

derartiges Beispiel aufzufinden im Stande gewesen sei, hatte ich einem 36jährigen Manne, welcher — ungefähr seit $\frac{1}{2}$ Jahre an Halsbeschwerden leidend — mit einer Pharyngitis granulosa chron. behaftet war, und bei dem jeder Verdacht auf Syphilis fehlte, eine schon in situ als papilläre, an einem kurzen Stiele herabhängende, kleine Geschwulst von der dem unteren Drittheil der rechten Tonsille dicht angrenzenden Partie der hinteren Pharynxwand mit der Scheere abgetragen.

Die Geschwulst hat etwa die Grösse einer kleinen Bohne, ist von länglicher, etwas platter Form, von grauröthlicher Farbe und beerenartigem Aussehen; letzteres dadurch, dass ihre Oberfläche durch tiefe, in die Geschwulst, zwischen Papillen eindringende Furchen in polygonale prominirende Felder getheilt ist. Herr Prof. Dr. Waldeyer, welcher die Geschwulst mikroskopisch untersuchte und dieselbe als „Fibroma papillare verrucosum“ bezeichnet, theilte mir Folgendes darüber mit: „Dieselbe hat einen aus fibrillärem, etwas derbem Bindegewebe bestehenden Stiel, von dem aus lange, schlanke Papillen nach allen Seiten vorsprossen; auch die Papillen bestehen aus demselben festen Gewebe, wie der Stiel. Die ganze Oberfläche der Geschwulst ist mit einer starken Lage geschichteten Pflasterepithels bekleidet, das vielfach bereits macerirt erscheint und sich leicht abheben lässt. Ob Riff- und Stachelzellen vorhanden sind, lässt sich wegen der Maceration des Epithels mit Bestimmtheit nicht mehr unterscheiden.“ —

Die von mir abgetragene kleine Geschwulst im Pharynx ist demnach der von Luschka zuerst beobachteten in Beziehung auf Form, Aussehen, Farbe, Stiel, allgemeinen (papillären) Bau und Mächtigkeit des Epitheliums durchaus analog; sie unterscheidet sich von jener erstens durch den Sitz: Luschka fand dieselbe „links 4 Mm. unter dem freien Rande des Kehlkopfeinganges, und zwar an der Grenze des lateralen Randes der Cartilago arytaen. und der Plica aryepiglottica, so dass sie von der Schlundkopflamelle jener Falte ausgehend frei in das Cavum pharyngo-laryngeum herabhängt“; zweitens dadurch, dass sie gleichzeitig mit chronischem Katarrh der Pharynxschleimhaut vorhanden, während jene von vollkommen normaler Mucosa des Pharynx umgeben war; drittens dadurch, dass sie mikroskopisch derbes Bindegewebe im Stiel und in den Papillen zeigte, während Luschka „eine im Verhältniss zur Mächtigkeit des Epitheliums untergeordnete, ungemein zarte fibrilläre Bidesubstanz“ als Grundlage beobachtete.

2.

Ein Fall von abnormer Erweiterung der Foramina parietalia.

Mitgetheilt von Dr. Th. Simon in Hamburg.

Im Anschluss an die von W. Gruber gegebene Beschreibung zweier Fälle von abnormer Grösse der Scheitelbeinlöcher ¹⁾ theile ich im Folgenden meine Notizen

¹⁾ Dieses Archiv Bd. L. S. 124.

über einen die gleiche Abweichung darbietenden Schädel mit, welchen ich gelegentlich einer vor 2 Jahren gemachten Section auffand.

Die Calotte stammt von einem etwa 60 Jahre alt gewordenen Mann, welcher nach mehrjährigem Aufenthalt im Werk- und Armenhause daselbst an Ileus in Folge einer Darmverschlingung gestorben war.

Der Schädel ist voluminös, indem er bei normaler Länge eine über gewöhnliche Breite hat. (Zwischen den Enden der Kranznaht 14 Cm., grösste Breite im Parietaltheil 16,5, Länge der Calotte 18 Cm.)

Die Nähte sind sämmtlich bis auf eine Stelle sehr gut erhalten, die Kranznaht sogar sehr zackig, die Lambdanaht auch auf der inneren Glastafel erkennbar. Die Pfeilnaht hat eine Länge von 12 Cm. und von dieser Ausdehnung sind die vordersten 4 Cm. ziemlich gerade laufend, die nächsten 3 Cm. stark gezackt, dann kommt wieder 1 Cm. geraden Verlaufes und dann 1,8 Cm., in denen die Naht theils ein Verstreichen, theils geradezu vollständig verwachsen ist. Diese verwachsene Stelle, die einzige, wo die Schädelnähte verknöchert waren, entspricht genau den erweiterten Foramina parietalia. Die letzten 2,2 Cm. der Sagittalnaht sind wieder scharf ausgeprägt, stark gezackt. Das unterste Dritttheil der Naht ist deutlich vertieft.

Die äussere Schädeloberfläche ist glatt, ohne alle atrophische Stellen.

Zu beiden Seiten der Pfeilnaht, je 1,0 von derselben entfernt, liegen die beiden Scheitelbeinlöcher. Der Schädel ist hier ziemlich dick (etwa 0,7) und die Foramina parietalia bilden daher tiefe Gruben in Form eines Trichters, dessen oberste Mündung beiderseits fast genau 2,0 Cm. in ihrem grössten Längsdurchmesser hat, während die untere Mündung rechts 0,6, links 0,8 beträgt. Die Richtung dieses Längsdurchmessers geht von vorn aussen nach hinten innen, der Art, dass er sich mit der Pfeilnaht unter einem Winkel von etwa 60° trifft. Das hintere innere Ende steht 4 Cm. von der kleinen Fontanelle ab. Die Breite der oberen Mündung ist beiderseits 1,6 Cm., die innere Mündung ist auf den beiden Seiten verschieden, die grössere rechte bildet ein Oval, dessen grösste Breite 0,3 ist, während die kleinere linke in einem stumpfen Winkel nach hinten gebogen und nur 0,15 breit ist. Am hinteren inneren Ende findet sich beiderseits ein zur inneren Mündung führender Sulcus, der parallel der Pfeilnaht verläuft.

Jedes Foramen parietale ist ausserdem noch von einem Knochenwall umgeben, der besonders aussen und innen sehr deutlich ist und hier 0,8 an Breite misst. Die beiden inneren Wälle sind demnach nur durch die Vertiefung der Pfeilnaht von einander getrennt.

Auf der inneren Glastafel zeigen sich flache osteophytische Auflagerungen auf den Occipital- und den Parietal-Beinen, insbesondere um den Sinus longitudinalis; die Sulci meningei sind nur mässig tief und nicht besonders zahlreich. Die Gruben für Pacchioni'sche Granulationen sind gering an Zahl und meist sehr oberflächlich. Ausserdem zeigen sich auf der Innenfläche des Schädels natürlich die Mündungen der beiden For. pariet.

Arterienfurchen finden sich in der Nähe der Foramina nicht, höchstens könnte man 2 seichte Sulci als solche betrachten. Diese gehen aber gegen die Mittellinie, nicht zu dem Sulcus pro art. meningea hin.

Die Calotte war bei der Section mit der an ihr fest haftenden, vielfach verwachsenen Dura abgenommen; es zeigte sich bei weiterer Präparation, dass durch die Foramina parietalia jederseits eine sehr grosse Vene ging, welche die innere Mündung des Trichters vollständig ausfüllte und direct in den Sinus longitudinalis einmündete. Dieses Gefäss setzte sich aus mehreren in der Kopfschwarte verlaufenden Zweigen zusammen.

Vergleicht man unseren Fall mit denen, die Gruber zusammengestellt, so ergibt sich Folgendes:

1) dass er in Betreff der Grösse der Foramina zu den exquisitesten Fällen gehört;

2) dass er in Betreff der schrägen Richtung der Längsaxe, so wie des die Oeffnungen umgebenden Knochenwalles mit mehreren der beschriebenen Fälle übereinstimmt.

Es scheint mir nicht unwesentlich, hervorzuheben, dass in unserem Falle, während sonst alle Nähte noch offen waren, gerade die den Foramina parietalia entsprechende Stelle der Pfeilnaht synostotisch war. Ich lege auf diesen Umstand um so mehr Gewicht, als in der kleinen Zahl der bis jetzt publicirten Fälle schon 4mal des gleichen Umstandes Erwähnung geschieht, nemlich in den 2 Fällen Gruber's, wo in den Theilen vor und hinter den For. par. sich wenigstens noch Andeutungen der Sagittalnaht fanden, während diese zwischen den Löchern vollständig verstrichen war, und noch übereinstimmender mit unserer Beobachtung im 3. und 4. Fall Wrany's¹⁾, da hier die Naht sonst sichtbar und nur in der Gegend der Parietallöcher verwachsen war.

Ob zwischen der Naht Verwachsung und der Erweiterung der Foramina parietalia ein causales Verhältniss besteht, ob vielleicht beide einer gemeinsamen Ursache entspringen, darüber wage ich keine Vermuthung auszusprechen. Ich kann aber nach der Zusammenstellung von 800 Sectionsprotocollen, die ich vor einem Jahre zu anderen Zwecken gemacht, die Thatsache hervorheben, dass überhaupt weitere Foramina parietalia viel häufiger neben verwachsener als neben erhaltener Pfeilnaht sich finden.

Dass es sich bei der uns hier beschäftigenden Frage nicht bloss um eine osteologische Spielerei, sondern um eine Thatsache handelt, die unter Umständen von hoher Bedeutung werden kann, zeigt die Dissection der Weichtheile in unserem Fall, durch die das Vorhandensein einer sehr weiten Vene nachgewiesen wurde, welche die directe Verbindung zwischen den Gefässen der Kopfschwarte und dem Sinus longitudinalis bildete und so die Möglichkeit, von der Kopfschwarte her auf die Blutvertheilung im Schädel einzuwirken auf das Deutlichste vor die Augen führte.

¹⁾ Prag. Vierteljahrsschrift 1866.