

III. Aus der inneren Klinik der Universität Helsingfors.

Die syphilitischen Herzaaffektionen.

Von Prof. J. W. Runeberg in Helsingfors.

(Schluss aus No. 1.)

Die sklerogummöse Coronararteriitis mit dem oben angedeuteten Krankheitsbilde ist keineswegs eine seltene Affektion. Ein sehr bedeutender Theil der Krankheitsfälle, in denen die Symptome einer Angina pectoris in den Vordergrund treten, ist durch eine solche bedingt. Allerdings kann ich keine bestimmte Statistik in dieser Hinsicht vorlegen, wie auch Fournier mit keiner bestimmten Statistik seine oben angeführte, in der Hauptsache gewiss richtige Aussage von der ätiologischen Bedeutung der Syphilis für gewisse Formen von Gehirnkrankheiten beweisen konnte. Aber die Auffassung, die ich in einer vieljährigen Wirksamkeit als Kliniker und praktischer Arzt mir erworben habe, kann etwa so ausgedrückt werden, dass eine mit Symptomen der Angina pectoris verbundene Coronararteriosklerose, ohne Herzhypertrophie und ohne irgend welche andere Symptome einer verbreiteten Arteriosklerose bei einer Person unter 50 Jahren in acht Fällen von zehn, vielleicht neun von zehn durch eine gummmöse Coronararteriitis verursacht ist. Ich bin davon überzeugt, dass diese Auffassung in einer nicht allzu fernen Zukunft sich ebenso allgemein geltend machen wird in Betreff der genannten Herzkrankheiten, wie es jetzt mit Bezug auf die angedeuteten Gehirnaaffektionen der Fall ist.

Bei Personen von höherem Lebensalter mit Herzhypertrophie oder anderen Symptomen einer verbreiteten Arteriosklerose neben den anginösen Symptomen ist das Verhältniss ein ganz anderes. Auch in diesen Fällen kann wohl Syphilis zuweilen eine Rolle spielen, in den meisten Fällen aber rührt der Krankheitsprozess von anderen Ursachen her, das heisst von den gewöhnlichen der Alterssklerose oder der chronischen Endarteriitis.

Nächst der sklerogummösen Coronararteriitis muss ihrer Frequenz und praktischen Bedeutung wegen die sklerogummöse Aortitis nebst ihren nächsten Folgen, den Aortenklappenfehlern und den aneurysmatischen Erweiterungen der Aorta gestellt

¹⁾ a. a. O.

²⁾ Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten 1899.

werden. In vielen Fällen dieser Affektionen, besonders natürlich, wenn die Aortenklappen in den Prozess mit einbezogen worden sind, gesellen sich Herzhypertrophie und andere Muskelaffektionen des Herzens zu der Krankheit in der Aortawand.

Wie bei den Coronararterienaffektionen kann man auch hier aus guten Gründen annehmen, dass bei Personen unter 50 und 55 Jahren die allermeisten Fälle von subakuter und chronischer Aortitis und ihren Folgen, wenn nämlich nicht zugleich eine verbreitete Arteriosklerose vorhanden ist, von einem gummösen Prozess in der Aortawand herrühren. Am unzweideutigsten stellt sich die Sache, was die Aortenaneurysmen betrifft. Schon der Umstand, dass das Aortenaneurysma eigentlich nicht eine Krankheit des höheren Lebensalters ist, sondern im Gegenteil in den meisten Fällen bei Personen unter 50—55 Jahren sich entwickelt und gewöhnlich auch nicht mit ausgebreiteten atheromatösen Prozessen in den peripheren Arterien verbunden ist, spricht dagegen, dass die Ursache dieser Affektion in der gewöhnlichen chronischen Endarteriitis zu suchen sei. Dies geht aber noch deutlicher aus der Natur der anatomischen Veränderungen in der Aortawand hervor, welche, wie unter anderen Malmsten, Köster und vor allen Heller und seine Schüler nachgewiesen haben, nicht Verkalkungen und atheromatöse Zerfallsprozesse, die die gewöhnliche Alterssklerose charakterisieren, aufweisen, sondern Veränderungen ganz analog denen, welche auch sonst überall und besonders in den Arterien die syphilitischen sklerogummösen Prozesse kennzeichnen: Zahlreiche, heerdweise oder mehr diffus verbreitete zellenreiche Neubildungen, welche zu nekrotischer Fettbildung führen und nach und nach in grösserem oder geringerem Masse in ein zellenarmes, narbiges Bindegewebe übergehen.

In ebenso hohem Grade beweisend wie die anatomische Beschaffenheit der Veränderungen in der Aortenwand ist weiter das bei näheren Nachforschungen immer unzweideutiger hervortretende Verhältniss, dass die allermeisten Fälle von Aortenaneurysmen da vorkommen, wo früher eineluetische Infektion vorhanden gewesen ist. So hat Gerhard in den gesammten Fällen von Aortenaneurysmen 56% Syphilis gefunden, Welch 66%, Etienne 69%, Malmsten 80%, Rasch 82%, und im Heller'schen Institute hat man Syphilis in 85% von allen daselbst untersuchten Fällen constatirt.

Für diese Auffassung spricht weiter die seit lange, schon bevor man an einen näheren Zusammenhang zwischen Syphilis und Aortenaneurysmen dachte, vielfach hervorgehobene günstige Wirkung der Behandlung mit Jodkalium, wie auch die immer häufiger beobachtete auffallende Besserung, die man durch eine consequent durchgeführte antiluetische Behandlung in mehreren Fällen erreicht hat.

Wenn somit nicht geleugnet werden soll, dass auch die nichtluetische, chronische Endarteriitis zuweilen nicht nur einem dissekirenden, sondern auch einem echten Aortenaneurysma zu Grunde liegen kann, so ist doch unzweifelhaft derluetisch sklerogummöse Prozess in der Aortenwand und deren nächster Umgebung die hauptsächlichste Ursache dieser Bildungen. Der eigenartige Krankheitsprozess, welcher eine Aneurysmabildung charakterisirt, und dessen wechselnder, nicht selten mit partiellen oder mehr ausgebreiteten Heilungsprozessen verbundener Verlauf lässt sich in der That nicht einfach aus der Wirkung des Blutdruckes auf eine endarteriitisch veränderte Gefässwand erklären. Es ist offenbar, dass hier complizirtere Neubildungs- und Schrumpfungsprozesse wirksam sind.

Dieselbe Bedeutung wie für die Genesis des Aortenaneurysmas hat selbstverständlich die sklerogummöse Aortitis nicht in Bezug auf die subakuten und chronischen Aortiten ohne aneurysmatische Erweiterung des Gefässes. Solche Aortiten können ja auch recht oft von anderen Krankheitsursachen herrühren, besonders bei Personen im höheren Alter, bei denen eine solche nichtluetische Aortitis oft vorkommt und dann gewöhnlich mit einem ausgebreiteten sklerotischen Prozess in den peripheren Arterien verbunden ist. In den nicht allzu seltenen Fällen aber, in denen die Aortitis mit oder ohne Aortenklappenaffektion, bei Personen in oder unter dem mittleren Alter vorkommt und in denen die übrigen Symptome darauf hindeuten, dass der Prozess hauptsächlich auf den Anfangstheil der Aorta beschränkt ist, und wenn die Krankheit verhältnissmässig schnell entsteht und sich entwickelt, hat man es gewiss in den meisten Fällen mit einemluetischen Prozess zu thun. Die anatomische Untersuchung zeigt uns dann auch Veränderungen, die von denen wesentlich abweichen, welche wir bei

gewöhnlichen chronischen Endarteriiten beobachten können, dagegen vollständig mit denen übereinstimmen, die bei den sklerogummösen Arteriiten überhaupt vorkommen.

Ich kann hier nicht ausführlicher auf die klinischen Symptome eingehen, welche die Aortitis im Anfangstheil der Aorta kennzeichnen. Diese Symptome rühren her theils von dem Reiz des entzündeten und mehr oder weniger dilatirten Gefässes auf die Nerven der nächsten Umgebung, theils von den, besonders wenn die Klappen in den Prozess mit einbezogen sind, oft vorkommenden Hypertrophieen der Herzmuskulatur und den Cirkulationsstörungen, theils davon, dass die Coronararterien an dem sklerösen Krankheitsprozess theilnehmen und anginöse Schmerzen verursachen. Die Symptomatologie der Aortitis ist ausführlich und im allgemeinen wohl zutreffend von Huchard beschrieben worden. Besonders giebt er von der akuten und subakuten Aortitis ein Bild, das gut dem klinischen Verlauf derluetischen Aortitis entspricht.

Die Diagnose der Aortitis überhaupt und besonders die von derenluetischer Natur bietet nicht selten grosse Schwierigkeiten. Die genaue Beachtung der Anamnese und aller übrigen Umstände, die über eine frühere Infektion Auskunft geben können, das Alter des Patienten, das Vorhandensein anderer bestimmter Krankheitsursachen oder die Existenz ausgebreiteter Sklerose in den peripheren Arterien geben doch in den meisten Fällen gute Leitung bei Entscheidung der Frage nach demluetischen oder nichtluetischen Ursprung der Aortitis. Hierbei wird man wohl auch in diesen Fällen annehmen können, dass eine mit Vorsicht unternommene spezifische Behandlung auch bei einer nicht ganz sicheren Diagnose am Platze ist.

Circumskripte Gummata in dem Herzmuskel kommen unvergleichlich seltener als die bisher erwähnten Formen derluetischen Affektionen in den centralen Cirkulationsorganen vor. Wenn die Frage nach der Herzsypilis nur auf diese Fälle beschränkt wäre, so wäre die Ansicht von der Seltenheit und geringen klinischen Bedeutung dieser Krankheit vollständig berechtigt. Dies ist umso mehr der Fall, da die klinischen Symptome dieser Bildungen gewöhnlich so schleichend und unbestimmt zu sein scheinen, dass eine Diagnose am Krankenbett kaum möglich ist. Gummata der Herzmuskulatur hat man in allen Theilen des Herzens beobachtet; in den Wänden der Ventrikel und Herzvorhöfe, im Septum und in den Papillarmuskeln. Oft haben sie ihren Sitz unter dem Endocardium oder Pericardium und verursachen in solchen Fällen eine verdickende chronische Endo- oder Pericarditis.

Etwas öfter als die circumskripten Muskelgummata kommt dagegen eine diffuse gummöse Myocarditis vor, gewöhnlich dann in Verbindung mit einer gummösen Coronararteriitis und davon herrührenden Bindegewebsschwielen in der Herzmuskulatur. In solchen Fällen kann das Krankheitsbild seinen Charakter in erster Linie von den Symptomen bekommen, die den Coronaraffektionen angehören. Dabei kommen aber neben den anginösen Anfällen Symptome von Dilatation und Herzinsuffizienz, d. h. anhaltende Herzschwäche mit Stasesymptomen zur Entwicklung. Das Krankheitsbild wird also demjenigen ähnlich, welches bei einer von anderen Ursachen herrührenden Myocarditis zu bemerken ist. In diesen Fällen kommen auch die nicht so gar selten wahrgenommenen partiellen Herzaneurysmen zur Entwicklung, die aber einer klinischen Diagnose kaum zugänglich sind.

In den meisten von diesen circumskripten oder diffusgummösen Affektionen der Herzmuskulatur, wie in den meisten Fällen derluetischen Herzaaffektionen überhaupt tritt der Tod durch eine plötzliche Herzparalyse ein.

Von syphilitischen Herzaaffektionen sind noch die gummöse Pericarditis und die gummöse Endocarditis zu erwähnen. Diese beiden Affektionen müssen doch als Seltenheiten angesehen werden, wenn man nämlich von den sekundären Endo- und Pericarditen, welche in Zusammenhang mit gummösen Prozessen in der Herzmuskulatur vorkommen, und ihren Folgen absieht. Es ist zweifelhaft, ob es überhaupt eine primäre syphilitische Endocarditis giebt. Dagegen hat man einzelne Fälle von primären gummösen Pericarditen mit Sicherheit wahrgenommen. Diese primären endocarditischen und pericarditischen Affektionen spielen jedenfalls eine ganz unbedeutende Rolle für die allgemeine Auffassung von der Herzsypilis, deren Symptomen und klinischer Bedeutung.

Die Darstellung der verschiedenen Formen von Syphilis in den centralen Cirkulationsorganen, die ich oben gegeben habe,

gilt nur für die erworbene Syphilis, und zwar für ein vorgeschrittenes Stadium im Verlauf der Krankheit. Die Frage nach der auf hereditärer Syphilis beruhenden Herzaaffektionen, die ja ein verhältnissmässig geringes klinisches Interesse haben, habe ich bei Seite gelassen. Ebenso wenig kann ich die Störungen in der Herzthätigkeit, die so oft in dem frühen sekundären Stadium vorkommen und die schon von Fournier hervorgehoben sind, hier näher berücksichtigen. Besonders Grassmann hat in einer 1900 publizierten interessanten Untersuchung diese aller Aufmerksamkeit werthen Herzsymptome näher beschrieben. Es ist wohl möglich, dass einige von diesen Affektionen von den in Herzgefässen lokalisierten syphilitischen gummaartigen Prozessen herrühren. Man hat ja auch sonst in späterer Zeit kennen gelernt, dass solche syphilitischen Gefässaffektionen, besonders in den Gehirnarterien, schon recht kurze Zeit nach der Infektion zur Entwicklung gelangen können. Aber die Frage nach diesen im frühen sekundären Stadium vorkommenden Herzsymptomen ist wohl noch nicht für eine zusammenfassende, übersichtliche Darstellung reif.

Wie aus dem oben Angeführten hervorgeht, sind es die gummösen Gefäss- und Muskelaaffektionen, die Aortitis mit Dilatation und aneurysmatischer Erweiterung der Aorta, in einigen Fällen auch Klappenfehler der Aorta, die Coronararteriitis mit Myomalacie und Bindegewebschwien in den Herzmuskel, wie auch diffuse gummöse Myocarditen, welche die wesentlichen Formen der Herzsyphilis ausmachen und dem Krankheitsbilde bei dieser Affektion dessen hauptsächlichsten Charakter verleihen. Die beachtenswerthesten Symptome bei Herzsyphilis sind also zeitweise oder anfallsweise vorkommende anginöse Schmerzen und cardiales Asthma, ungleiche und unregelmässige Herzcontraktionen mit klanglosen Herztönen und nicht distinkten Pulsschlägen, bisweilen, wenn die Aortamündung oder die Klappen in den Prozess mit einbezogen sind, auch mit Nebengeräuschen, in einigen Fällen schliesslich neben diesen Symptomen eine zunehmende anhaltende Herzinsuffizienz, verbunden mit Hypertrophie und Dilatation des Herzens.

Wo diese Symptome bei jüngeren oder im mittleren Alter stehenden Personen vorkommen, ohne dass ausgebreitete skleröse Prozesse in den peripheren Gefässen vorliegen, oder wo irgend welche anderen Krankheitsursachen nicht zu erkennen sind, da ist die Wahrscheinlichkeit nicht gering, dass diese Symptome von Herzsyphilis herrühren, und wenn die Anamnese oder andere Umstände an die Hand geben, dass eine syphilitische Infektion, wenn auch vor Jahrzehnten, vorangegangen ist, so dürfte die Diagnose einer Herzluess kaum mehr zu bezweifeln sein.

Es ist selbstverständlich, dass in solchen Fällen eine frühzeitige Diagnose und spezifische Behandlung von grösster Wichtigkeit ist. Frische gummöse Neubildungen in den Gefässwänden und in dem Herzmuskel können dadurch noch zur Resorption gebracht werden, und in Fällen, wo die sekundären Folgen derselben, ausgebreitete Degenerationen und Schwielenbildung der Herzmuskulatur oder bedeutende Erweiterungen der Aorta oder Schrumpfungen von deren Klappen noch nicht zur Entwicklung gekommen sind, kann man eine beinahe vollständige Heilung erreichen. Die vorzüglichen Resultate, welche in einigen Fällen von Angina pectoris und Aortiten Sacharjin, Hallopeau, Semmola, Huchard, Curschmann u. a. erzielten, legen davon Zeugnis ab. Aber auch in Fällen, wo die Affektion sich schon in einem weiter vorgeschrittenen Stadium befindet und wo schwerere sekundäre Prozesse zu Stande gekommen sind, können noch durch eine anhaltende und consequent durchgeführte antiluetische Behandlung bedeutende Verbesserungen erreicht und kann die weitere Entwicklung des Krankheitsprozesses gehemmt oder wenigstens verzögert werden. Auch bei grösseren Aortenaneurysmen und weit fortgeschrittenen gummösen oder schwierigen Myocarditen ist die spezifische Behandlung deshalb nicht ohne Resultat, wenn man auch darauf verzichten muss, eine vollständige Heilung zu erreichen.

Es ist also von eminent praktischer Wichtigkeit, dass die bei den Aerzten so allgemein verbreitete Vorstellung von der Seltenheit der Herzsyphilis zum Schwinden gebracht wird. Man muss lernen, die in Frage stehenden Affektionen in den centralen Cirkulationsorganen in derselben Weise zu betrachten, wie man schon lange die entsprechenden Erkrankungen im centralen Nerven-

system zu betrachten gewöhnt ist, d. h. mit stetiger Aufmerksamkeit auf die Möglichkeit ihrer syphilitischen Natur.

In Bezug auf ihre praktische Bedeutung ist der Unterschied zwischen diesen beiden Gruppen der Viszeralisymphilis gewiss nicht so gross, wie man es sich gewöhnlich vorstellt. Zwar ist es vorläufig, wie ich oben angedeutet habe, unmöglich, eine Statistik vorzulegen, die auch nur annäherungsweise die Frequenz der Herzsyphilis an und für sich oder im Verhältniss zu anderen Formen von Syphilis der inneren Organe angeben würde. Eine Andeutung in dieser Hinsicht kann man aber finden in den Resultaten einer vor einigen Jahren von mir gemachten Zusammenstellung der Todesursachen derjenigen Versicherungsnehmer in der Lebensversicherungsgesellschaft „Kaleva“, die mit Syphilis infiziert waren.

Aus dieser Zusammenstellung ging hervor, dass bei einer totalen Mortalität von 734 nicht weniger als 84 Todesfälle, das heisst 11,4%, bei Personen vorgekommen sind, die mit Sicherheit an Lues gelitten haben und die an Krankheiten gestorben waren, welche mit aller Wahrscheinlichkeit von dieser herrührten. Der grossen Mortalität in Folge syphilitischer oder davon herrührender Krankheiten, wie sie diese Statistik ergibt, kann doch keine allgemeine Gültigkeit zugeschrieben werden, da dieselbe wesentlich von dem Zusammentreffen verschiedener besonders ungünstiger Umstände mit Bezug auf die Beschaffenheit des Versicherungsmaterials abhängt, worauf ich hier aber nicht näher eingehen kann. Eine grössere Aufmerksamkeit verdient aber in Bezug auf die Frage, mit der wir jetzt uns beschäftigen, die Relation zwischen der Anzahl der Todesfälle in Folge von Affektionen im Centralnervensystem und der Anzahl der Todesfälle, die auf Affektionen in den centralen Cirkulationsorganen beruhen. Zu der ersten von diesen Gruppen können nämlich 43 Todesfälle gerechnet werden, darunter 22 Fälle von allgemeiner progressiver Paralyse. Zu der zweiten dagegen 33 Todesfälle, von denen zwei von Aortenaneurysmen herrühren. In 24 unter diesen 33 Todesfällen in Folge von Krankheiten der centralen Cirkulationsorgane war der Tod durch eine plötzliche Herzparalyse eingetreten.

Die Mortalität an Herz- und Aortensyphilis ist somit nicht viel geringer als an Gehirn- und Rückenmarkssyphilis. Sie ist sogar erheblich grösser, wenn man die Fälle von progressiver Paralyse abrechnet, die ja zu der Syphilis eine andere Stellung einnimmt, als die übrigen hier in Frage stehenden Krankheitsformen.

Manchen kommt dieses Resultat gewiss überraschend vor. Meinerseits muss ich doch sagen, dass dies im ganzen recht genau mit der Auffassung von diesen Dingen übereinstimmt, zu der ich auch aus anderen Gründen während der letzten Jahre gekommen bin. Die Fälle von Gehirn- und Rückenmarkssyphilis sind allerdings unzweifelhaft viel häufiger, als die von Herz- und Aortensyphilis. Dass die Anzahl der Todesfälle in der zweiten Gruppe doch relativ gross wird, rührt vielleicht wesentlich davon her, dass bei den syphilitischen Gehirn- und Rückenmarksaaffektionen eine zweckmässige spezifische Behandlung in so unvergleichbar weiterer Ausdehnung zur Anwendung kommt, als dies bei der Herz- und Aortensyphilis der Fall ist oder bis zur letzten Zeit gewesen ist.

Wie es damit auch sein mag, jedenfalls ist es doch sicher, dass die Lokalisation des syphilitischen Krankheitsprozesses in den centralen Cirkulationsorganen keine seltene Erscheinung ist, sondern im Gegentheil recht oft vorkommt. Sicher ist weiter, dass diese Affektionen einer klinischen Diagnose nicht unzugänglich sind, wie auch, dass ihr Verlauf in hohem Grade von einer zweckmässigen Behandlung beeinflusst wird. Unsere Auffassung in dieser Hinsicht ist eben jetzt im Begriff, ihre Gestalt wesentlich zu verändern, und wenn Fournier am Ende der 70 er Jahre mit Recht sagen konnte, dass eine genauere Kenntniss der syphilitischen Affektionen des Centralnervensystems und ihrer grossen Bedeutung eine Wissenschaft von gestern oder heute war, so können auch wir mit demselben Recht jetzt am Anfang des neuen Jahrhunderts sagen, dass die Kenntniss der syphilitischen Affektionen der centralen Cirkulationsorgane und ihrer Bedeutung eine Wissenschaft von heute oder morgen ist.