

von der Richtigkeit dieser Angaben überzeugt, dass die Semilunarklappen Erwachsener „de norma keine Blutgefässer haben“. Hier lag nun aber eine normale Semilunarklappe eines Erwachsenen vor, die ein Gefäss enthielt. Dasselbe von der Externa des Gefäßes kommend war nicht nur in die Klappe eingedrungen, sondern mündete sogar auf deren Innenfläche, zunächst deren freiem Rande ein, nachdem es vorher noch zwei umschriebene Ausbuchtungen erfahren hatte. Letztere wurden zweifellos durch die mechanischen Insulte, welchen die Klappe naturgemäß stetig ausgesetzt war verursacht. Ich glaube nicht fehl zu gehen, wenn ich diesen Fall als ein Unicum betrachte.

5. Ueber ein eigenthümliches congenitales Netzwerk in der linken Pulmonararterie.

(Hierzu Taf. I. Fig. 5.)

Am 25. October 1887 kam eine 52 Jahre alte Frau zur Section, die nachfolgenden interessanten Befund der linken Lungenarterie darbot. Dieselbe war am 5. Oct. in der chirurgischen Klinik wegen einer eingeklemmten rechtsseitigen Cruralhernie operirt worden und am 23. daselbst unter den Erscheinungen einer Lungenembolie gestorben.

Sectionsbefund: Fast verheilte chirurgische Verletzung der rechten Ingualgegend, derselben entsprechender subperitonealer Abscess. Thrombose der rechten Vena iliaca. Beiderseitige Lungenembolie, rechts durch einen grossen, links durch einen kleinen Embolus; hier außerdem noch ein Netzwerk in der Lungenarterie. Lungenemphysem. Gallensteine. Uteruspoly.

Der in der rechten Lunge vorgefundene Embolus ist 70 mm lang. Er besteht aus einem 60 mm langen Hauptstamm, der sich gabelig theilt, indem hier seitlich in schiefer Richtung ein 20 mm langer, 8 mm breiter und 6 mm dicker Ast abgeht, während von der Theilungsstelle ab der verjüngte Hauptstamm sich in gerader Richtung noch 7 mm fortsetzt, um zugespitzt zu endigen. Der Hauptstamm ist fast überall gleich stark, 15 mm breit und 10 mm dick, auch sein freies Ende ist etwas zugespitzt. 20 mm von diesem entfernt findet sich auf einer Seite eine durch eine Venenklappe bedingte Furche. Die entgegengesetzte Fläche zeigt deutliche Querrippen.

In der linken Lungenarterie, ein Weniges unterhalb des Abganges des nach oben führenden Arterienastes findet sich ein Netzwerk von 8 Fäden, die drei Gruppen bildend durch einen gemeinsamen mittleren, 2,5 mm langen und 0,5 mm dicken Strang mit einander verbunden sind. Eine innere Gruppe besteht aus drei 5—7 mm langen sehr dünnen Fäden. Nach aussen zu verläuft ein 5 mm langer dünner Faden, welcher sich in einen unteren 4,5 mm

und in einen oberen 7 mm langen theilt. Letzterer ist von Anfang bis zu Ende ausserordentlich fein, ersterer zu Anfang auch, dann aber wird er membranartig, um sich in einer Breite von 2 mm auf der Arterienwand zu inseriren. Die untere Gruppe besteht aus einem äusseren, 6,5 mm langen, anfänglich cylindrischen, dann aber allmälich bis an seinem Ansatzpunkt sich verbreiternden Strang. Hier hat derselbe eine Breite von 2,5 mm. Von ihm entspringt ein nach unten zu verlaufender, 4 mm langer, cylindrischer, an seinem Ansatzpunkt sich verdickender Strang; er inserirt sich in 2,5 mm Entfernung nach innen von jenem. Der nach innen zu verlaufende, 5 mm lange Faden inserirt sich ebenfalls in einer Breite von 3 mm und zwar in einer Entfernung von 3,5 mm vom mittleren entfernt. Diese drei unteren Fäden überspannen ein Segment des Arterienumfangs von 13 mm. Sämmliche Fäden haben durchweg ganz das gleiche Aussehen wie die Intima und geben in dieselbe so unmerklich über, als ob sie einen Theilbestand derselben ausmachten.

Ein nicht sehr dicker, langer Thrombus sitzt dem ersten Theilungswinkel der Arterie rittlings auf. Sein längerer Theil setzt sich in den oberen Arterienast und dessen Verzweigungen fort, während der kürzere der äusseren Wand des Hauptgefäßes entlang in dieses heruntersteigt um sich einknickend etwas zwischen dem unteren inneren und mittleren Faden durchzutreten und dann in einen nach hinten etwas höher gelegenen Arterienast sich fortzusetzen.

Ein anderer, konisch geformter, an seiner Spitz und Oberfläche geriffter und an seiner Basis zerrissener Thrombus findet sich in der grossen Lücke, welche durch den oberen und unteren äusseren Faden in Form eines fast regelmässigen Dreiecks, dessen Basis 8 und dessen Höhe 11 mm misst, eingeklemmt.

In der Abbildung fehlt letzterer und ersterer ist, um das Netzwerk deutlicher zu machen, nach oben (tb) umgeschlagen.

Hinsichtlich der Frage über die Entstehung dieses Netzwerkes können nur zwei Möglichkeiten in Betracht kommen, nehmlich dass dasselbe angeboren oder erworben worden ist.

Betreffs letzterer Möglichkeit könnte nur angenommen werden, dass es aus organisirten Thromben, bezw. Emboli hervorgegangen sei. Eine solche Annahme ist aber von vornherein und ohne Weiteres von der Hand zu weisen. Organisierte Thromben finden sich bekanntlich gerade in den Lungenarterien nicht so gar selten. Dieselben liegen aber gewöhnlich der Arterienwand an und sind durchweg mit ihr verwachsen und wo sie es nur an ihrem Anfang und Ende, in ihrer Mitte aber nicht sind liegen sie deswegen der Wandung doch an. Ein einziges Mal habe ich einen das Gefäß querenden, von einem Seitenast zu

einem anderen, etwas mehr peripherisch und auf entgegengesetzter Seite gelegenen organisirten Thrombus beobachtet, aber auch dieser, wie übrigens alle, gestattete auf den ersten Blick die richtige Diagnose. Organisierte Thromben bilden immer einfache, niemals verästelte Stränge und noch weniger bilden sie ein richtiges Netzwerk. Dann sind sie immer mehr oder weniger stark pigmentirt, verhältnissmässig derb und manchmal sogar verkalkt und da wo sie die Intima berühren ist diese selbst weisslich verdickt. Von all diesem findet sich aber in unserem Falle auch nicht die geringste Spur. Folglich kann vorliegendes Netzwerk nicht aus organisirten Thromben hervorgegangen sein.

Bleibt also nur die Möglichkeit seiner congenitalen Bildung. Hierfür sprechen das Aussehen und die Beschaffenheit des Netzwerkes, sowie seiner einzelnen Fäden, und dann namentlich noch deren Verhalten gegenüber der Arterienintima, in welche sie unmerklich übergehen.

Wenn ich nun aber auch hierauf fassend es als feststehend annehme, dass dieses Netzwerk eine congenitale Anlage hat, so ist es mir doch geradezu unmöglich zu sagen, auf welche Weise es während des Embryonallebens entstanden ist. Etwas Ähnliches im Gefäßsystem habe ich bis jetzt nur in den Vv. sperm. int. gesehen. In diesen finden sich hie und da mitunter sich auch theilende Stränge, die ganz genau wie die Intima aussehen und ebenfalls unmerklich in sie übergehen. In solchen Fällen hatte ich aber immer den Eindruck, als ob diese Fäden durch mehrfache Einmündung eines Seitenastes in das Hauptgefäß entstanden seien. Für diese Annahme spricht auch ihre seitliche Lage. Niemals nehmlich stehen sie senkrecht zur Gefäßaxe und überbrücken somit nicht die Gefäßlichtung, wie dies hier der Fall ist, und darum kann ihre Entstehungsweise auch nicht die gleiche sein.

6. Ueber einen Fall von Perforation der Uteruswandung und des Rectums durch ein Mesenterialsarcom.

In Bd. 96 S. 15 dieses Archivs habe ich einen Fall von durch einen Placentarpolyphen bewirkter Uterusperforation mitgetheilt. Seitdem habe ich nochmals das so seltene Vorkomm-