

Es ist, wie aus Obigem leicht ersichtlich, schwierig mit Bestimmtheit zu sagen, ob in diesem Falle die Pericarditis in Folge der Lymphdrüsenaffectio 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 blos auf die klinischen Beobachtungsresultate stützen, so müsste man wohl Letzteres annehmen; nicht so aber, wenn man auch die anatomischen Befunde berücksichtigt. Das gleichzeitige Vorhandensein eines entfernt liegenden Lymphdrüsenerdes 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 Lymphdrüsenvänderungen 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 ¹⁾.

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“ ²⁾ 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

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

²⁾ Wien 1875. S. 133 u. s. f.

derartige Fälle hinzufügen, von denen mir namentlich der zweite, bei einem Kinde vorgefundene, der Mittheilung werth erscheint:

Leider fehlt für beide Fälle die klinische Beobachtung. Der erste, am 26. März seict, betraf eine 79 Jahre alte Pfründnerin, die zwar schon seit lange im Spital war, aber nie Gegenstand einer sorgfältigen ärztlichen Untersuchung wurde, da sie nie eigentlich krank war, sondern nur Erscheinungen von Altersschwäche darbot. Der andere fand sich zwei Tage später bei einem $2\frac{1}{2}$ -jährigen Mädchen, das mit einer nach Masern entstandenen ausgebreiteten Bronchopneumonie von Lyon beigereist kam, Nachmittags in die medicinische Klinik aufgenommen wurde und noch in der gleichen Nacht daselbst starb. Ich beschränke mich deshalb auch für beide auf die ausführliche Mittheilung der Veränderungen am Herzen und will nur hinsichtlich des übrigen Sectionsbefundes hier bemerken, dass in Fall 1 hochgradiges Lungenemphysem und ausgebreiteter Bronchialkatarrh, sowie senile Veränderungen der übrigen Organe vorhanden war, und bei dem Kinde die gestellte Diagnose durch die Section bestätigt wurde; dasselbe war wohlgebildet und gut genährt und war weder eine abnorme Färbung der Haut, noch irgend welche Veränderungen an den Endgliedern der Extremitäten bei ihm vorhanden.

Fall 1.

Im Herzbeutel wenig gelbliche, klare Flüssigkeit; parietales und viscerale Blatt desselben durchaus normal, mit Ausnahme einer kleinen Stelle über dem linken Ventrikel, etwas oberhalb der Herzspitze, woselbst sich eine fast kirschkerngroße, weissliche Blase befindet, die, wie die spätere Untersuchung zeigt, einen Cysticercus cellulosae einschliesst. Unter dem Epicard ein dickes Fettpolster. Das Herz im Ganzen klein und schlaff, enthält beiderseits wenig flüssiges Blut, daneben aber grosse speckhäutige Gerinnsel. Das linke Herz misst vom Aortenklappenabgang bis zur Herzspitze 86 Mm., das rechte vom Tricuspidalansatz bis ebendahin 65 Mm. Die linke Kammerwand hat eine grösste Dicke von 17 Mm., wovon jedoch 3 Mm. auf Rechnung des subepicardialen Fettgewebes zu setzen sind; die grösste Dicke beträgt rechterseits in der Höhe des Conus arteriosus 4 Mm. Die Aorta hat gerade über den Klappen einen Umfang von 82 Mm., die Art. pulmonal. ebenda einen solchen von 92 Mm., das Myocard ist schlaff, blass, von bräunlicher Farbe; rechterseits findet sich viel subendocardiales, intermusculäres Fettgewebe.

Der linke Vorhof bietet keine Veränderungen dar, die Mitralssegment sind normal, ebenso das Endocard bis auf eine kleine, gleich zu erwähnende Stelle unterhalb der Aortenklappen. Diese selbst sind nur un wesentlich verändert, geringfügige Fensterung unter den freien Rändern und leichte Verdickung der Noduli Arantii sind die an ihnen wahrnehmbaren Veränderungen. Die Aortenwandung bietet nichts Be-

sonderes. An den Insertionslinien der rechten und hinteren Aortenklappe, soweit dieselben normalerweise die oberen Grenzen des häutigen Theils der Kammerscheidewand bilden, finden sich zwei stark vorspringende, scharfrandige, derbe weissliche Leisten mit glatter Oberfläche. Darunter an Stelle der Pars membranacea septi findet sich eine halbkugelförmige, aneurysmatische Ausbuchung. Die Eingangsöffnung derselben hat die Form eines gleichschenkligen Dreiecks mit nach oben concaven Seiten; die Basis dieses Dreiecks misst 19 Mm., die Höhe 14 Mm. und die Tiefe des Sackes beträgt ebenfalls 14 Mm. Der untere, vom muskulären Septum gebildete Rand ist ebenfalls nach oben leicht concav, scharfrandig und das ihn bedeckende Endocard ist in einer Breite von 4 Mm. leicht verdickt, weiter nach abwärts der Spitze zu aber ganz normal. Die Oberfläche des genannten Sackes ist vollkommen glatt und spiegelnd, etwas uneben dadurch, dass zwischen quer verlaufenden, in der Wandung gelegenen, etwas über präparinadelndicke Balken seichte Gruben vorhanden sind, die durch andere senkrecht oder schief verlaufende Stränge theilweise mehr oder weniger grosse Fächer von verschiedener Tiefe abgetheilt sind. Die Wandung selbst ist im Allgemeinen sehr dünn, durchscheinend und scheint überall da, wo das genannte Balkenwerk nicht vorhanden ist, blos von dem Endocard des linken und rechten Ventrikels gebildet zu sein. Vom rechten Ventrikel aus gesehen gleicht die aneurysmatische Vorbuchung ausserordentlich der von Rokitansky l. c. S. 134 gegebenen Abbildung. Wenn man den Zeigefinger in die Tasche einführt und sie so möglichst nach rechts vorstülpt, bemerkt man auf den ersten Blick, dass dieselbe durch die sich an sie ansetzende mediale Hälfte des vorderen Klappensegels in zwei fast gleiche Theile getrennt ist, von denen der in den Conus arteriosus hineinragende der Herzkammer, der andere dem hinteren Klappensegel ziemlich gerade gegenüberliegende aber bereits dem Vorhof angehört. Das Klappensegel, von welchem weiter unten nochmals kurz die Rede sein wird, ist gerade hier, wo es sich an den am stärksten vorgebuchteten Theil des aneurysmatischen Sackes ansetzt und zwar in einer Richtung entsprechend der directen Fortsetzung der beiden inneren Chorden des medialen Papillarmuskels, auffallend stark verdickt, während es längs der ganzen übrigen Ansatzlinie keine besondere Veränderung darbietet. Bei nunmehriger nochmaliger Betrachtung des Aneurysmeninnern bemerkt man sofort, dass die stärkste Querleiste dem Ansatz des Segels entspricht. Die der Herzkammer angehörige Aneurysmenhälfte hat eine im Ganzen sehr dünne Wandung, in deren Mitte eine besondere fast erbsengrosse Aussackung vorhanden ist, an der mehrere noch kleinere, kaum stecknadelkopfgrosse Hervorragungen mit äusserst dünner Wandung wahrzunehmen sind. An der Vorhofhälfte, welche eine mehr gleichmässige Oberfläche hat, findet sich zunächst dem Septum eine ähnliche halbkuglige Hervorwölbung, welche jedoch im Ganzen geringere Dimensionen hat und namentlich weniger erhaben ist. Der rechte Vorhof bietet nichts Besonderes dar, Foramen ovale vollkommen geschlossen. Das Orificium atrioventriculare lässt drei Finger passiren. Der Scheidewandlappen normal, misst vom Ansatzpunkt bis zum freien Rand 15 Mm. Das vordere Segel hat in derselben Weise gemessen eine Länge von 30 Mm.; die dem freien Zipfel des Segels zunächst gelegenen Sehnen des mittleren und vorderen Papillarmuskels inseriren sich in einer Entfernung von 20 Mm. von einander, so dass der Zipfel in grosser Ausdehnung frei ist.

Derselbe ist beträchtlich verdickt und auf der Vorhoftfläche in geringer Ausdehnung oberflächlich ulcerirt; diese Verdickung setzt sich nicht in die dem Aneurysma zunächst gelegene, oben erwähnte fort, sondern ist durch eine circa 6 Mm. breite, wie es scheint normale Zone von ihr getrennt. Das hintere Klappensegel verhält sich dem vorderen ähnlich, misst jedoch nur 26 Mm. von der Insertion bis zum freien Rande. Die ganze untere Hälfte des Segels ist noch stärker verdickt, als dies beim vorderen der Fall ist und auf seiner Vorhoftseite findet sich, ungefähr 5 Mm. überm freien Rande beginnend eine 10 Mm. hohe und 6 Mm. breite, ziemlich tiefe Ulceration mit gewulsteten, sehnig aussehenden Rändern. Der Geschwürsgrund hat eine bräunliche Farbe, ziemlich glatte Beschaffenheit und ein transparentes Aussehen. Sämtliche Sehnenfäden und Papillarmuskeln sind normal, ebenso das Endocard des Ventrikels. Die Pulmonalklappen sind ausserordentlich gross. Die vordere vollkommen normale, aber äusserst dünne Klappe ist 21 Mm. lang und 36 Mm. breit. Die linke hat eine Länge von 30 Mm. und eine gleiche Breite, die rechte ist 28 Mm. lang und 25 Mm. breit. Beider Klappen freier Rand ist leicht verdickt und darunter findet sich ziemlich starke Fensterung; beide sind nach dem Ventrikel zu ziemlich stark vorgebuchtet. Zwischen rechter und linker Klappe findet sich eine rudimentäre vierte, die 7 Mm. breit und 5 Mm. lang ist; der freie Rand dieser rudimentären Klappe ist beträchtlich verdickt, die untere Partie derselben hat jedoch ein ganz normales Aussehen.

Fall 2.

Der linke Ventrikel misst von der Basis bis zur Spalte 45 Mm. Das Septum hat ungefähr in der Mitte eine grösste Breite von 35 Mm. Der Aortenumfang beträgt gerade über den Klappen 35 Mm., die Art. pulm. hat ebenda einen Umfang von 45 Mm. Die grösste Dicke der linken Kammerwand beträgt 9 Mm. Die Höhe des rechten Ventrikels beträgt von den Pulmonalklappen bis zur Spalte 45 Mm., von der Tricuspidalinsertion bis eben dahin 30 Mm. Pericard, Myocard und Endocard ohne besondere Veränderungen, desgleichen die Mitrals-, Aorten- und Pulmonalklappen. In den Vorhöfen und grossen Gefäßstämmen nichts Besonderes, das Foramen ovale für eine gewöhnliche Hohlsonde, der Duct. arterios. für eine 1 Mm. dicke Knopfsonde durchgängig.

An Stelle der Pars membr. septi ventricul. findet sich eine nach rechts ausgebuchete Vertiefung mit etwas unregelmässig geformter Eingangsöffnung, die einen Querdurchmesser von 8 und einen Höchedurchmesser von 10 Mm. hat; die Tiefe dieses Sackes beträgt 7 Mm. Der untere Rand der Öffnung wird von dem hier etwas verdickten Endocard, die beiden Seitenränder von den ebenfalls etwas verdickten Randtheilen der rechten und hinteren Aortenklappe gebildet, während nach oben zu ein Stück unverändertes Sept. membr., dessen oberen Winkel begreifend, die Grenze bildet. Die Innenfläche des Sackes ist glatt, spiegelnd, von unebener Beschaffenheit durch zahlreiche in seiner sonst ziemlich dünnen, durchscheinenden Wand verlaufende Querstränge. Ungefähr der Mitte des unteren freien Randes entsprechend finden sich, jedoch schon dem Aneurysmainnern angehörig, zwei nahe aneinander gelegene Öffnungen vor, von denen die mehr nach links gelegene eine

ziemlich dicke Knopfsonde, die mehr rechts befindliche jedoch blos eine Schweißborste passiren lässt. Beide führen in Kanäle, die im rechten Ventrikel, etwa 1 Mn. von einander entfernt, etwas unterhalb dem Ansatz des Scheidewandlappens zum Vorschein kommen. Der grössere dieser beiden Kanäle hat hier 2 Mn. Durchmesser, so dass von hier aus eine Sonde viel leichter ein- und durchzuführen ist als von links her. Er mündet hier in eine Art von Trichter, dessen vordere Wand vom aneurysmatischen Sack, die mediale von dem vorderen Theil des über diesen Sack verlaufenden inneren Klappensegels und die hintere vom Ventricularseptum gebildet wird. Das Endocard dieses letzteren ist an dieser Stelle ziemlich stark verdickt. Betrachtet man nun das Aneurysma von dieser Seite etwas genauer, so nimmt man wahr, dass dasselbe durch die sich darauf inserirende vordere Hälfte des Scheidewandlappens in einen kleineren unteren und grösseren oberen Abschnitt zerlegt wird. Dieser ragt frei in den Vorhof vor, jener aber zwischen erwähntem Klappensegel und Kammerscheidewand gelegene in die rechte Herzkammer hinein. Letzterer hat eine mehr kuglige Form und eine sehr dünne und durchscheinende Wand, während diese am oberen Abschnitt, da wo das Klappensegel sich daran inserirt, leicht verdickt ist. Weiterhin ist sie aber auch hier äusserst dünn, namentlich gilt dies für diejenigen Partien, wo noch besondere kleinere Ausbuchtungen, wie im ersten Fall, vorhanden sind. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt, dass diese Wand von den beiden Blättern des Endocards und dazwischen liegendem an spindelförmigen Zellen ziemlich reichem, wenige und sehr dünne elastische Fasern führendem, zartem, fibrillären Bindegewebe gebildet wird. Muskelfasern habe ich nicht darin aufgefunden, doch habe ich das Object aus Rücksicht auf die erst im Entstehen begriffene hiesige pathologisch-anatomische Sammlung nicht allzusehr bearbeitet. Kehrt man nun nach links zurück, so bemerkt man gerade unter dem Ansatz der rechten Aortenklappe, ungefähr an Stelle des rechten unteren Winkels des häutigen Theils der Kammerscheidewand eine ausserhalb dem Aneurysma gelegene runde, trichterförmige Öffnung, deren oberer Rand von dem hier stark verdickten, die Septumoberfläche 3 Mn. überragenden unteren Theil der rechten, sonst ganz normalen, Aortenklappe, der untere aber von der muskulösen Kammer-scheidewand gebildet wird, während sie nach links von einer von oben nach unten verlaufenden, 1 Mn. breiten derben weisslichen Leiste begrenzt wird, die sie auch von besagtem Aneurysma trennt. Diese Öffnung ist 2 Mn. weit und führt in einen schief nach oben gerichteten, kurzen Kanal, der dicht hinter dem rudimentären medialen Papillarmuskel auf der Vorhoffläche des vorderen Tricuspidalsegels mündet. Nach vorn zu wird er also von dem vorderen Klappensegel begrenzt, während nach hinten zu ein Rest des an das Aneurysma sich inserirenden Scheidewandlappens seine Wand bildet. Etwas darüber dicht neben dem mit der Klappe verwachsenen medialen Papillarmuskel findet sich eine für eine dünne Knopfsonde durchgängige kleine runde Öffnung im Klappensegel, deren Umgebung aber nichts Besonderes darbietet. In der Mitte zwischen der Kanalmündung und dem vorderen hier verdoppelten Papillarmuskel findet sich eine $1\frac{1}{2}$ Mn. lange und 1 Mn. dicke warzige Excrenz von weisser Farbe und glatter Oberfläche, der Vorhofsoberfläche des vorderen Segels aufsitzend.

Bevor wir untersuchen wollen, in welcher Weise die hier beschriebenen beiden Fälle von aneurysmatischer Ausbuchtung der Pars membr. zu Stande gekommen sein mögen, ist es nothwendig, die bisherigen Ansichten über die Entstehung derartiger Bildung wenigstens in Kürze zu erwähnen.

Bis zu Rokitansky (l. c.) nahm man, wie es scheint, ziemlich allgemein an, die hier vorkommenden Bildungen seien, wie das sagittale Herzaneurysma überhaupt, Product eines entzündlichen Vorganges, der, wie Pelvet meint, hier um so leichter Platz greife, weil die Wand nur bindegewebiger Natur ist und solchermaassen sei es auch begreiflich, warum gerade diese Stelle am häufigsten Sitz des Aneurysmas ist¹⁾.

Nach Rokitansky „sind es drei Momente, welche hierfür in Erwägung kommen: Eine die Disposition enthaltende Beschaffenheit der Pars membr.“, bestehend „in der augenscheinlich anomalen Grösse“ dieser Membran, „der Zustand des linken Herzventrikels“, der als „überwiegender Druck im Aortenventrikel in Betracht kommt“ und „endlich die Entzündung“, welche aber nur secundär ist, in Folge des „mit der Ausbeugung gegebenen Auseinanderweichens und der Zerrung des Gewebes der Pars membranacea“.

Wie ersichtlich, kann für obige Fälle weder die primäre noch secundäre Entzündung der Pars membr. als ursächlichen Momentes der Ausbuchtung in Betracht kommen, da die Wandung der Taschen selbst keine Spur von Entzündungsresten wie Trübung, flächenhafte Verdickung u. s. w. darbietet. Weniger leicht lässt sich die Annahme einer disponirenden anomalen Grösse von der Hand weisen, noch aber auch beweisen, da über deren früheres Vorhandensein sich jetzt auch Nichts mehr vermuthen lässt, während durchaus kein Grund vorhanden ist, anzunehmen, als habe hier im Aortenventrikel einmal ein erhöhter Druck bestanden, der diese Ausbuchtung verursacht haben könnte.

Somit hätten wir uns für diese Fälle nach einem anderen ursächlichen Moment umzusehen und dieses glaube ich in der Ansatzweise der Tricuspidalsegel an der Pars membr., resp. den an ihrer Stelle vorhandenen Aneurysmen zu finden.

¹⁾ Des Anévrismes du Coeur; avec 2 Pl. Paris Delahaye 1867. p. 53. — Vgl. auch James Hope, Von den Krankheiten des Herzens und der grossen Gefässse. Uebers. v. Becker. Berlin 1833. S. 210.

Das vordere oder innere Klappensegel setzt sich äusserst selten oberhalb, öfters auf und unterhalb der Pars membr. an (vgl. hiermit Pelvet l. c. p. 49); in letzterem Fall pflegt diese Membran in der Regel sehr gross zu sein. Entsteht nun eine totale oder partielle Verdickung und Verkürzung des an der Pars membr. sich inserirenden Segels, wie z. B. in Fall 1, oder wird wie in Fall 2 das betreffende Segel aus einem anderen Grunde mehr als dies normaler Weise der Fall ist, in Spannung versetzt, so muss beim Schliessen der Klappe der Effect dieser formativen oder funktionellen Störung sich zunächst am Insertionspunkt des Segels geltend machen, ihn, wenn er nachgiebig ist, aus seiner Lage bringen, d. h. in diesem Falle die theils dem Vorhof, theils der Kammer angehörige Pars membr. nach rechts hereinziehen. Auf diese Weise aus der normalen Lage gebracht, wird die Membran theils unter der Einwirkung des fort dauernden Zuges von rechts her, theils durch die Gewalt des Blutdruckes von links sich mehr und mehr ausbuchen und allmählich zu einer in die rechte Herzhälfte hineinragenden aneurysmatischen Tasche umgestalten. Hierbei werden die die beiden Blätter des Endocards verbindenden oder zwischen ihnen verlaufenden Bindegewebsbündel sich dehnen oder auseinanderweichen oder aber Beides zugleich thun und es können dann solchermaassen auch noch andere secundäre Ausbuchtungen zwischen ihnen zu Stande kommen.

Die im ersten Fall vorgefundene endocarditische Verdickung am vorderen Segel bedarf hinsichtlich ihrer Natur und Wirkungsweise auf den Insertionspunkt kaum einer besonderen Erörterung.

Etwas complicirter sind die Verhältnisse im zweiten Fall, indem hier neben dem Aneurysma noch verschiedene, höchst wahrscheinlich congenitale Oeffnungen vorhanden sind, durch welche die verschiedenen Herzhöhlen unter einander communiciren. Durch die im rechten Winkel der Pars membr. gelegene Oeffnung strömte bei der Ventrikelsystole das Blut vermutlich vom linken Ventrikel in den rechten Vorhof zurück; dafür spricht einmal der Verlauf des Kanals und dann besonders die ringförmige Verdickung der Ventricularöffnung, welche auf der Vorhofseite fehlt, während hier in einiger Entfernung von der Mündung und ungefähr der Axenrichtung des Kanals entsprechend eine warzenförmige Exrescenz der Klappe vorhanden ist. Die Anlage der im Aneurysma mün-

denden Kanäle hingegen gestattet die Annahme, dass durch sie, resp. den grösseren, da der kleinere seiner Enge wegen kaum in Betracht kommen kann, die Stromesrichtung vom rechten nach dem linken Ventrikel zu statt hatte. Dadurch musste das seine trichterförmige Eingangsöffnung mithildende innere Klappensegel bei jeder Kammersystole stärker als normal gespannt und die Pars membr. um so mehr nach rechts hereingezogen werden, als sich die Hauptaction des hier passirenden Blutstromes gerade auf den vorderen, sich auf ihr inserirenden Theil des Scheidewandklappens geltend machte.

Die in beiden Fällen um die Eingangsöffnung des Aneurysmas vorgefundene Verdickung und Trübung des Endocards und der betreffenden Aortenklappenbasis beweist nach meinem Dafürhalten nur, dass an diesen Stellen ein ungewöhnlicher Anprall des Blutstromes statt hatte. Derartige Veränderungen finden sich bekanntlich äusserst häufig am Abgangswinkel der Arterien und mitunter auch in höchst charakteristischer Weise (s. u.: Aortenaneurysma), bei Aorteninsuffizienz, als wahrscheinliche Folge des regurgitirenden Blutstromes.

Ich bin weit davon entfernt, die für obige beiden Fälle höchst wahrscheinliche und gleiche Entstehungsursache als Regel für alle an dieser Stelle vorkommenden gleichen Bildungen aufstellen zu wollen. Hierfür ist die Zahl der Fälle zu klein und ich habe auch absichtlich vermieden, ähnliche in der Literatur verzeichnete Beobachtungen als Beweis für die Richtigkeit dieser Annahme hier anzuführen, da sämmtliche mir zugängliche Fälle gerade in dieser Hinsicht nicht hinreichend genau beschrieben sind. Wohl aber möchte ich diejenigen Collegen, welchen solche Präparate zur Verfügung stehen, ersuchen, auf diese Verhältnisse zu achten und festzustellen, inwieweit eine Verallgemeinerung obiger Annahme zulässig oder unzulässig ist.

Nachtrag. Die oben aufgestellte Annahme, dass die genannten Aneurysmen durch Zug- und Druckwirkung zu Stande kommen, scheint wie nachfolgende Beobachtung zeigt, wenigstens für viele Fälle richtig zu sein.

Bei einer in der medicinischen Klinik in Folge von Myelitis gestorbenen und am 27. November 1877 seirten 55 jährigen Frau,

Schneiderin, fand sich an dem sonst durchaus normalen Herzen eine aneurysmatische Ausbuchtung des vorderen Theils der Pars membr. sept. ventric., der dem unter Fall 1 beschriebenen sehr ähnlich war. Die Basis des dreieckigen Sept. membr. hatte eine Länge von 22 Mm. Der vordere Schenkel eine solche von 11 Mm. und der hintere von 17 Mm.; die Höhe des Dreiecks beträgt 13 Mm. Der Aneurysmeneingang ist rundlich und hat einen Durchmesser von ungefähr 9 Mm., die grösste Tiefe der Tasche beträgt annähernd 12 Mm. Die innere Oberfläche ist spiegelnd, durch in der Wandung in verschiedener Richtung verlaufende Balkenzüge etwas uneben. Am Eingang und in seiner nächsten Umgebung sind mit Ausnahme einer leistenförmigen Verdickung am Abgang des vorderen Aortensegels keine Veränderungen wahrzunehmen. Die nach rechts ausgestülpte halbkugelige Tasche hat eine glatte spiegelnde Oberfläche; sie ist durch das theilweise darauf inserirende vordere und innere Tricuspidalsegel in eine obere dem Vorhof und eine untere der Kammer zugekehrte Hälfte zerlegt. An genannten Klappensegeln sind keine Veränderungen zu constatiren, nur findet sich an den correspondirenden Schnenfäden des vorderen Klappensegels eine leichte Verdickung, die auch auf das Endocard an ihrem Abgang übergeht. Der nicht ausgebuchtete Theil der Pars membran. liegt oberhalb des Ansatzes des Scheidewandlappens.

Bei Gelegenheit eines Besuches in Strassburg i. E. hat mir mein verehrter Lehrer Prof. von Recklinghausen ein kurz vorher erhaltenes Präparat der dortigen Sammlung gezeigt, welches für die von Pelvet (s. o.) angenommene Möglichkeit des Zustandekommens solcher Aneurysmen spricht. Nichtsdestoweniger glaube ich, dass dieses ursächliche Moment sehr viel seltener in Frage kommen dürfte als das oben erörterte.

V. Ueber einen Fall von Endarteritis verrucosa¹⁾.

Anfangs April 1876 machte ich im hiesigen Kantonsspital für Herrn Prof. Prévost die Section eines 35jährigen an Tuberculose verstorbenen Mannes. Der selbe war äusserst abgemagert und anämisch, hatte tuberkulöse Kässcherde in den

¹⁾ Nach einem Vortrag, gehalten in der Soc. méd. du Canton de Genève, Sitzung vom 7. März 1877.