

## XIII.

## Kleinere Mittheilungen.

## 1.

**Aneurysma ventriculi sinistri cordis.**

Von Dr. C. Skrzeczka,

Assist.-Arzt der Medic. Klinik zu Königsberg i. Pr.

Friedrich Sattler, 71 Jahre alt, wurde am 2. October in die hiesige medicinische Klinik aufgenommen. Der ganze Körper ist stark abgemagert, die unteren Extremitäten oedematös geschwollen, das Gesicht etwas gedunsen, mässig cyanotisch. Er ist angeblich früher stets gesund gewesen und erst vor 4 Wochen, seiner Angabe nach, acut erkrankt. Er bekam Hitze, Durst, Schmerzen in der linken Seite, starkes Herzklopfen, Athemnoth. Die beiden letzteren Beschwerden haben seitdem zugenommen. Bald stellte sich auch Oedem der Beine ein, welches gleichfalls schnell stieg. Der Stuhl war stets retardirt, Urin sparsam. Gegenwärtig zeigt sich starke Orthopnoe, starke Action der Respirations-Hülfsmuskeln. Der Puls ist sehr beschleunigt, klein, energielos, unregelmässig. Thorax mager, Herzgegend etwas hervorgewölbt, Herzstoss sehr schwach fühlbar. Die Percussion ergiebt eine mässige Vergrösserung des Herzens in die Länge und Breite. Die Herztöne sind völlig rein, jedoch ist der erste Ton vom zweiten kaum zu unterscheiden. Die Töne folgen unzählbar schnell auf einander. Der Herzpuls ist jedenfalls viel häufiger als der Arterienpuls. Athmungsgeräusche bis auf einige grobe Rhonchi normal. Leber etwas vergrössert. Der (erst am Tage nach der Aufnahme untersuchte) Urin war sparsam, saturirt, zeigt einen weissen Bodensatz, enthält etwas Blut, reichliches Eiweiss, Schleim, Phosphate.

In den folgenden Tagen änderte sich der Zustand des Kranken nicht wesentlich. Es traten gelegentliche Schwankungen in der Pulsfrequenz und dem Grade der Dyspnoe ein; der Urin blieb trotz der Anwendung von Diureticis sparsam. Den 7. October befand sich Patient ziemlich wohl. Der Athem war etwas freier, der Puls jedoch sehr häufig und unregelmässig. Gegen Abend starb er plötzlich ohne vorausgehende Agonie.

Die Diagnose war von vorn herein auf ein organisches Leiden des Herzens

gestellt, das, jedenfalls mit Dilatation verbunden, einen Schwächezustand des Organs bedingte. Ob eine Klappen-Affection vorhanden sei, bei der, wie es ja bei weit vorgeschrittenem Process und auch die letzte Zeit vor dem Tode oft der Fall ist, keine Geräusche entstanden, wurde in suspenso gelassen.

Was die Anamnese und Aetiologie betrifft, so konnte man wohl die vom Kranken als Beginn seiner Krankheit bezeichneten Beschwerden auf eine Pericarditis deuten, doch blieb es wahrscheinlich, dass das ganze Leiden schon aus früherer Zeit herstamme.

Die Section wurde 47 Stunden post mortem gemacht.

Die Schädeldecke ist mässig dick, an ihr adhärirt fast mit ihrer ganzen Oberfläche die Dura mater. Die Pachionischen Granulationen stark entwickelt, im Arachnoidealsack ein mässiges Quantum klaren Serums. In der Pia mater, besonders an der Basis des Gehirns, ziemlich verbreitete Trübungen; Gehirn mässig blutreich, von derber Consistenz, Seitenventrikel ziemlich trocken.

In beiden Pleurasäcken ein mässiger seröser Erguss, die Lungen nicht adhären, an ihren vorderen Rändern (besonders die linke) emphysematös. Magenschleimbaut stark gewulstet, dunkel grauroth, von zähem, glasigem Schleim bedeckt. Nieren ziemlich gross, blutreich, Kapsel leicht abziehbar. Die mikroskopische Untersuchung zeigt ziemlich starke Injection, mässige Verfettung des Epithels, keine Exsudation von Faserstoff. Milz von normaler Grösse; die Kapsel zeigt zahlreiche Trübungen, Consistenz ziemlich derb, brüchig. Leber gross, Ränder etwas geschrumpft, die convexe Oberfläche granulirt, der Durchschnitt zeigt muskatnuss-artige Färbung.

Herzbeutel auffallend gross, enthält circa 6 Unzen klares Serum. Das viscerale Blatt desselben zeigt sehr zahlreiche, varicose Venen; in der Gegend der Herzspitze haften ihm mehrere pseudomembranöse, derbe, circa  $\frac{1}{2}$  Zoll lange Fetzen an. Das Herz selbst zeigt sich gleich beim ersten Anblick in allen Dimensionen beträchtlich vergrössert. Zum Theil wird diese Vergrösserung durch eine Ausbuchtung der Spitze und vorderen Wand des linken Ventrikels bedingt. Die Wand dieses ausgebuchteten Sackes ist dünn, theilweise faltig eingesunken und erhält nur durch mehrere, knochenhart anzufühlende, in ihr enthaltene Platten einige Steifheit und Festigkeit. Bei Eröffnung des linken Ventrikels zeigt sich diese Höhle enorm dilatirt mit ziemlich bedeutender Verdickung ihrer Wände, das Herzfleisch ist blass, brüchig. Gegen die Spitze des Herzens hin, an der vorderen Wand viel früher als an der hinteren, verjüngt sich die Muskelschicht fast ganz plötzlich, so dass dann Endocardium und Pericardium nur durch eine Bindegewebsschicht und die schon erwähnten knochenartigen Platten getrennt sind. Die Höhle des Sackes, die fast ein Gänseei aufnehmen könnte, geht ohne bemerkbare Verengung unmittelbar in die des Ventrikels über, das Endocardium ist im ganzen unteren Theil des Ventrikels, am meisten innerhalb des Sackes verdickt, gelblichweiss gefärbt. Streifige Trübungen ziehen sich ziemlich weit hinauf und finden sich auch auf den Papillarmuskeln. Die Trabekeln sind innerhalb des Sackes fast völlig geschwunden und markiren sich nur als sehnige, netzartig verbundene, etwas erhabene Streifen in der Wand desselben. Auf dem den Sack auskleidenden Endocardium zeigen sich

an zwei Stellen sogenannte Vegetationen. Die eine circa 4 Lin. lang, von kolbiger, etwas gelappter Gestalt, steht mit dem Endocardium in organischem Zusammenhange und sitzt auf demselben mit einem dünnen Stiele auf. Die andere, offenbar nur eine Auflagerung, lässt sich mit dem Scalpellstiele leicht abheben, ist halbmondförmig, glatt, knorpelig hart, an den Rändern durchscheinend und besteht nur aus molecularem Detritus, Fetttropfchen und einzelnen, noch deutlichen Fibrillen von geronnenem Faserstoff. — Der rechte Ventrikel zeigt ebenfalls excentrische Hypertrophie, doch ist er unverhältnissmässig kleiner als der linke. Die äussere Hälfte der Dicke seiner Wandung besteht aus Fett. Die Atrien sind gleichfalls erweitert, übrigens normal. Sämmtliche Ostien erweitert, jedoch von den gedehnten Klappen verschliessbar. Die Bicuspidalis ist am freien Rande durch eine röthliche, nicht sehr derbe Infiltration verdickt. In der Aorta reichliche atheromatöse Ablagerungen. Die vordere Arteria coronaria durchweg verknöchert, von sehr verengtem Lumen.

Die mikroskopische Untersuchung weist überall einen mehr oder weniger weit vorgeschrittenen Verfettungsprocess der Muskulatur nach; ferner den völligen Mangel einer Muskelschicht in der Wand des aneurysmatischen Sackes und zeigt überdies, dass die knochenartigen Platten nur diffus abgelagerte Kalksalze enthalten, keinen eigentlichen Knochenbau besitzen. Die Ueberreste der Trabekeln innerhalb des Sackes bestehen, wie schon der Anschein vermuthen liess, nur aus Bindegewebe ohne Spur von Muskelfasern.

Das ganze Herz mit den Anfängen der grossen Gefässstämme wiegt 6,25 Grm.\*) und zeigt folgende Dimensionen:

Vom oberen Rande des rechten Vorhofs bis zum					
tiefsten Punkte des Aneurysma . . . . .	7 Zoll	2 Lin.	par. Maass.		
Breite des Herzens am Sulcus transversus . . . . .	5 -	1 -			
(normal . . . . .)	4 -	5 -			
Länge des rechten Ventrikels . . . . .	3 -	10 -			
Länge des linken Ventrikels . . . . .	4 -	10 -			
(normal . . . . .)	3 -	9 -			
Grösste Breite des linken Ventrikels beträgt . . . . .	3 -	9 -			
Dicke der Wandung des linken Ventrikels . . . . .	— -	6 -			
(normal circa 5,7 Lin. Bizot)					
Dicke der Wandung des rechten Ventrikels . . . . .	— -	3 -			
Vom vorderen, oberen Rande des Sackes bis zu					
seinem tiefsten Punkte . . . . .	2 -	10 -			

\*) Nach Cleudining (vgl. Foerster S. 495.) wiegt das Herz 70jähriger Männer circa 11 Unzen  $1\frac{1}{3}$  Gr. = circa 320,1 Grm.