

noch Metastasen verursacht hat, wie die Samter'sche Cystengeschwulst. Der Umstand, dass hier nicht wie in meinem 1. Fall in Folge der Epithelsprossung secundäre Cysten entstanden sind, ist keineswegs ein Beweis für die Unrichtigkeit meiner Vermuthung über die Entstehung des drüsähnlichen Baues der Wandung wie Samter anzunehmen geneigt ist (a. a. O. S. 82), sondern das Fehlen solcher secundärer Cysten beweist nur, dass hier die Wachstumsenergie der Epithelien durchweg grösser war, als diejenige des unterliegenden lymphatischen Bindegewebes und dass keine Schwankungen zu Ungunsten der ersten und zu Gunsten der letzteren, wodurch allein Abschnürungen und secundäre Cystenbildungen hätten zu Stande kommen können, stattgefunden haben. Vielleicht wurde dies dadurch bedingt, dass bei diesem Falle nicht wie in dem Lücke'schen und meinem ersten vor der Exstirpation der Geschwulst ein reizender Eingriff vorgenommen wurde.

3. Ueber einen Fall von Phlebectasie im rechten Vorhof.

(Hierzu Taf. I. Fig. 4.)

Phlebectasien im rechten Vorhof wurden, soviel mir bekannt bis jetzt nur einmal beschrieben und zwar von E. Wagner¹⁾. Derselbe fand bei einem 59jährigen an chronischer Lungentuberkulose und linksseitigem Pneumothorax zu Grunde gegangenem Manne „am linken Rande der Membrana foraminis ovalis eine Reihe untereinander zusammenhängender gegen erbengrosser Varices, welche durch enge Gänge untereinander zusammenhingen und ausser flüssigem Blute graugelbe ödematöse Gerinnsel, sowie einen vollkommen runden, $\frac{1}{2}$ Linie grossen, graugelben, steinarten Körper enthielten. Ein Zusammenhang der Varices mit grösseren Coronarvenenästen wurde nicht entdeckt. Am entgegengesetzten Rande der Membrana obturatoria ein rundes, $1\frac{1}{2}$ Linien im Durchmesser haltendes Loch. Gröbere Aeste der Herzgefässe normal.“

¹⁾ Arch. d. Heilk. 1861. Bd. II. S. 364.

Einen ähnlichen verhältnissmässig sehr grossen Varix habe ich vor einigen Jahren (23. December 1885) bei einem 75 Jahre alten Manne, bei dem ein sehr hochgradiges Emphysem vorhanden war, beobachtet und da mir damals das Vorkommen solcher Bildungen im Herzen noch unbekannt und der Fall ausserordentlich schön war, habe ich ihn abbilden lassen. Seitdem habe ich noch zweimal bei älteren Leuten und zwar fast genau an derselben Stelle Venectasien gefunden, aber dieselben waren sehr viel kleiner als ersterer.

Die Phlebectasie meines ersten Falles (Taf. I Fig. 4) fand sich etwa einen mm vom hinteren Rande des vollkommen verschlossenen Foramen ovale entfernt. Sie hatte eine eiförmige Gestalt, der grössere (Quer-) Durchmesser betrug 13 mm, der kleinere (Höhen-) Durchmesser 10 mm und ungefähr ebenso viel überragte sie das Endocard. Sie hatte eine dunkelblaue Farbe, fühlte sich bei Druck prall an und verkleinerte sich bei fortgesetztem Druck nur unbedeutend. Das in ihr vorhandene Blut schien flüssig zu sein, wie dies auch in den beiden anderen Fällen, welche ich eröffnete der Fall war. Eine Verbindung mit irgend einer grösseren Vene konnte nicht wahrgenommen werden. Weiterhin am Herzen fand sich nur beträchtliche Erweiterung des rechten Vorhofs und Ventrikels, Verdickung ihrer Wandung, sowie der freien Ränder der Tricuspidalsegel.

Der Umstand, dass in dem Wagner'schen Falle, sowie in meinen dreien die Venectasien genau an derselben Stelle sassen, denn was bei Wagner links heisst, soll eigentlich hinten heissen, was durch das am entgegengesetzten Rand vorhandene Loch (offen gebliebene Foramen ovale) bewiesen wird, gestattet die Vermuthung, dass hier besondere locale anatomische Verhältnisse vorkommen müssen, welche die Bildung von Venectasien begünstigen. Welcher Art dieselben aber sind, habe ich bis jetzt noch nicht feststellen können. Als weitere Ursache für deren Bildung wäre noch die in allen Fällen vorhanden gewesene Circulationsstörung innerhalb der Lungen anzuführen. Durch diese werden nicht nur wieder Circulationsstörungen innerhalb des rechten Herzens und den in dasselbe einmündenden Gefässen bewirkt, sondern auch Verdickungen der einzelnen Schichten der Herzwandung, besonders des Endocards, wie die verdickten

Tricuspidalsegel zeigen¹⁾). Durch letztere könnten wohl die dem Endocard zunächst gelegenen Venen in Mitleidenschaft gezogen werden.

4. Ueber einen Fall von Phlebectasie an einer Pulmonararterienklappe.

Am 18. Februar 1887 wurde in hiesiger chirurgischer Klinik eine 66 Jahre alte Frau wegen einer eingeklemmten Hernie der Linea alba operirt, wenige Stunden später verschied sie.

Bei der am folgenden Morgen stattgehabten Section fand sich eine hochgradige Peritonitis mit reichlichem Erguss und starken fibrinösen Verklebungen der Baucheingeweide unter einander. Ausserdem fanden sich noch als ganz zufälliger Befund an einer Pulmonarklappe zwei Venectasien, über welche ich hier kurz berichten will, da meines Wissens bis jetzt eine solche Beobachtung noch nicht beschrieben worden ist.

Weite der A. pulmon. gerade über den Klappen 88 mm, Intima vollkommen normal.

Zunächst dem oberen freien Rand der vorderen Klappe, 5 mm von ihrer hinteren Ansatzlinie entfernt, finden sich neben einander zwei über stecknadelkopfgrosse blauschwarze kuglige Hervorragungen, die ganz das Aussehen von Venectasien haben. Bei Druck auf dieselben quillt aus einer etwa 1 mm nach vorn von dem vorderen Knötchen gelegenen ungemein feinen Oeffnung Blut hervor und beide entleeren sich vollständig. Bei genauerem Zusehen erkennt man, dass die nächste Umgebung besagter Oeffnung ringförmig verdickt ist und eine weissliche Farbe hat. Entleert füllen sich die beiden Knötchen wieder ganz gleichmässig und prall bei Druck auf die Aussenfläche der Arterie. Hier findet sich eine weite, gebogen verlaufende, stark gefüllte Vene, die, wie die Präparation darthut, mit dem hinteren Knötchen in Verbindung steht. Die betreffende Klappe ist, wie auch die beiden anderen vollkommen normal.

Dieser Fall ist ganz besonders deshalb interessant, weil durch die Untersuchungen von L. v. Langer, F. Coen und J. Darier²⁾ nachgewiesen ist und ich habe mich durch Injektionen beim Menschen, sowie bei Kaninchen und weissen Ratten

¹⁾ Vgl. hm. J. P. Sierro, Contributions à l'étude des ulcérations chroniques de la valvule tricuspidie. Thèse inaug. Genève 1886.

²⁾ L. v. Langer, Sitzb. d. k. Akad. d. Wissesch. in Wien. 1880. Bd. 82. S. 208 u. dieses Archiv. 1887. Bd. 109. S. 465. — E. Coen, Arch. f. mikr. Anat. 1886. Bd. 27. S. 397. — J. Darier, Bulletin de la Soc. anat. de Paris. 1887. p. 679.