

# DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Achter Jahrgang.

Redacteur Dr. P. Börner.

Druck und Verlag von G. Reimer in Berlin.

## I. Zur Lehre von der Symptomatologie der Pericarditis, namentlich jugendlicher Individuen.

Von

Dr. Ottomar Rosenbach,

Privatdocent an der Universität zu Breslau.

Die nachfolgenden Mittheilungen verfolgen den Zweck, einige Punkte aus der Lehre von den auscultatorischen Symptomen der Pericarditis jugendlicher Individuen zu discutiren, da unserer Ueherzeugung nach auf diesem Gebiete noch manche in practisch-diagnostischer Beziehung wichtige Fragen ihrer Erledigung harren. So einfach ja in der Mehrzahl der Fälle, in typischen Fällen, die Diagnose der uncomplicirten Pericarditis sowie der mit Klappenerkrankungen combinirten Herzbeutelentzündung ist, und so wenig Schwierigkeiten es gewöhnlich macht, die Erkrankung des Endocardium von der des Pericardium zu differenziren, so liegen doch nicht gerade selten die Verhältnisse derart, dass die — namentlich in prognostischer Beziehung — so sehr wichtige Trennung und Unterscheidung der beiden genannten Affectionen eine schwierige, ja unmögliche wird. Worin liegen nun wohl diese Schwierigkeiten für die Diagnose? Zweifellos ist der hauptsächlichste Grund für die erschwerte Erkennung der vorliegenden Localisation wohl in der Mangelhaftigkeit und Zweideutigkeit der auscultatorischen Befunde zu suchen, wenn nämlich das die Scene beherrschende Herzgeräusch, welches ja bei geringer Prägnanz der sonst für die Differentialdiagnose wichtigen Momente den Ausschlag für die Annahme einer Erkrankung des Herzzinnern oder des Herzbeutels zu geben pflegt, seinem Schallcharakter und seinem zeitlichen Auftreten nach nicht die charakteristischen Eigenschaften des pericardialen Reibens, sondern mehr oder minder die Qualitäten eines wahren endocardialen Geräusches darbietet. Noch schwieriger liegen natürlich die Verhältnisse, wenn neben einem deutlich charakterisirten Reibegeräusch pericardialer Natur ein anscheinend ganz prägnantes endocardiales Geräusch vorhanden ist, während jede Spur der sonst einer Endocarditis oder einem ausgebildeten Klappenfehler eigenen Symptome fehlt. Gerade diese Lage der Dinge ist es, die dem Arzte oft schwer zu lösende Räthselfragen vorlegt, und die hier mitzutheilenden Fälle werden den Beweis liefern, dass derartige Complicationen nicht gerade selten zur Beobachtung kommen.

Aus der Zahl unserer Beobachtungen wollen wir hier fünf, wie wir glauben, recht beweiskräftige Krankengeschichten kurz skizziren und im Anschluss an diesen Bericht, sowie mit Rücksicht auf die überraschenden Ergebnisse zweier Obductionen die daraus resultirenden klinischen Folgerungen zu präcisiren versuchen.

Fall 1. G. B., 13 Jahre alt, soll vor 2 Jahren im Verlauf eines schweren Gelenkrheumatismus einen — nach Angabe der Angehörigen, auch von ärztlicher Seite constatirten — Herzfehler acquirirt haben, der sich durch zeitweilig auftretende Athemnoth, starke Herzpalpitationen und intermittirende Oedeme an den Füßen manifestirte. Nach einer neuen Attacke seines Leidens sah ich den nicht bettlägerigen Knaben und erhielt folgenden Befund: der sehr blasse Patient zeigt hochgradige Dyspnoe und einen mässig beschleunigten, nicht vollen, wenig gespannten, etwas hüpfenden Puls, dessen Wellen nicht immer gleich hoch sind, aber in regelmässigen Intervallen einander folgen; Cyanose ist nicht ausgeprägt vorhanden; es bestehen starke Knöchelödeme. Die Leber ist mässig vergrößert palpibar; Ascites ist nicht in merklichem Grade vorhanden, ebensowenig Hydrothorax. Die Auscultation der Lungen ergiebt normale Verhältnisse; nur in den unteren hinteren Partien derselben besteht geringer Katarrh der Luftwege. Der Spitzenstoss liegt im 5. I.-C.-R., ist deutlich in einer Breite von  $2\frac{1}{2}$  cm zu palpiren und reicht nach aussen bis 1 cm über der linken Papillarlinie hinaus; er ist ziemlich hoch und resistent; ein diffuser systolischer Herzstoss besteht nur im untern Theile des Sternum. Durch die Percussion wird eine das Sternum nach rechts kaum  $\frac{1}{2}$  cm überschreitende, aber sehr intensive Dämpfung, welche sich

nach links bis zum Spitzenstoss erstreckt, und nach oben bis zur 3. Rippe reicht, nachgewiesen. Die Lungenränder sind anscheinend völlig verschieblich. Man hört in der Gegend des Spitzenstosses ein, namentlich nach der linken Seitenwand zu an Intensität zunehmendes lautes, scharfes systolisches Blasen, welches mit einem, leichtem Pfeifen ähnlichen, Schallmoment endigt, durchaus keinen pericardialen Charakter trägt und den ersten Herzton etwas überdauert, ja die Pause zwischen den beiden Tönen völlig ausfüllt. Die Herztöne selbst sind, wie man sich beim Abheben des Ohrs von der Stethoskopplatte überzeugen kann, rein, deutlich accentuirt, von ziemlich gleicher Intensität. Ueber dem untern Theile des Sternum hört man neben reinen Tönen ein abgeschwächtes Geräusch von dem Charakter des schon erwähnten. Ueber der Pulmonalis findet sich neben zwei deutlich ausgeprägten Tönen, deren erster der stärkere ist, ein kurzes hauchendes diastolisches und ein schwaches, blasendes, systolisches Geräusch, welches letztere seinem Charakter nach das von der Spitze her fortgeleitete zu sein scheint; über der Aorta hört man neben zwei reinen Tönen ein längeres, lauterer diastolisches Geräusch, welches anfangs für ein diastolisches Klappengeräusch der Aorta imponiren konnte, sich aber bei weiterer Untersuchung durch seinen veränderlichen Charakter und durch das bald schwächer, bald stärker hervortretende „reibende“ Schallmoment als ein pericardiales manifestirte. Während der ferneren Beobachtungszeit, die sich durch einige Wochen erstreckte, änderten die Geräusche an der Basis fortwährend ihr Verhalten; namentlich bei tiefer Respiration und bei Lagewechsel, während das Geräusch an der Spitze unverändert seine geschilderten Eigenschaften beibehielt und nur bei zunehmender Herzschwäche an Intensität einbüßte. Nach kurzer unter dem Einflusse der Behandlung beobachteter Besserung trat allmählich unter den Erscheinungen der äussersten Herzschwäche der Exitus ein. Die Diagnose war auf Insufficienz der Mitralis älteren Datums und frische Pericarditis gestellt worden und zwar sowohl mit Rücksicht auf das so sehr prägnante und von dem Reibungsgeräusche in seinem ganzen Verhalten abweichende systolische Geräusch an der Spitze, als auch in Erwägung der anamnestischen Verhältnisse, des ganzen Verlaufs der Affection und der angeblich schon früher auf das Vorhandensein eines Klappenfehlers gestellten Diagnose. Die vorhandene Hypertrophie des linken Ventrikels konnte natürlich nicht gegen die Annahme einer Insufficienz der Mitralis sprechen, da eine solche Vergrößerung des genannten Herzabschnittes, namentlich bei jugendlichen Individuen, die Schlussunfähigkeit der Mitralklappe sehr häufig begleitet und, wie wir an einem andern Orte<sup>1)</sup> nachgewiesen haben, sogar begleiten muss, wenn eine genügende Compensation des Klappenfehlers herbeigeführt werden soll. Die sonstigen Verhältnisse am Herzen in unserm Falle, die Vergrößerung des Herzens nach rechts, die Stauungserscheinungen etc. waren natürlich nur geeignet die Diagnose einer Insufficienz der Mitralis im Stadium der Compensationsstörung zu stützen; der etwas schnellende Puls — ein allerdings bei Mitralaffectionen seltenes Vorkommniss — wurde auf die das Herz zur stärkeren Thätigkeit anregende Pericarditis zurückgeführt, wie ja überhaupt acut fieberhafte Allgemein-Erkrankungen und alle acuten entzündlichen Herzaffectationen, namentlich in den ersten Stadien stets mit erhöhter Herzthätigkeit einhergehen, als deren Ausdruck jener eigenthümliche schnellende Puls anzufassen ist<sup>2)</sup>.

Die Obduction ergab folgenden mit unserer Annahme total contrastirenden Befund: der Herzbeutel, welcher in grosser Ausdehnung nach Eröffnung des Thorax freilag, zeigte eine vollständige Verklebung der beiden serösen Flächen des Pericard, und zwar fand sich bei genauerer

<sup>1)</sup> O. Rosenbach, Zur Lehre von den Herzkrankheiten, Sitzungsberichte der schles. Gesellsch. für vaterländische Cultur vom 4. Februar 1881 (Breslauer ärztl. Zeitschrift No. 9 u. 10. 1881) und Artikel „Herzkrankheiten“ in Eulenb. Realencyclopädie. — Weil, Zur Lehre von der Mitralklappeninsufficienz. Berl. klin. Wochenschr. No. 7, 1881.

<sup>2)</sup> O. Rosenbach, „Herzkrankheiten“ in Eulenb. Encyclopädie u. Arch. f. exper. Pathol. Bd. IX.

Untersuchung, dass in der Gegend des linken Ventrikels das Herz durch alte feste Schwarten von  $\frac{1}{2}$ —1 cm Mächtigkeit, die sich nur äusserst schwer ablösen liessen, fast in seiner ganzen Circumferenz mit dem Herzbeutel verklebt war, während über dem rechten Ventrikel, den Arterien und grossen Gefässen frische, leicht trennbare zottige Auflagerungen die beiden Blätter des Pericards verbanden. Der Herzmuskel zeigte sich gar nicht verfettet. Die Herzhöhlen waren nur mässig dilatirt, namentlich die linke bot fast normale Verhältnisse. Der Klappenapparat war vollständig intact, die Klappen zeigten sich weder verdünnt noch verdickt, sondern zart und glänzend, auch fand sich keine abnorme Dehnung der Sehnenfäden; die Aorta erwies sich als nicht verengert. Die übrigen Organe boten Zeichen starker venöser Stauung.

Während wir in dem vorstehend geschilderten Falle eine zweifache Erkrankung des Herzens, eine ältere Insufficienz der Mitrals und eine frische Pericarditis, zu finden erwarteten, zeigte die Obduction das Innere des Herzens völlig intact, und nur den Herzbeutel als Sitz des pathologischen Processes; wir behielten nur insofern Recht, als es sich wirklich um zwei gesonderte Phasen der Herzbeutelaffection, eine Entzündung älteren Datums über dem linken Ventrikel und einen frischen Process über den anderen Bezirken der Herzcircumferenz handelte. Wir sind also genöthigt, die dem Gehörseindruck nach so sehr differenten Geräusche auch allein als den acustischen Ausdruck der beiden vorliegenden Prozesse am Pericard zu betrachten und zwar um so mehr, als ja der abgelaufene Process über dem linken Ventrikel schon früher Grund zur Annahme eines Klappenfehlers geliefert hatte, also wahrscheinlich schon damals das charakteristische Geräusch an der Herzspitze producirt. Unser Fall führt also direct zu dem Schlusse, dass eine Affection des Herzbeutels die Ursache des prägnanten, täuschend einem endocardialen Geräusche ähnlichen acustischen Phänomens gewesen ist; die differential-diagnostischen Merkmale, welche sich aus der Analyse dieses und der anderen Fälle für die Unterscheidung der Art der Geräusche ergaben, sollen weiter unten einer Erörterung unterzogen werden. — Die Möglichkeit, dass es sich in unserem Falle um ein accidentelles, von der Pericardialerkrankung unabhängiges Geräusch gehandelt habe, scheint uns völlig ausgeschlossen, sowohl in Erwägung des, durch die Anamnese wahrscheinlich gemachten langen Bestehens desselben, als auch mit Rücksicht auf seine Intensität und auf die prägnante Aehnlichkeit mit den anderen von uns beobachteten, gleich zu beschreibenden Fällen. Durch eine Erkrankung des Herzmuskels konnte das Geräusch kaum bedingt sein; denn dann hätte man auch den 1. Herzton nicht so deutlich hören können; ebensowenig konnte es auf einer functionellen Insufficienz der Mitralklappe beruhen, da es dann unter dem Einflusse der Therapie, namentlich während der scheinbaren Besserung des Zustandes hätte bedeutend schwächer auftreten müssen. Auch das für das Geräusch so charakteristische pfeifende Schallmoment, mit dem es endigte, scheint mir für die exocardiale Genese zu plaidiren.

Fall 2. Der zweite Fall betrifft ein Mädchen von 10 Jahren, M. S., welches im Anschluss an einen vor über einem Jahre aufgetretenen acuten Gelenkrheumatismus eine schwere Herzaffectio, anscheinend ein vitium cordis, acquirirt zu haben schien. Die kleine Patientin litt an Kurzatmigkeit und Herzklopfen, namentlich bei Bewegungen, sah immer blass und cyanotisch aus, hatte zeitweilig Oedeme. Unter zweckentsprechender Behandlung besserten sich zwar die Erscheinungen, ebenso wie die nicht selten auftretenden Affectionen in den verschiedensten Gelenken; doch trat nach kürzerer oder längerer Zeit stets wieder eine Verschlimmerung des Zustandes ein. Als ich das Kind zum ersten Male sah, war es von neuem fieberhaft erkrankt und bot folgenden Status: Kleines, für sein Alter schlecht entwickeltes Mädchen mit deutlich ausgeprägter Cyanose des Gesichts. Die Athmung ist ebenso wie der kleine, weiche, etwas arhythmische Puls sehr frequent. Die Venen des Halses sind stark geschwellt, nicht deutlich pulsirend. Es besteht Oedem der Beine, leichter Ascites und mässiger Hydrothorax. Die Auscultation der Lungen ergibt neben vesiculärem Athmen in den oberen Partien einen, namentlich die linke Lunge occupirenden, diffusen Bronchialkatarrh (Rhonchi sibilantes). Der Befund am Herzen war folgender: Man fühlt eine schwache systolische Erschütterung in der ganzen Herzgegend; der Spitzenstoss ist schwach und etwas undulirend etwas nach aussen von der linken Papillarlinie im 5. I.-C.-R. zu palpiren. Die namentlich über dem rechten Ventrikel ziemlich intensive Herzdämpfung reicht nach rechts 1 cm über den rechten Sternalrand, nach links kaum einen Finger breit über die linke Papillarlinie hinaus; das Manubrium sterni ist nicht auffallend gedämpft. Die Auscultation des Herzens ergab an der Spitze, und zwar besonders in der linken Axillarlinie, ein lautes systolisches, scharf blasendes Geräusch, welches mit einem leichten Pfeifen endigte und etwas länger anzuhalten schien, als der erste Ton; nach den arteriellen Ostien zu verlor das Geräusch an Intensität, so zwar, dass es über der Papillarlinie noch als leichtes Blasen, über der Aorta gar nicht zu hören war; über der Basis des Sternum war es als schärferes Blasen zu vernehmen. Lagewechsel übte auf die Intensität des Geräusches keinen Einfluss aus;

durch tiefes Athmen — die Lungenränder waren anscheinend unver-schieblich, wie die Percussion ergab — wurde es ebenfalls nicht verändert. Die Herztöne waren rein; an der Spitze erschien der erste Ton sehr accentuirt, wenn man das Ohr vom Stethoskop abhob, sonst wurde er durch das Geräusch völlig verdeckt; an den arteriellen Ostien war der 2. Ton sehr laut, doch liess sich nicht entscheiden, ob diese Verstärkung des Arterientones von der Aorta oder Pulmonalis herrührte, ein Verhalten, wie man es ja bei den räumlich so beschränkten Dimensionen am Kinderthorax oft findet<sup>1)</sup>.

Der Zustand der kleinen Patientin besserte sich in der nächsten Zeit etwas, da der diffuse Bronchialkatarrh verschwand und die Herzthätigkeit stärker wurde. Der physikalische Befund am Herzen blieb derselbe. Nach einiger Zeit fand sich wieder Herzschwäche ein und unter zunehmenden Oedemen erfolgte der Exitus. — Die Diagnose war mit aller Sicherheit auf eine, von dem überstandenen Gelenkrheumatismus herrührende Insufficienz der Mitrals gestellt worden — der mitgetheilte anscheinend typische Krankenbefund enthebt uns wohl der Mühe, die Diagnose hier noch zu begründen —, die Obduction erwies, dass die Annahme eine irrthümliche gewesen war; denn es fanden sich die Klappen, namentlich die der Mitrals absolut intact. Dagegen deckte die Autopsie einen pathologischen Process auf, der nicht einmal vermuthet werden konnte, nämlich eine Pericarditis älteren und frischeren Datums. Wir geben hier den lehrreichen Befund: Bei der Eröffnung des Thorax findet sich das Herz in weiter Ausdehnung freiliegend, mit dem linken Lungenrande vollkommen verwachsen. Beide seröse Flächen des Pericards sind mit Ausnahme eines ganz kleinen Bezirks an der Spitze des linken Ventrikels fest mit einander verklebt und zwar an der Basis, an den grossen Gefässen und über dem den Atrien benachbarten Theil des rechten Ventrikels durch feste fibröse Bänder und Schwarten, über dem unteren Theile des rechten Ventrikels und über dem ganzen linken Ventrikel durch fibrinöse, zottige Auflagerungen von ziemlicher Dicke, die sich aber leicht ablösen liessen. Die Herzmusculatur ist etwas blass, schlaff, hier und da verfettet, namentlich über dem mehr dilatirten rechten Ventrikel, während der linke weniger verbreiterte auch weniger bedeutende Veränderungen der Musculatur aufweist. Die Klappen des ganzen Herzens absolut zart und intact; die Ostien nicht wesentlich erweitert. Die anderen Organe waren frei bis auf die ausgeprägten Stauungserscheinungen in den venösen Gefässen; die Unterlappen beider Lungen waren durch den Hydrothorax luftleer gemacht.

In der Epikrise dieses Falles können wir uns kurz fassen; denn alles was sich bezüglich der Diagnose und des Mechanismus der Entstehung des Geräusches im ersten Falle sagen liess, gilt auch für diese Beobachtung. Auch hier liegt ein Recidiv einer älteren Pericarditis vor, nur mit dem Unterschied, dass in der zweiten Krankengeschichte der primäre Process die Basis des Herzens, der frischere den linken Ventrikel betraf. Die Entstehung der Geräusche scheint uns auch in diesem Falle von der Pericarditis abhängig gemacht werden zu müssen; die Dilatation des rechten Herzens ist wohl allein auf den Einfluss der festen Verwachsung des Herzens mit dem Herzbeutel zu beziehen; für eine Abhängigkeit derselben von einer Mitralklappenerkrankung fehlt jeder Anhalt.

(Fortsetzung folgt.)