach links gerichtete Krümmung des Dorsaltheiles der Wirbelsäule.
19. Rechte Hälfte des Diaphragma.
- 19'. Rudiment des linken Costaltheiles desselben.
- 19''. Rudiment des linken Lumbaltheiles desselben.
- a Oberer Lappen
- a' Unterer Lappen
- a'' Mittlerer Lappen
- b Oberer Lappen
- b' Unterer Lappen
- c Jejuno-Ileum.
- d Processus vermicularis.
- e Coecum.
- f Colon ascendens.
- f' - transversum.
- f'' - descendens.
- g Rectum.
- h Kleiner secundärer Lappen des Lobus sinister der Leber.
- h' Grosser secundärer Lappen des Lobus sinister der Leber.
- i Vena umbilicalis.
- k Rechte Arteria umbilicalis.
- k' Linke Arteria umbilicalis.
- α Ligamentum suspensorium der Leber.
- β Omentum majus.
- γ Lig. gastro-lienale.
- δ Mesenterium commune für das Jejuno-Ileum und Colon ascendens.
- ε Mesenteriolum des Processus vermicularis.
- ζ Mesocolon transversum.
- η Mesocolon descendens.
- (*) Eingang in den im rechten Pleurasacke gelagerten Nebensack des linken Pleurasackes.
- (†) Communicationsöffnung zwischen der Brust- und Bauchhöhle durch Defect an der linken Hälfte des Diaphragma.
- (§) Retroversio mesogastrica des Peritoneum.

St. Petersburg, den 18./30. April 1869.
