

kapsel mit dem Stiele des kleineren Körpers. d Die Fovea intercondyloidea posterior.

Fig. 2. Senkrechter Durchschnitt durch den Condylus femoris und die grössere Gelenkmaus in der Lücke. Natürliche Grösse. a Gelenkknorpel des Femur. b Knorpelüberzug der Gelenkmaus, der sich bei c in die Furche zwischen d und e, die beiden von einander abgeschrägten knöchernen Theile der Gelenkmaus, hineinsenkts. f Knochen des Femur.

2.

Ein bemerkenswerther Fall von Stenose des Ostium aorticum.

Von E. Leyden in Berlin.

(Hierzu Taf. VII. Fig. 1.)

Den folgenden Fall eines merkwürdigen Herzfehlers verdanke ich Herrn Dr. A. Lücke. — Der Kranke, ein junger Mann von 18 Jahren, war wegen Nekrose beider Ulnae und Tibiae am 23. October 1862 auf dessen Abtheilung in der chirurgischen Klinik aufgenommen worden. Die Anamnese hatte ergeben, dass Pat. bereits seit seinem 4ten Jahre an verschiedenen Knochenaffectionen beider oberen, und der rechten Unterextremität gelitten hatte; anfangs waren es Knochenauftreibungen, welche später, als Pat. etwa das 11te Jahr erreicht hatte, in Eiterung übergingen und aufbrachen. Vor 6 Monaten wurde die linke Unterextremität in gleicher Weise affizirt. — Von einer Affection des Herzens wusste weder der Kranke selbst, noch seine Angehörigen etwas. Er hatte niemals eine längere fiebrige Krankheit überstanden, niemals Gelenkschmerzen, Rheumatismus u. dgl. gehabt. Nie hatte er Herzklopfen oder Kurzathmigkeit wahrgenommen. Auffallend war die schlechte Entwicklung des Kranken. Obwohl 18 Jahre alt, machte er den Eindruck eines 12—13jährigen schwächlichen Knaben. Die Ernährung ist schlecht, die Muskulatur schlaff, wenig entwickelt. Das Gesicht ist blass, die Lippen ziemlich gut gefärbt, ohne Spur von Cyanose.

Die Beschreibung der Ulcerationen und Nekrosen können wir hier übergehen. Am Herzen war gleich bei der ersten Untersuchung ein sehr lautes, verbreitetes pfeifendes Geräusch aufgefallen, dem ein ebenfalls sehr deutliches, fühlbares Schwirren entsprach. Die weitere Untersuchung des Herzens ergab:

Die Percussion links vom Sternum ergibt von der 3ten Rippe ab Dämpfung, von etwas mehr als normaler Intensität. Auf dem Sternum ist der Schall von oben bis unten voll. Nach links reicht die Herzdämpfung bis an den Spitzentoss. Derselbe ist im 4ten Intercostalraum in der Mammillarlinie fühlbar und auch als eine deutliche systolische Elevation sichtbar. Er hat für den zuführenden Finger eine nicht unbeträchtliche Resistenz, welche, namentlich für die sonstige geringe Entwicklung des Kranken, abnorm ist. Auch über dem linken Ventrikel fühlt die

aufgelegte Hand eine ziemlich kräftige systolische Hebung. Nach dem Sternum zu nimmt dieselbe ab. An dem unteren Theil des Sternums keine Spur von Hebung mehr. Dagegen fühlt man überall auf dem Sternum ein sehr deutliches, sehr starkes Fremissement, welches nach rechts und links über das Sternum hinausgeht. Am stärksten ist es etwa auf der Mitte des Sternum, während es nach links entschieden an Intensität abnimmt. Entsprechend diesem Fremissement, hört man überall am Herzen ein sehr lautes, langes, hohes musikalisches Pfeifen mit der Systole: es ist so laut und so verbreitet, dass man kaum sagen kann, wo es am stärksten, wo weniger stark gehört wird. Auch in die Carotiden pflanzt es sich fort und ist am Halse fast mit ungeschwächter Intensität hörbar. Der diastolische Ton ist überall nur undeutlich hörbar, das lange systolische Geräusch schleppst sich fast bis in die Diastole. Ein Geräusch ist aber mit der Diastole nicht hörbar. — Die Carotiden, sowie die etwas geschlängelten Radialarterien sind äusserst eng, von sehr geringer Spannung und lassen eine sehr niedrige Pulswelle erkennen: kein Pulsus tardus. Verschiedenheiten zwischen den fühlbaren Arterien der rechten und linken Seite liegen nicht vor.

Die Diagnose wurde auf eine Verengerung des Aortenostiums gestellt. Obgleich die weite Verbreitung des Geräusches und Fremmissements keine diagnostische Verwerthung dieser sonst so wichtigen Zeichen zuließ, so deutete doch die entschiedene Hypertrophie des linken Ventrikels und die Enge der Arterien mit Bestimmtheit auf eine Verengerung des Aorteneinganges: die geringe Spannung und der Mangel des Pulsus tardus fielen zwar auf, konnten indess die übrigen Momente nicht entkräften.

Der Kranke starb am 31. Januar 1863 in Folge von Erschöpfung durch die Eiterung.

Von den Ergebnissen der durch Herrn Dr. Lücke gemachten Obdunction sei ausser dem Befunde des Herzens nur angeführt, dass hinsichtlich der Nekrosen und Ulcerationen kein Grund aufgefunden wurde, sie für embolischen Ursprungs zu halten. — Das Herz ist in mässigem Grade hypertrophisch, und zwar ausschliesslich linkerseits. Der linke Ventrikel bildet die Herzspitze allein; seine Wandung ist verdickt, das Herzfleisch derb, die Papillarmuskeln drehrund, leicht hypertrophisch. Am Ostium arteriosum zeigt sich die in der Abbildung wiedergegebene interessante Abnormität. Die Aortenklappen selbst zeigen einige Verdickungen, die Schliessungsräder sind geschrumpft und verdickt, doch nicht in erheblichem Grade, sie erscheinen vollkommen schlussfähig. Dagegen erstreckt sich von ihrer Basis an bis tief in den Ventrikel hinein eine starke, fast sehnige Verdickung des Endocardium, welche etwa $\frac{1}{4}$ Zoll unterhalb der Basis der Klappen zu einer hervorspringenden, 4—5 Mm. hohen Leiste heranwächst. Von oben her gehen von der Basis der Klappen kleinere prominente Züge schräg oder senkrecht in dieselbe über. Diese Leiste nimmt wie ein elastisches Band die ganze Circumferenz des Ventrikels in der angegebenen Höhe ein und verursacht auf solche Weise kurz vor dem Anfang der Aorta eine erhebliche Verengerung. Hier musste sich bei jeder Systole der Blutstrom durchdrängen, bevor er in die Aorta gelangte, und indem er jene elastische Hervorragung in Schwüngungen versetzte, erzeugte er das lange, laute pfeifende Geräusch und das fühlbare starke Schwingen.