

## XII.

Mittheilungen aus dem pathologisch-anatomischen Institut  
zu Genf.

Von Prof. Fr. Wilh. Zahn.

(Fortsetzung von S. 129.)

III. Ueber einen Fall von eitrig-Pericarditis nach Durchbruch  
eines Lymphdrüsenherdes in den Oesophagus und Herzbeutel<sup>1)</sup>.

Am 21. December 1876 wurde ein 35jähriger Mann in die medicinische Klinik aufgenommen, der erst vor wenigen Tagen erkrankt sein wollte, über Stiche auf der Brust klagte, leichte Oppressionserscheinungen darbot und hohes Fieber hatte. Am anderen Morgen starb er.

Die am darauffolgenden Tage vorgenommene Section ergab, dass alle Organe mit Ausnahme des Herzbeutels normal waren; nur die rechte Lunge war durch dünnes Fibringerinnsel leicht mit dem oberen Theil des Herzbeutels verklebt und in ihrem Unterlappen waren einige kleine, beginnende pneumonische Herde vorhanden. — Der Herzbeutel lag in grosser Ausdehnung zu Tage, war ziemlich prall gefüllt, leicht fluctuirend. Beim Eröffnen entleerte sich aus demselben eine grosse Menge dicklicher, nicht übel riechender, eitrig-Flüssigkeit. Beide Blätter waren mit dicken, eitrig-fibrinösen Massen bedeckt und zum Theil dadurch mit einander verklebt. Diese Massen liessen sich trotz ihrer Brüchigkeit von der darunter liegenden zwar stark gerötheten, aber glatten Serosa leicht abheben; ihre gelbliche Farbe hatte einen leichten Stich in's Grünliche, was besonders an der Basis deutlich war. Hier fand sich auch etwas über dem rechten Herzohr zwischen Aorta und Vena cava sup. eine kleine Stelle, woselbst die Fibrinmassen rostbraun gefärbt waren und auch etwas weicher zu sein schienen als anderswo. Die später vorgenommene mikroskopische Untersuchung zeigte, dass das an Eiterzellen reiche Fibrinnetz hier viel braunes, freies und in Zellen eingeschlossenes, körniges und krystallinisches Pigment enthielt. Daneben fand sich auch, aber in geringerer Menge, intensiv schwarzes, amorphes feinkörniges und grossscholliges Pigment. Das Herz war stark zusammengezogen, enthielt sehr wenig Blut und Blutgerinnsel, Herzfleisch, Endocard und Klappen waren durchaus normal. Ebenso verhielten sich die Wandungen der grösseren Gefässstämme mit Ausnahme der Vena cava sup. ungefähr 20 Mm. oberhalb ihrer Einmündung in den rechten Vorhof, da wo sie sich mit der Art. pulm. dext. kreuzt und woselbst ihre Intima eine schmutzig-rothe Färbung

<sup>1)</sup> Nach einem Vortrag, gehalten in der Société médicale du Canton de Genève, Sitzung vom 7. März 1877.

darbot. Als ich nach der Herausnahme des Herzens und der Lungen die grossen Luftwege eröffnete, fand ich am unteren Ende der Luftröhre gerade über dem Abgang des rechten Hauptbronchus eine schmutzig-braune Verfärbung der Schleimhaut, ohne dass jedoch hier anderweitige Veränderungen bestanden. Der Umstand, dass die Bronchialschleimhaut unterhalb dieser Stelle schieferfarbene Einsprengungen zeigte, bewog mich, die Trachea mit Bronchus an dieser Stelle von den nebengelegenen grossen Gefässstämmen abzupräpariren. Bereits beim ersten Schnitt gelangte ich in eine fast wallnussgrosse, zwischen Trachealbifurcation und rechtem Bronchus, Vena cava sup. und Aorta gelegene Höhle. Dieselbe enthielt gelblichen Eiter mit einem leichten Stich in's Grünliche und ausserdem viel schwarze bröckliche und fasrige Gewebsetzen. Nach Entfernung dieser Massen zeigte sich, dass nur der obere Theil der Höhle, soweit diese von der *A. anonyma*, deren Wandung übrigens unverändert war, und der Trachealwand begrenzt war, glatte Wandungen darbot. Die Trachealwand selbst lag nicht bloss, sondern war noch von einer mehrere Millimeter dicken Bindegewebsschicht bedeckt. Die untere Hälfte der Höhlenwandung bot dagegen ein fetziges, zerklüftetes Aussehen dar und war dieselbe von mehr oder weniger erweichtem und abgelöstem schiefrigen Lymphdrüsenewebe gebildet. Der eröffnete Oesophagus war im Allgemeinen ganz normal, nur fand sich an seiner Vorderfläche, da wo er mit den im Bifurcationswinkel der Trachea gelegenen Lymphdrüsen verwachsen ist, ungefähr 15 Mm. unterhalb des linken Bronchus eine seichte Vertiefung der sonst normalen Schleimhaut und in dieser eine fast linsengrosse Oeffnung mit etwas fetzigen Rändern, die noch durch eine äusserst dünne und schmale Schleimhautbrücke in eine obere grössere und untere kleinere Portion getrennt war. Die Schleimhautränder dieser Oeffnung sind nach oben und seitlich nicht abgehoben, während nach unten zu eine kleine Ausbuchtung zwischen Mucosa und Muscularis vorhanden ist, welche 4 Mm. nach abwärts führt. In der unteren Hälfte liegt die Muscularis frei zu Tage, während man durch die obere in einen schief nach aufwärts und rechts verlaufenden Kanal gelangt, der etwa 10 Mm. lang ist und in die erwähnte Höhle führt. Seine Oberfläche ist etwas rau und schwärzlich gefärbt. Die mikroskopische Untersuchung ergibt, dass die Wandung des in der Muscularis verlaufenden Theiles mit Plattenepithel bedeckt ist, ausserdem aber auch in dem darunter gelegenen Bindegewebe reichliches schwarzes Pigment vorhanden ist. Dieses nimmt in dem tiefer, der Höhle näher gelegenen Theil an Menge zu, während das Epithel in demselben Maasse abnimmt; hier wird die Wandung auch hauptsächlich durch mehr narbiges Bindegewebe gebildet. Von der genannten Höhle gelangt man ferner mit Leichtigkeit mittelst einer Hohlsonde durch eine ziemlich grosse zwischen *V. c. sup.* resp. dem sie bedeckenden Herzbeutel und der hinteren Oberfläche der Aorta liegende Oeffnung in den Herzbeutel. Die Ränder dieser Oeffnung bieten ebenfalls ein zerrissenes Aussehen dar und sind, wie auch ihre nächste Umgebung schiefrig gefärbt. Die sonstigen in der Umgebung vorhandenen, namentlich der Speiseröhre und den grösseren Luftwegen entlang gelegenen Lymphdrüsen sind nicht vergrössert, im Gegentheil stark schiefrig indurirt und enthalten zum Theil hirsekorngrosse Kalkconcremente in ihrem Innern. In einer der dem linken Bronchus angehörigen findet sich ein central gelegener Erweichungsherd, in welchem sich jedoch kein Eiter,

sondern ein schwarzer, amorpher Brei vorfindet. Sämmtliche sind von einer mehr oder weniger derben Bindegewebskapsel umgeben und mit ihrer Umgebung theilweise sehr fest verwachsen.

Die in vorliegendem Fall vorgefundenen anatomischen Veränderungen sind mehr als genügend zur Erklärung der Ursache und Entstehung der eitrigen Pericarditis. Der klinische Verlauf der Krankheit, die verhältnissmässig geringe Veränderung des Herzbeutels selbst und die Beschaffenheit der darin vorhandenen eitrig-fibrinösen Massen, verglichen mit den Inhaltmassen und Beschaffenheit der Wandungen der darüber gelegenen und mit ihm communicirenden Höhle zwingen zu der Annahme, dass die Pericarditis secundär, durch Perforation dieser Höhle in den Herzbeutel entstanden ist.

Etwas schwieriger ist es hingegen festzustellen, in welcher Beziehung dieser Herd und die Oesophagusperforation zu einander stehen. Die Beschaffenheit der Schleimhaut des letztgenannten Organs im Allgemeinen und insbesondere in nächster Nähe der Ulceration, ihre Löslösung vom unteren Rande, der im unteren Theil durch die Musculatur gebildete Geschwürsgrund und der nach oben gerichtete Verlauf des Kanals lassen jedoch auch hier kaum einen Zweifel dagegen aufkommen, dass die Perforation in der Richtung nach dem Oesophagus zu und nicht in umgekehrter Weise zu Stande kam. Diese Vermuthung findet noch eine wesentliche Unterstützung in dem Bestehenbleiben der querverlaufenden Schleimhautbrücke, denn derartige Reste normalen Gewebes finden sich hauptsächlich in denjenigen ulcerativen Prozessen, die von der Tiefe ausgehend nach der Oberfläche zu fortschreiten.

Es erübrigt mir somit nur noch zu eruiren, welcher Natur der pathologische Vorgang im ursprünglichen Herd war. Ich glaube mit Rücksicht auf das Verhalten sämmtlicher Lymphdrüsen des Halses längs der Luft- und Speiseröhre und derjenigen der Brusthöhle die Annahme, dass es sich hier um Vereiterung oder um Erweichung einer verkästen Lymphdrüse handelte, mit grosser Wahrscheinlichkeit ausschliessen zu dürfen, da in keiner von diesen auch nur die Spur eines entzündlichen Vorganges oder einer käsig-einlagerung bestand, sondern nur schiefrige Induration und theilweise Verkalkung vorhanden war. Wohl fand sich in einer dem betreffenden Herd nahegelegenen Lymphdrüse eine Erweichung

und Verflüssigung des schiefrig indurirten Gewebes, jedoch auch ohne die geringste Audeutung von Entzündung und Eiterbildung in der Drüse selbst oder ihrer nächsten Umgebung. Ich vermuthe, besonders in Hinsicht auf die Beschaffenheit des Inhalts und der Wandung des besagten Herdes, dass hier ursprünglich ein ähnlicher Vorgang in einer schiefrigen Lymphdrüse stattfand, dass dann die zuerst im Centrum vorhandene Erweichung allmählich bis zur Peripherie fortschritt und schliesslich die mit der Drüse eng verwachsenen Organe, mit Ausnahme des linken Bronchus, in Mitleidenschaft zog und auf diese Weise die Perforation nach beiden Richtungen hin verursachte. Vermuthlich fand der Durchbruch in den Oesophagus zuerst statt und dann mag, nachdem die directe Communication mit der Aussenwelt einmal hergestellt war, durch Hineingelangung von fremdartigen Substanzen eine Entzündung und Vereiterung in dem ursprünglichen Herd und seiner Umgebung Platz gegriffen haben und dadurch die Perforation in dem Herzbeutel erleichtert und beschleunigt worden sein.

Eine derartige Erweichung und Verflüssigung schiefrig indurirter Lymphdrüsen besagter Regionen kommt, namentlich bei älteren Individuen, ziemlich häufig vor und ebenso hat man nicht gar selten Gelegenheit, Communicationen zwischen solchen Erweichungs-herden und benachbarten Organen, resp. den darin verlaufenden Kanälen zu beobachten. So lange ich Assistent bei Hrn. Prof. von Recklinghausen war, hatte ich in jedem Semester zu wiederholten Malen Gelegenheit, meinen hochverehrten Lehrer derartige Veränderungen besagter Lymphdrüsen bald ohne, bald mit Perforation in die Luftwege, Gefässe und Speiseröhre in dessen pathologischem Demonstrationscurs vorzeigen zu sehen. H. Tiedemann<sup>1)</sup> hat diese Lymphdrüsenaffection, welche er auf chronisch entzündliche Prozesse mit Bindegewebsneubildung und nachherige Schrumpfung zurückführt, als Ursache von den von ihm so genannten Traktionsdivertikel des Oesophagus, von Stricturen der Luftwege, Pulmonalarterien und Lungenvenen beschrieben. Dieselbe kommt nach ihm nie im Kindesalter, dagegen häufig im höheren Lebensalter vor und zwar hauptsächlich bei solchen chronischen Lungenleiden, die mit Bindegewebsneubildung verbunden sind. Bei Ge-

<sup>1)</sup> Ueber die Ursachen und Wirkungen chronisch entzündlicher Prozesse im Mediastinum. Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 16. S. 575.

legenheit der Mittheilung obigen Falles konnte ich meinen hiesigen Collegen eine ganze Reihe von Präparaten vorlegen, bei welchen durch diese Lymphdrüsenveränderung theils Verengung der Blut- und Luftwege, theils nur centrale Erweichung, theils aber auch Durchbruch in die Bronchien und den Oesophagus zu Stande gekommen war.

Ich unterlasse um so lieber Vermuthungen über die Natur des Erweichungsprozesses schiefriger Lymphdrüsen aufzustellen, als gegenwärtig im hiesigen Laboratorium Untersuchungen hierüber angestellt werden, deren Resultate in einer späteren Mittheilung folgen sollen.

Obige Mittheilung hat zum Zweck auf ein ätiologisches Moment der selten vorkommenden eitrigen Pericarditis aufmerksam zu machen, das, soviel ich mich beim Durchsehen der mir zu Gebote stehenden Literatur überzeugen konnte, bis jetzt noch nicht bekannt war. Ein von Meigs mitgetheilter Fall von Pnemo-Hydropericarditis <sup>1)</sup> hat zwar mit obigem eine auffallende Aehnlichkeit, indem auch hier bei der Autopsie eine Communication zwischen Herzbeutel und Speiseröhre constatirt wurde, doch lässt sich aus dem Sectionsbericht nicht ersehen, welche Beschaffenheit die Wandungen des beide Organe verbindenden Kanales, resp. das sie trennende Mediastinum, darboten. Es handelte sich dabei um einen 18jährigen Mann, der ein Jahr früher an einer linksseitigen katarrhalischen Pneumonie behandelt worden war, Anfangs Februar 1874 dann wieder erkrankte, und zwar dieses Mal Erscheinungen einer doppelseitigen Pleuritis darbot. Am 1. März wurde das Vorhandensein einer Pericarditis nachgewiesen und am 5. März manifestirten sich die auffallendsten Symptome einer Pnemo-Pericarditis; am 8. starb Patient und am 9. wurde von Meigs, Prof. Ellerslie Wallace und Dr. Jordan die Section in sorgfältigster Weise ausgeführt. Der Herzbeutel enthielt nicht brennbares, geruchloses Gas, ausserdem trübe, sehr dunkle, röthlichbraune Flüssigkeit und die das Pericard bedeckende Membran war sehr dick, rauh, zottig und stark röthlichbraun gefärbt. Das Einblasen von Luft in die Trachea ergab, dass zwischen den Luftwegen und dem Herzbeutel keine Communication bestand, doch „knowing that a few cases had been put on record,

<sup>1)</sup> Case of Pnemo-Hydropericarditis; with Remarks. By J. Forsyth Meigs, M. D., one of the Physicians to the Pennsylvania Hospital etc. etc., in The American Journal of the medic. Sciences 1875. p. 81.

in which the pneumo-pericardium was the result of perforation of the oesophagus, Dr. Wallace very carefully slit open with scissors the oesophagus along its posterior wall, and examining carefully, discovered a small and superficial depression in the anterior wall of the tube just below, perhaps a quarter of an inch, the bifurcation of the trachea. The depression was half an inch in diameter, and in its centre was a small perforation with ragged, dark, ulcerated edges, large enough to receive the point of the catheter. This perforation led through some the connective tissue directly into the very upper extremity of the pericardium. The opening was not large enough to receive the point of the little finger.

The trachea and both primary bronchi, at the bifurcation, were slit open and carefully examined, but not opening of any kind between them and the pericardium could be found“ (l. c. p. 87).

In den Pleurasäcken fand sich seröse Flüssigkeit und einige Fibrinflocken vor. Die visceralen und parietalen Pleurablätter waren stark vascularisirt und mit Fibringerinnsel bedeckt; in den Lungen fanden sich einige Käseherde, nirgends Tuberkel. Die übrigen Organe, das Herz mit inbegriffen, waren normal mit Ausnahme der Leber, welche etwas mehr Fett enthielt, als dies normaler Weise der Fall zu sein pflegt.

Bei der Besprechung des Zustandekommens der Perforationsöffnung zwischen Herzbeutel und Speiseröhre meint Meigs l. c. p. 84: „In studying the nature of my own case, I have come to the conclusion that the perforation in the oesophagus was one from within outwards, and not from the oesophagus inwards, as must be the case where the pneumo-pericardium results from the erosion of a cancerous ulcer of the oesophagus, or the rupture of a pneumonie abscess or hepatic abscess into the sac. I believe it must have been the result in fact of an effort of nature to evacuate the diseased contents of the pericardium, as happens in the case of empyema when the latter is cured by natural process.“ Diese Hypothese dürfte zwar etwas gewagt sein, doch lässt sich auf Grund des Sectionsberichtes nicht viel dagegen einwenden, da dieser, wie bereits oben bemerkt, gerade hinsichtlich des wichtigsten Punktes nicht ausführlich genug ist.

Wenn somit obige Beobachtung vielleicht auch bis jetzt die einzige ist, bei welcher die eitrige Pericarditis nachgewiesener-

massen durch Perforation einer in Erweichung begriffenen schiefrigen mediastinalen Lymphdrüse in den Oesophagus und Herzbeutel hervorgerufen wurde, so hat man doch auch schon früher angenommen, dass bei verschiedenen Erkrankungen genannter Lymphdrüsen durch Fortleitung Pericarditis entstehen könne. So hat beispielsweise Baréty nicht weniger als 11 fremde und eigene Beobachtungen zusammenstellen können, in welchen bei verschiedenartigen Lymphdrüsenaffectionen, in mehreren Fällen allerdings wenig begründete, entzündliche Bethheiligung des Pericards notirt war<sup>1)</sup>.

Ein vor Kurzem hier zur Section gekommener Fall von hochgradiger fibrinöser Pericarditis scheint ebenfalls für die Richtigkeit dieser Annahme zu sprechen; da jedoch sowohl der klinische Verlauf, als auch der anatomische Befund noch eine andere Deutung hinsichtlich der Entstehung der Pericarditis zulässt, so theile ich denselben nur im Auszug und mit allem Vorbehalt hier mit:

M. P., 69 Jahre alt, Ackersmann, wurde am 4. Mai 1877 in die medicinische Klinik aufgenommen. Bei seinem Eintritt wurde eine rechtsseitige Pleuritis diagnosticirt; das pleuritische Exsudat erreichte hinten fast die Spina scapulae. Die Explorationspunction ergab eine röthliche Flüssigkeit mit vielen geschrumpften rothen Blutkörperchen. Die Zunge war trocken, Puls klein, leicht unterdrückbar. Da Patient äusserst schlecht genährt und elend war, wurde eine roborirende Behandlung eingeleitet, infolge welcher sein Allgemeinbefinden sich bedeutend besserte und der pleuritische Erguss sich zu verringern begann. Die Temperatur erhielt sich bis Ende Mai in der Grenze zwischen 36,8<sup>o</sup>—37,2<sup>o</sup>. Am 1. Juni stieg das Thermometer auf 39,2<sup>o</sup> und hielt sich in dieser Höhe bis zum 3. Juni Abends, um dann 39,8<sup>o</sup> zu erreichen. Die genaue Untersuchung der Brustorgane ergab links spärliche Blase- und Rasselgeräusche; durchaus nichts Besonderes am Herzen, der Puls war sehr frequent (120), klein. In der Nacht vom 2. auf den 3. hatte Patient heftige Delirien. Er starb am Morgen des 4. Juni. — Diese wie auch die übrigen klinischen Notizen verdanke ich der Güte meines Collegen, Herrn Prof. Revilliod und dessen Assistenten Herrn Dr. Saloz.

Sectionsbefund: hochgradigste Abmagerung, mässiges Oedem beider unteren Extremitäten, auffallende Blässe der Haut, sowie aller Organe. Linke Lunge bedeckt den Herzbeutel nicht vollständig, im linken Pleurasack circa 500 Ccm. bräunliche Flüssigkeit, keine Fibrinflocken. Rechte Lunge vorn mit der Brustwand und dem Herzbeutel verklebt, lässt sich aber leicht ablösen. Nach hinten zu besteht keine Verklebung, hier findet sich circa 1 Liter dunkelbraune, mit Fibrinflocken untermischte Flüssigkeit. Herzbeutel gross, gespannt, bei der Eröffnung entleert sich daraus wenig gelbliche Flüssigkeit, die beiden Blätter fast in ihrer ganzen Aus-

<sup>1)</sup> A. Baréty, De l'Adénopathie trachéo-bronchique en général et en particulier dans la scrofule et la Phthisie pulmonaire, précédée de l'étude topographique des Ganglions trachéo-bronchiques. Thèse. Paris 1874. p. 102.

dehnung namentlich nach hinten und oben durch dicke Fibrinmassen mit einander verklebt. Herz etwas nach links verlagert. Die Verklebung der beiden Blätter lässt sich leicht lösen, nur nach links hinten und oben besteht eine festere Verbindung, hier finden sich auch frische Ekchymosen in den fibrinösen Schwarten und sind hier deutliche neugebildete Gefässe in denselben wahrnehmbar. Infolge der beginnenden Organisation sind die Schwarten hier nur schwer ablösbar, während dies sonst leicht möglich ist. Links oben neben der Aorta findet sich eine kleine schiefrige Lymphdrüse, zum grössten Theil ausserhalb, jedoch auch in der Grösse einer Erbse innerhalb des Herzbeutels gelegen; das Gewebe derselben ist weich, bröcklich, wie macerirt, in den umgebenden fibrinösen Membranen finden sich keine ähnliche Massen. Infolge dieses Befundes werden die Brustorgane im Zusammenhang herausgenommen und der Reihe nach untersucht. Linke Lunge sehr voluminös, Pleura mit Ausnahme der Spitze getrübt, hinten und unten mit einer dünnen Fibrinschicht bedeckt; Lungengewebe emphysematös, ödematös, in der Spitze mehrere eingekapselte Käseherde und kleine mit Bronchien communicirende Höhlen; ausserdem finden sich im Ober- und Unterlappen an der Peripherie mehrere wallnussgrosse, conische Herde, embolische Infarcte. Die die rechte etwas comprimirt Lunge bedeckenden Fibrinmassen sind weich, lassen sich leicht entfernen, desgleichen die das parietale Blatt bedeckenden, nirgends eine Spur von Organisation. Das Lungengewebe verhält sich gleich dem der linken Lungen, auch hier finden sich embolische Infarcte, die aber dem Aussehen und den in den zuführenden Arterien vorhandenen Thromben nach älter sind als die der linken Lunge. Ich will gleich hier bemerken, dass in der V. cava inf. und zwar vom Zusammenfluss der Aa. iliac. commun. bis zur V. sperm. int. dextr. reichend ein grosser weisser, das Lumen fast ausfüllender, an seinem unteren Ende in Organisation begriffener Thrombus vorhanden war; ähnliche Thromben fanden sich, in die Vv. femorales hereinragend in beiden Vv. saph. magn. Der Oesophagus war durchaus normal; ebenso verhielten sich der Larynx und die Trachea. Die Bronchien zeigen nur leichte Verdickung und Röthung der Schleimhaut, bieten aber sonst nichts Besonderes dar, nur der zum linken Oberlappen führende ist an seinem Abgang ziemlich stark verengert, die Schleimhaut ist an dieser Stelle stark schiefrig pigmentirt und es findet sich hier im Centrum dieser dunkel gefärbten Partie eine leichte Depression und eine Oeffnung, durch welche man mit einer Hohlsonde in eine Höhle mit unebenen fetzigen Wandungen gelangt, die sich im Centrum einer schiefrigen Lymphdrüse befindet. Zwischen dem rechten Bronchus und der Aorta, dicht über dem Pericard findet sich ein wallnussgrosser fluctuirender Herd mit ziemlich derber Wandung; beim Einschneiden entleert sich aus demselben eine schmierige, graphitfarbene Masse, die, wie die mikroskopische Untersuchung lehrt, aus kleinsten freien Melaninkörnchen und kleinen solche Körnchen haltige Lymphzellen besteht. Die Wandungen dieser Höhle sind ziemlich glatt und es gelingt nicht eine Communication zwischen ihr und einem der Nachbarorgane nachzuweisen. Das Epicard ist ziemlich fettreich, das Myocard, Endocard und die Klappen bieten nichts Besonderes dar, nur der Zipfel der vorderen Tricuspidalklappe ist beträchtlich verdickt und auf seiner Vorhoffläche rauh, erodirt. — Die Baucheingeweide bieten keine besonderen Veränderungen dar.

Es ist, wie aus Obigem leicht ersichtlich, schwierig mit Bestimmtheit zu sagen, ob in diesem Falle die Pericarditis in Folge der Lymphdrüsenaffection oder aber mit dieser in Folge einer etwa schon vorher bestandenen rechtsseitigen Pleuritis entstanden sei, welch' letztere ihrerseits wieder durch die Lungenembolie hervorgerufen sein konnte. Wollte man sich hierbei bloß auf die klinischen Beobachtungsergebnisse stützen, so müsste man wohl Letzteres annehmen; nicht so aber, wenn man auch die anatomischen Befunde berücksichtigt. Das gleichzeitige Vorhandensein eines entfernter liegenden Lymphdrüsenherdes mit Durchbruch in den Bronchus, die weiter vorgeschrittenen Veränderungen der pericardialen Pseudomembranen und selbst die Abwesenheit pericarditischer Erscheinungen zu einer Zeit, wo diese Affection zweifellos schon bestand, gestatten ebenso leicht die Annahme, dass die Pericarditis Folge der Lymphdrüsenveränderungen und die Pleuritis Folge der Pericarditis war. Sei ihm jedoch wie ihm wolle, so zeigt dieser Fall immerhin ebenso wohl wie der erste, allerdings viel interessantere, dass bei den acuten Entzündungen des Herzbeutels, wenn sich nicht anderweitige evidente ursächliche Momente vorfinden, die dicht über dem Pericard gelegenen mediastinalen Lymphdrüsen um so mehr eine Berücksichtigung verdienen, als diese Entzündungen in der Regel im oberen Theil des Herzbeutels beginnen.

---

#### IV. Zwei Fälle von Aneurysma der Pars membranacea septi ventriculorum cordis <sup>1)</sup>.

Die aneurysmatische Ausbuchtung des häutigen Theils der Herzkammerscheidewand kann hinsichtlich der Häufigkeit ihres Vorkommens immerhin noch als pathologisch-anatomisches Curiosum betrachtet werden, obschon Rokitansky vor nicht langer Zeit in seiner klassischen Monographie über „die Defecte der Scheidewände des Herzens“ <sup>2)</sup> die Zahl der bereits bekannten Fälle um nicht weniger als fünf, resp. sechs vermehrt hat. Diesen will ich in Nachfolgendem noch zwei weitere, vor Kurzem hier beobachtete

<sup>1)</sup> Nach einem Vortrag, gehalten in der Société médicale du Canton de Genève, Sitzung vom 2. Mai 1877.

<sup>2)</sup> Wien 1875. S. 133 u. s. f.