III. Zur Lehre von der Symptomatologie der Pericarditis, namentlich jugendlicher Individuen.

Von

Dr. Ottomar Rosenbach,

Privatdocent an der Universität zu Breslau.

(Schluss aus No. 46.)

Den von uns mitgetheilten fünf Krankheitsgeschichten jugendlicher Individuen im Alter von 9—16 Jahren ist neben manchen anderen Analogieen des Krankheitsverlaufes der eigenthümliche Befund bei der Auscultation gemeinsam, welcher im wesentlichen durch die Anwesenheit zweier, ihrem localen Auftreten und ihrem acustischen Charakter nach anscheinend durchaus differenten Kategorien angehöriger Herzgeräusche charakterisirt ist, ein Verhalten, welches auf den ersten Blick die Annahme zweier ebenfalls grundverschiedener localer Processe nahelegen musste. Da das eine der Aftergeräusche genau die Gegend der Herzspitze einnahm und alle Charaktere eines wahren endocardialen Phänomens zeigte, während das andere sowohl seinen acustischen als seinen sonstigen Eigenschaften zufolge, ein prägnantes pericardiales Geräusch repräsentirte, so ist ohne Weiteres klar, dass die Diagnose einer mit Endocarditis complicirten Pericarditis nahe genug lag, und dass man nur zwischen der Annahme einer älteren Endocarditis resp. eines bereits ausgebildeten Klappenfehlers, zu dem eine Herzbeutelentzündung als neues Accidens hinzutreten war, oder der Annahme eines mit recenter Endocarditis complicirten, ebenfalls frischen pericardialen Affectio schwanken konnte. In jedem Falle schien eine andere diagnostische Auffassung der Sachlage so lange nicht plausibel, als man für jedes der beiden Geräusche wegen seiner charakteristischen Eigenschaften auch eine besondere Ursprungsart und einen differenten Entstehungsmodus anzunehmen gezwungen war. Wir wollen hier noch einmal beiläufig erwähnen, dass ein rein functionelles anorganisches Geräusch an der Herzspitze nicht vorliegen konnte, weil dagegen die Anamnese und der Verlauf der Fälle direct sprach, während sich positive Anhaltspunkte für eine solche Annahme gar nicht boten und wir, wenigstens in den zwei zur Obduction gekommenen Fällen genügende pathologische Veränderungen (im Herzbeutel) fanden, um den fraglichen Auscultationsbefund auf dieses nächstliegende materielle Substrat mit vollem Recht zu beziehen. Wenn wir somit einerseits auch nach Lage der Sache den Irrthum in unserer Diagnose — wir hatten ja in den ersten beiden Fällen, wie schon erwähnt, genäss unserer eben skizzirten Deduction und entsprechend den Differenzen der wahrnehmbaren Geräusche zwei Affectioenen, eine Complication von Peri- mit Endocarditis angenommen — für einen wohl entschuldlichen halten, so musste uns andererseits doch aus den beiden, so übereinstimmenden Beobachtungen die Verpflichtung erwachsen, in ähnlichen Fällen auf das geschulderte eigenthümliche Verhalten der Geräusche bei Pericarditis genauer zu achten, um bei einiger Constanz der Erscheinungen unser Resultat diagnostisch zu verwerthen und die in zwei Fällen gemachten Fehler in Zukunft vermeiden zu können. Wir haben nun in der That in drei weiteren Fällen von manifester Pericarditis die eigenthümliche Incongruenz der Geräusche wieder gefunden und auf unseren früheren Beobachtungen fussend, nur eine Affectio und zwar mit Bestimmtheit eine solche pericardialer Natur angenommen, eine Auffassung, die der weitere Verlauf der Krankheit in den beiden letzten Fällen evident bestätigt zu haben scheint, da mit dem Verschwinden der Pericarditis die fraglichen Geräusche an der Herzspitze wesentlich schwächer wurden. So schwer es nun auch sein mag, eine diagnostische Ansicht, der die anatomische Basis fehlt, als beweiskräftig hinzustellen, so glauben wir doch, durch die Darstellung des Krankheitsverlaufes und durch die jedem Falle angefügte Epikrise es nach Möglichkeit plausibel gemacht zu haben, dass in den nicht zur Obduction gekommenen Fällen 3, 4 und 5, nur eine Affectio des Herzbeutels und keine Betheiligung des Endocardiums statuirt werden könne; für Fall 1 und 2 ist durch das schlagende Resultat der Autopsie wohl auch für Skeptiker der exacte Beweis erbracht, dass nur eine reine uncomplicirte Pericarditis vorlag. Wir haben demnach allen Grund, für diese beiden letzterwähnten Fälle das Geräusch an der Spitze als mit der Affectio des Herzbeutels in directem Zusammenhang stehend anzusehen und können wohl mit vollem Recht, falls unsere Beweisführung als stichhaltig angesehen wird, das charakteristische Phänomen auch in den 3 anderen Fällen nur mit der bestehenden Pericarditis in Connex bringen. Somit haben wir in allen fünf Fällen von Pericarditis jugendlicher Individuen — und zwar sowohl bei reiner, frischer (Fall 4, 5), als bei recidivirender Pericarditis — die Herzbeutelkrankung von einem und demselben typischen auscultatorischen Symptom begleitet gesehen und dürfen daraus wohl ein Recht herleiten, das eigenthümliche systolische Geräusch an der Spitze für ein wesentliches Attribut der Pericarditis jugendlicher Personen anzusehen und es demgemäss auch bei der Diagnose zu berücksichtigen. Es scheint uns nicht unnöthig schon hier

auf die Bedeutung, die unsere Beobachtung in zweifelhaften Fällen für die Differentialdiagnose der Pericarditis gewinnen könnte, hinzuweisen, und wir möchten deshalb gleich dem Einwand begegnen, dass es ja zweifelsohne eine grosse Reihe von Pericarditiden giebt, in denen nur pericardiales Reiben zu constatiren ist und in denen jedes Geräusch an der Spitze fehlt. Es ist durchaus nicht unsere Absicht, die Thatsache in Abrede zu stellen, dass eine Pericarditis sich nur durch Reibegeräusche für die Auscultation kundgeben kann, aber wir können es doch nicht unterlassen, es als unsere Meinung auszusprechen, dass viele Fälle, in denen anscheinend pericardiales Reiben besteht, und die deshalb bei oberflächlicherer und oft auch bei genauerer Untersuchung als Pericarditiden imponiren, eben Gelegenheit zu diagnostischen Täuschungen geben, insofern es sich nicht um Pericarditis, sondern um Pleuritiden und pseudo-pericardiale (pleurocardiale) Geräusche handelt. Es kann wohl nicht geleugnet werden, dass die Beobachtungen von Fällen zweifelhafter Natur seit dem letzten Decennium, namentlich in Folge der Arbeiten von Küssner¹⁾ und Ferber²⁾ sich mehr und mehr gehäuft haben, und dass man jetzt bei weitem mehr Pleuritiden pericardiacae als früher annimmt. Damit schrumpft natürlich die Zahl der Fälle, in denen man mit Sicherheit eine Pericarditis zu diagnosticiren Anlass hat, und es kann deshalb wohl nicht in Abrede gestellt werden, dass auch mancher in der Literatur beschriebene Fall von anscheinend zweifelloser Pericarditis nach dem jetzigen Stande unseres Wissens unzweifelhaft als Fall von Pericarditis externa, richtiger als Pleuritis aufzufassen ist. Wer aber die Schwierigkeiten der hier in Rede stehenden Verhältnisse kennt, wird uns beipflichten, wenn wir die Ansicht aussprechen, dass es immerhin, trotz des zweifellosen Fortschrittes in der Erkenntniss der einschlägigen Verhältnisse und trotz so vieler uns nun zu Gebote stehender Unterscheidungs Momente³⁾, doch in einer nicht gerade kleinen Reihe von Fällen unmöglich ist, zu einer sicheren Entscheidung zu gelangen, ob Pericarditis oder Pleuritis vorliegt, und dass somit, wie wir es oben behaupteten, auch jetzt noch manche Pericarditis fälschlich angenommen wird. Dies gilt nicht nur von den Pleuritiden in der Nähe der Herzspitze, wo ja die Verhältnisse für eine Verwechselung am günstigsten liegen, sondern auch von denen, die an der Herzbasis entstehen, denn auch dort kommen anscheinend typische pericardiale Reibegeräusche systolischer und sogar diastolischer und prästolischer Natur vor, die in Wirklichkeit nur von Pleuritiden des linken oder rechten Lungenrandes herrühren. Namentlich sind uns Fälle von Phthisikern in Erinnerung, bei denen das exquisiteste pericardiale Reiben von pleuritischen Auflagerungen bedingt war, und hier waren es zweifellos die grösseren Gefässe (Aorta und Pulmonalis) oder die Atrien, die bei ihren Volumenschwankungen das mit den Herzbewegungen mehr weniger isochrone Reibegeräusch hervorriefen⁴⁾. Nur die weitere Beobachtung kann ergeben, ob das von uns urgirte Zeichen, das differente, scheinbar endocardiale Geräusch an der Spitze in allen Fällen wahrer ausgebreiteter Pericarditis vorhanden ist; unsere Beobachtungen erstrecken sich ja nur auf Kinder und jugendliche Individuen, und für die Erkrankungen älterer Personen fehlt es uns an geeignetem Material. Eine Bemerkung bezüglich gewisser lauter systolischer Geräusche bei älteren Individuen möchten wir aber hier gleich anschliessen, nämlich die, dass manches im späteren

¹⁾ D. Arch. f. klin. Med. Bd. XVI. S. 19

²⁾ Die physikalischen Symptome der Pleuritis exsudativa. Marburg 1875.

³⁾ Wir halten folgende Zeichen für die hauptsächlichsten Unterscheidungsmerkmale der pseudopericardialen (pleuropericardialen und extrapericardialen) und (wahren) pericardialen Affectioenen und zwar spricht unserer Auffassung nach für Pleuritis: 1) eine deutliche respiratorische Componente des Geräusches, d. h. eine deutliche Verstärkung des Geräusches bei mässiger Inspiration, ohne dass gleichzeitig Beschleunigung und Verstärkung der Herzaction erfolgt. Eine Verstärkung der Geräusche bei tiefer Expiration kann auch durch die in Folge der Retraction der Lunge verbesserte Fortleitung der Herzgeräusche bedingt sein; eine geringe inspiratorische Verstärkung durch die während der Inspiration erhöhte Herzthätigkeit. 2) Schmerz bei Druck und Respirationsbewegungen. Wir glauben beobachtet zu haben, dass die beiden genannten Erscheinungen bei Pericarditis, die mehr durch Oppressionsgefühl und Gefühl von dumpfem Druck charakterisirt ist, nur rudimentär oder gar nicht vorhanden sind. Bei der Pleuritis rührt der Schmerz wohl auch meist von der Betheiligung der Inter-costalmuskeln an der Entzündung her. 3) Die Anwesenheit eines kleinen pleuritischen Exsudates auf der linken Seite. Wir haben in einer Reihe zweifelhafter Fälle, die sich durch ihren weitem Verlauf als Pleuritiden manifestirten, zuerst in der Seitenwand — und nicht wie gewöhnlich an den hinteren Partien — im 7. oder 8. I.-C.-R. eine deutlich ausgesprochene Dämpfung nebst abgeschwächtem Athmen gefunden, die nur von dem hier zuerst sich ansammelnden flüssigen Pleuraexsudate herrühren konnte. 4) Die Fühlbarkeit des Frémissements; denn diese ist bei Pericarditis gleichfalls höchst selten.

⁴⁾ Dass auch diastolische Geräusche anscheinend endocardialen Charakters, den Beziehungen der grossen Gefässe zu den Lungenrändern ihren Ursprung verdanken, dass z. B. den diastolischen Aortengeräuschen täuschend ähnliche Aftergeräusche an der Ursprungsstelle der grossen Gefässe zur Beobachtung kommen, die nur als Aspirationsgeräusche, (aortopulmonale nach Analogie der cardiopneumatischen) aufzufassen sind, davon glaube ich mich wiederholt überzeugt zu haben.

Leben zu beobachtende, anscheinend unerklärliche Aftergeräusch am Herzen von solchen in der Kindheit überstandenen Pericarditiden herrühren mag, und dass manche scheinbare Insufficienz der Mitrals auf Verhältnisse zurückzuführen ist, wie sie unsere Fälle, namentlich die ersten boten. Vielleicht giebt unsere Mittheilung Gelegenheit dieser bis jetzt so wenig berücksichtigten Quelle von Geräuschen an der Herzspitze nähere Beachtung zu schenken.

Nun hätten wir noch einige Daten zur Charakteristik unseres Geräusches zu geben, welche in differential-diagnostischer Beziehung von Interesse sein dürften. Wir halten es für wichtig, etwa folgende Punkte hervorzuheben, die theilweise auch für den Entstehungsmechanismus Bedeutung haben: 1) das punctum maximum des Geräusches, welches wir immer als Geräusch an der Herzspitze bezeichnet haben, ist in Wirklichkeit nach aussen von derselben gelegen und zwar in der vorderen Axillarlinie oder noch etwas weiter nach der Seitenwand zu; 2) die Intensität des Phänomens ist eine ziemlich starke, doch nimmt sie nach der Medianlinie und nach oben hin auffallend schnell ab; 3) das Geräusch erstreckt sich constant über den systolischen Ton weit heraus und reicht bis dicht an das Zeitmoment des diastolischen Tons. Wir glauben in diesem Verhalten einen Beweis dafür zu sehen, dass die Entstehung des Geräusches auf einen länger dauernden Vorgang, vielleicht auf die systolische Locomotion und Rotationsbewegung des Herzens zurückzuführen ist; 4) das eigenthümliche Pfeifen, mit welchem das Geräusch endigt, scheint uns ebenfalls ein nicht unwichtiges Attribut, welches wir für nahezu charakteristisch halten, so dass wir es schon dadurch von allen ähnlichen Geräuschen glauben differenziren zu können. Wir möchten hier die Bemerkung einschalten, dass unsere Beobachtungen bezüglich des pfeifenden Geräusches bei Pericarditis mit den Angaben Skoda's¹⁾ contrastiren, welcher den Satz aufstellt, dass „das Reibungsgeräusch am Pericard alle Arten von Geräuschen, die im Innern des Herzens entstehen, mit Ausnahme des pfeifenden Geräusches, nachahmen kann, und dass im Gegentheil im Innern des Herzens alle Variationen der Reibungsgeräusche am Pericard vorkommen können“; 5) von einem endocardialen (pneumocardialen) Geräusche unterscheidet sich das in unseren Fällen vorhandene systolische Geräusch, abgesehen von anderen Momenten, namentlich durch sein Verhalten gegenüber starkem mechanischen Druck auf die Stelle des Intercostrals, an der es sein punctum maximum hat, denn während Geräusche jener Art, wie wir gezeigt haben²⁾, bei starker, mit den Fingern ausgeübter Impression in die Tiefe des Intercostrals sehr abgeschwächt werden oder verschwinden, blieb das acustische Phänomen in unsern Fällen bei der genannten Manipulation unverändert; 6) auch das Anhalten des Geräusches bei Lagewechsel ist von grosser diagnostischer Bedeutung; denn sobald es gelingt in der rechten Seitenlage des Patienten eine Abschwächung oder das Verschwinden des Geräusches zu constatiren, ist der Beweis erbracht, dass das Phänomen unmöglich endocardialer Natur sein kann. (S. o. den Schluss der Epikrise von Fall V.)

Zum Schluss hätten wir noch mit einigen Worten die Entstehungsbedingungen für unser Geräusch, welches ja sowohl bei frischer als bei abgelaufener Pericarditis wahrnehmbar war, zu erörtern. Wir sind der Ansicht, dass das Geräusch, wenigstens was die recenten Formen der Herzbeutelaffection anbetrifft, als pericardiales Reiben aufzufassen ist, dessen Eigenthümlichkeiten durch die besondern Fortleitungsverhältnisse und vielleicht auch durch besondere Entstehungsbedingungen zu erklären sind. Die starke Locomotion des linken Ventrikels — namentlich bei Kindern —, die Energie der Herzbewegung, die Form der Auflagerungen und namentlich die Modificationen, welche das acustische Phänomen bei der Schallfortleitung durch die darüberliegende Lunge erfährt, sind wohl die hauptsächlichsten Factoren, welche die Differenzen in den Eigenschaften unseres Geräusches und der sonstigen Reibegeräusche bedingen. In den Fällen von abgelaufener Pericarditis sind Adhäsionen, Residuen von Auflagerungen und gewisse Reibungswiderstände, welche den Ablauf der Herzbewegungen in gewohnter geräuschloser Weise alteriren, als begünstigende und ursächliche Momente für das Zustandekommen des Geräusches an der Herzspitze anzusehen. Vielleicht gelingt es durch weitere Beobachtungen, die einzelnen Bedingungen für die Entstehung und das Verhalten sowohl des von uns erwähnten als anderer abnormer am Herzen entstehender Geräusche völlig klar zu legen.