

ist. Die Art der Missbildung bei den betreffenden Individuen ist hier nicht genauer angegeben; es ist nur gesagt, dass gleichzeitig Missbildung der Hände und Füße bestand und dass dieselbe, soweit sich ermitteln liess, geringe Unterschiede gezeigt habe. Smith und Norwell heben die Bevorzugung des weiblichen Geschlechtes hervor und dass eine Generation übersprungen wurde. In einem Falle (†) war die Frau des Mannes früher schon einmal verheirathet gewesen, und hatte in ihrer ersten Ehe gesunde Kinder, während alle 6 Kinder mit ihrem zweiten Manne dieselbe Verbildung an Händen und Füßen, wie er, aufwiesen.

Worauf die Vererbbarkeit dieser Bildungsanomalien der Finger und Zehen in einzelnen wenigen Familien — denn jedenfalls sind dieselben als seltene Vorkommnisse anzusehen — beruht, lässt sich eben so wenig in einer befriedigenden Weise beantworten, wie die Frage betreffs der Vererbung der sogenannten Muttermaler. In dem von mir mitgetheilten Falle waren weder bei dem von mir beobachteten Individuum, noch bei dessen Angehörigen oder Verfahren irgend welche anderweitige körperliche oder geistige Anomalien aufzufinden oder durch die Anamnese zu ermitteln.

2.

Ein neuer Fall von Flimmerepithelcyste der Pleura.

Von Prof. F. Wilh. Zahn in Genf.

(Nachtrag zu Bd. 143. S. 175 und S. 182—183.)

Die Frage nach der Natur und Abstammung der früher beschriebenen Flimmerepithelcyste der Pleura, sowie der Stilling'schen Mediastinalcyste, erhielt ihre Lösung durch Auffindung eines neuen derartigen Falles, der leider erst längere Zeit nach Absendung des Manuscriptes der oben angeführten Mittheilung hier zur Section kam.

Bei einem 70 Jahre alten, in Folge chronischer Myocarditis und eitriger Cystitis und Pyelonephritis verstorbenen und am 18. November 1895 im Curs secirten Manne fand sich ungefähr 20 mm oberhalb des Diaphragma eine dem unteren Theile der Brustorta aufsitzende, in die linke Pleurahöhle kuglig hervorragende, fast nussgrosse, leicht höckrige, von der Pleura parietalis überzogene Geschwulst. Ihr Höhen- und Breitendurchmesser betrug je 22, ihr Tiefendurchmesser 18 mm. Sie war durchscheinend, fühlte sich prall elastisch an und sah einer multiloculären Lymphcyste täuschend ähnlich. Die ihre äussere Wand bildende Pleura war glatt, spiegelnd und anscheinend durchaus normal, blos am unteren hinteren Rande der Geschwulst fand sich, von der Pleura parietalis abgehend, ein 13 mm breiter, 4 mm dicker und 20 mm langer, an Fettgewebe reicher Strang, der die Cystengeschwulst mit dem unteren inneren freien Lungenrande verband.

Ein der Aorta anliegender, erbsengrosser Höcker der Geschwulst wurde mittelst einer fein ausgezogenen Glasröhre angestochen und ein Theil des flüssigen Inhaltes ausgesogen. Dabei ergab sich, dass vermuthlich alle Cystenräume zusammenhängen, da die Gesamtgeschwulst weicher und mehr fluctuirend wurde.

Der Cysteninhalt war farblos und fadenziehend. In demselben fanden sich runde Zellen von verschiedener, zum Theil beträchtlicher Grösse mit rundlichem Kern und homogenem Protoplasma, und ausserdem noch kleine, wohlgeformte Cylinderepithelien mit schönen Flimmerhaaren. Andere Formbestandtheile waren im Cysteninhalt nicht vorhanden. Zusatz von Essigsäure bewirkte starke Trübung, die bei Mehrzusatz nicht verschwand.

Nachdem das Präparat in Alkohol gehärtet war, wurde das untere Drittel der Geschwulst im Zusammenhange mit dem zur Lunge führenden Verbindungsstrange abgetrennt, in Celloidin eingebettet und vom ersten Assistenten des Instituts, Herrn Dr. K. Baur, in tadellosester Weise in der Art in Serienschnitte zerlegt, dass besagter Strang im Zusammenhang mit der Cyste seiner Länge nach getroffen wurde.

Die mikroskopische Untersuchung der Schnitte ergibt, dass die Hauptcyste von einer farblosen, feinkörnigen Masse, geronnenem Eiweiss, erfüllt ist. Die Cystenwand ist nach innen zu mit einem niedrigen, schöngeformten Flimmerepithel bedeckt, unter und zwischen welchem zahlreiche rundliche Ersatzzellen vorhanden sind. Die Wand selbst besteht aus einem festgefügt, fasrigen, ziemlich zellarmen Bindegewebe, in welchem spärliche, kleine, hyaline Knorpelheerde eingelagert sind. An manchen Stellen finden sich auch in diesem derben Bindegewebe kleine, scharf begrenzte Fettläppchen. Drüsen, Muskeln und Nerven sind nirgends darin vorhanden, dagegen aber ausser den nicht sehr zahlreichen Blutgefässen da und dort erweiterte, mit schönem Endothel ausgekleidete, feinkörnig geronnenes Eiweiss und spärliche Leukocyten enthaltende Lymphgefässe.

In der ersten Hälfte des von der Cyste zur Lunge gehenden Verbindungsstranges findet sich nur Fettgewebe mit wenigen Blutgefässen. Weiterhin nehmen diese an Zahl und namentlich an Stärke zu, und nun beginnt auch zwischen den Fettläppchen atelektatisches Lungengewebe mit zugehörigen Bronchioli und Bronchien aufzutreten. Die Epithelien der Lungenalveolen sind wohl erhalten und stellenweise ziemlich protoplasmareich. Die Bronchioli haben schönes cubisches Epithel. Sie sind an manchen Stellen ziemlich stark erweitert und enthalten ein feinkörniges Material, mit zuweilen darin eingeschlossenen schönen Corpora amyloidea, in welchen jedoch keine Kerne sichtbar sind. Noch weiter nach der Lunge zu, jedoch noch zum Theil in besagtem Strange gelegen, findet sich eine über erbsengrosse Cyste mit gleichem Inhalt und gleicher Epithelauskleidung, wie die vorerwähnte Hauptcyste. Ihre Wand zeigt jedoch insofern einen Unterschied vom Baue jener, als der bindegewebige Theil zarter und zellenreicher, die in ihr vorhandenen Knorpelkerne zahlreicher und grösser, und ausserdem ganz wie richtige Bronchialknorpel angeordnet sind. Ferner finden sich hier zwischen und

ausserhalb den Bronchialknorpeln zahlreiche traubige Drüsen. Im Allgemeinen ist dieses atelektatische Lungengewebe sehr gefässreich, an manchen Stellen trifft man sogar nur Gefässe und zellenreiches Bindegewebe, ohne jegliche Spur von Lungen- oder Bronchialgewebe. Noch weiter nach der Lunge zu findet sich eine geringgradige Anthrakose des interlobulären Gewebes, die Lungenalveolen sind weiter und häufig mit geronnenem Eiweiss (Oedem) erfüllt. Hier ist auch die Pleura anthrakotisch, während sie dies auf dem pulmonalen Theile des Verbindungsstrangs nur noch ganz wenig und weiterhin gegen die abgeschnürte, subpleurale Cyste zu gar nicht mehr ist.

Die hier beschriebene Cyste ist nicht nur dadurch interessant, dass sie einen dem Stilling'schen und dem früher mitgetheilten Falle ganz ähnlichen Bau hat, sondern vor Allem dadurch, dass sich ihre Abkunft von der Lunge, bezw. den Bronchien in unanfechtbarer Weise darthun liess und dadurch die Richtigkeit der Stilling'schen Annahme von der Herkunft dieser Cysten in zweifelloser Weise festgestellt ist. Durch das Erhaltenbleiben des Verbindungsstranges zwischen der epiaortalen subpleuralen Hauptcyste und dem freien Lungenrande und das Vorhandensein fötaler Lungenpartien und Bronchien, nebst gleichartiger Cystenbildung seitens dieser, ist, wie ich glaube, der Nachweis von der embryonalen Natur und Abstammung dieser Cysten vollkommen erbracht.

3.

Congress für innere Medicin.

Der Congress findet vom 8.—11. April 1896 zu Wiesbaden statt. Das Präsidium übernimmt Herr Bäumler (Freiburg).

Folgende Themata sollen zur Verhandlung kommen:

Am ersten Sitzungstage, Mittwoch den 8. April: Werth der arzneilichen Antipyretica. Referenten: Herr Binz (Bonn) und Herr Kast (Breslau).

Am dritten Sitzungstage, Freitag den 10. April: Ueber therapeutische Anwendung der Schilddrüsenpräparate. Referenten: Herr Bruns (Tübingen) und Herr Ewald (Berlin).

Mit dem Congresse ist eine Ausstellung von neueren ärztlichen Apparaten, Instrumenten, Präparaten u. s. w., soweit sie für die innere Medicin von Interesse sind, verbunden. Besondere Gebühren werden dafür den Ausstellern nicht berechnet. Hin- und Rückfracht, Aufstellen und Wiedereinpacken, sowie etwa nöthige Beaufsichtigung sind üblicher Weise Sache der Herren Aussteller. Anmeldungen und Auskunft bei Herrn Emil Pfeiffer (Wiesbaden).
