DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

Redakteur: Prof. Dr. J. SCHWALBE
BERLIN, W. am Karlsbad 5.

Begründet von
Dr. Paul Börner.

Verlag: GEORG THIEME
LEIPZIG, Rabensteinplatz 2.

No. 24.

Donnerstag, den 9. Juni 1904.

30. Jahrgang.

Aus dem Pathologisch-anatomischen Institut der Universität in Catania.

Isolierte tuberkulöse Pericarditis.

Von Prof. Dr. G. Scagliosi.

Das Vorkommen der Tuberkulose im Perikard des Menschen gehört zu den Seltenheiten. Wir finden darüber Angaben bei Willigk,¹⁾ der 11 Fälle von Tuberkulose des Perikards unter 1317 Obduktionen gefunden hat; etwas größer ist die von Eppinger²⁾ gegebene Zahl. Nach den statistischen Angaben von Barthez und Rilliet und v. Leudet wäre die tuberkulöse Pericarditis sehr selten, im Mittel ein Fall auf 35 tuberkulöse Individuen. In dem Institut der Universität Palermo konnte unter 1077 Autopsien nur einmal (0,08 %) die primäre Tuberkulose des Perikards konstatiert werden, und dieser Fall ist Gegenstand der vorliegenden Mitteilung.

Er betrifft eine 60jährige Frau, die wegen Pyelonephritis starb. Bei der Sektion fanden sich geringe, wässrige Exsudate in Pleura- und Bauchhöhle, ein seröses, trübes Exsudat in der Menge von etwa 150 ccm im Herzbeutel. Das innere Blatt des Perikards war hier und da mehr oder weniger und unregelmäßig fleckweise gerötet; diese Hyperämie trat besonders in demjenigen Teile des inneren Perikardialblattes auf, welcher die rechte Kammer bedeckt und in der Nähe und längs des Sulcus circularis liegt; gerade in diesem Sulcus und längs der rechten Kranzgefäße sah man grauweiße Erhebungen, welche die Größe eines Stecknadelkopfes bis einer Linse und darüber hatten; sie fehlten gänzlich am äußeren Blatte des Perikards. Bei der mikroskopischen Untersuchung dieser Knötchen wurde ihre tuberkulöse Natur entdeckt; sie enthielten Riesenzellen und spärliche Tuberkelbazillen.

Die Tuberkulose, die man in den meisten Fällen im Perikard des Menschen beobachtet und beschrieben hat, zeigt das Bild der serös-fibrinösen Pericarditis (exsudative Pericarditis), welche häufig zu einer Verklebung und Verwachsung beider Herzbeutelblätter (chronische adhäsive Pericarditis) führt. In der Literatur, die mir zugänglich war, habe ich nur wenige Fälle von primär auftretender Tuberkulose des Perikards mitgeteilt gefunden.

Meltzer³⁾ sah bei einer Sektion im Herzbeutel 50 mandel- bis kirschgroße Knoten eingelagert. Thym⁴⁾ hat weitere 5 Fälle isolierter tuberkulöser Pericarditis (unter 94 Fällen) beobachtet. Virchow⁵⁾ legte in der Berliner medizinischen Gesellschaft das Präparat einer isolierten tuberkulösen Pericarditis vor, welches ihm von Dr. Kersten eingesandt war. Im ganzen sind also 7 Fälle und mit dem meinigen 8 Fälle von primärer Tuberkulose des Perikards mitgeteilt worden.

Die anderen in der Literatur verzeichneten Fälle von tuberkulös erkranktem Perikard sind meistens solche, bei denen die Tuberkulose durch Fortpflanzung entzündlicher Prozesse von benachbarten Organen auf das Pericardium entstanden ist, so bei Entzündungen der Lymphdrüsen im Mediastinum oder am Hilus der Lunge oder der Pleura; in manchen Fällen ist die Tuber-

kulose des Perikards Teilerscheinung einer miliären Tuberkulose, in anderen wurden ältere perikarditische Exsudate später tuberkulös oder es entwickelten sich Tuberkel in perikarditischen Schwarten, sodaß dadurch eine ursprünglich einfache Pericarditis nachträglich zu einer tuberkulösen wurde; in anderen sehr seltenen Fällen endlich konnte man bei der Autopsie einen anderen tuberkulösen Herd im Körper nicht auffinden; diese letzten Fälle bilden die wahre primäre Tuberkulose des Perikards.

Eine direkte Fortleitung der Tuberkulose von den Pleuren oder der Lunge auf das Perikard ist relativ selten, wie viele Autoren von Lehrbüchern der pathologischen Anatomie es bestätigen. Osler¹⁾ sah selten eine direkte Fortleitung von den Pleuren oder den Lungen, Kast²⁾ und Ch. Luzet³⁾ fanden, daß die tuberkulöse Pericarditis gewöhnlich von tuberkulösen Mediastinallymphdrüsen ausgeht, sodaß also die von tuberkulösen Lymphdrüsen aus entstandene tuberkulöse Pericarditis die Mehrzahl der sekundären tuberkulösen Perikarditiden bildet. Die Natur des Exsudats steht bei der Tuberkulose des Herzbeutels nicht im engeren Verhältnis zu der Ursache, welche die Entzündung hervorgerufen hat; in der Tat kann die tuberkulöse Pericarditis mit einer serösen, oder serös-fibrinösen, oder hämorrhagischen, oder, seltener, eitrigen Exsudation einhergehen, sodaß, wenn die tuberkulöse Pericarditis unter dem Bilde einer gewöhnlichen Pericarditis verläuft, die mikroskopische Untersuchung nur in diesen Fällen den wahren Sachverhalt aufklären kann; dementsprechend wäre es gerechtfertigt, fast in jedem Falle von Pericarditis die histologische, bakterioskopische und eventuell bakteriologische Untersuchung vorzunehmen, wenn das Alter des Individuums, sein pathologischer Zustand, vorangegangene Erkrankungen anderer Art, Ernährungsweise, Beschäftigungsart, das hygienische Verhalten des Aufenthaltsortes, kurz alles, was man mit dem Sammelbegriff der Disposition zusammenfaßt, festgestellt sind. Riesman⁴⁾ behauptet, daß die Tuberkulose des Perikards nicht so selten ist, wie man glaubt; dies ist gewissermaßen richtig bei der fortgeleiteten Tuberkulose, aber nicht bei der primär auftretenden Tuberkulose des Perikards.

Was das Exsudat betrifft, so behauptet Roger⁵⁾, daß, wenn im Cavum pericardii eine Menge von 1–2 Liter davon vorhanden ist, die tuberkulöse Natur der Entzündung des Herzbeutels sehr wahrscheinlich ist. Soviel sich aus den in der Literatur verzeichneten Fällen und aus dem meinigen ergibt, ist dies nicht allgemein richtig. Ziegler⁶⁾ sagt darüber: „Die Perikardialflüssigkeit ist mehr oder weniger, meist jedoch nicht bedeutend vermehrt, zuweilen blutig gefärbt.“ Man darf sagen, daß das Exsudat bei der tuberkulösen Pericarditis eventuell und ausnahmsweise die Menge von 1–2 Litern erreichen kann, aber man

1) Willigk s. Ziemssen, Patologia medica — aus dem Deutschen übersetzt — Bd. 6. — 2) Eppinger, Prager Vierteljahrsschrift 1872. — 3) Beitrag zur Herzbeutel-tuberkulose. Münchener medizinische Wochenschrift 1898. — 4) Ueber gleichzeitige Tuberkulose der Lungen und des Herzbeutels. Inauguraldissertation. Jena 1897. — 5) Berliner medizinische Gesellschaft, Sitzung am 30. November 1892. Diese Wochenschrift 1892.

1) Tuberculous Pericarditis. The American Journal of the medical sciences 1893. — 2) Zur Pathogenese der tuberkulösen Pericarditis. Berliner klinische Wochenschrift 1883. — 3) Contribution à l'étude de la pericardite tuberculeuse. Rev. de méd. 1890. — 4) Riesman, American Journal of the medical sciences 1901. — 5) Roger, zitiert von A. Petit, Maladies du coeur in Traité de médecine, publié sous la direction de M. M. Charcot, Bouchard et Brissaud Teil 5. Paris 1893. — 6) Ziegler, Lehrbuch der pathologischen Anatomie. Jena.

kann aus der Menge der Flüssigkeit ein diagnostisches Merkmal für die Existenz einer Tuberkulose des Perikards nicht ableiten.

Ein Zeichen, welches uns gestattet, mit größerer Sicherheit die tuberkulöse Entzündung des Perikards zu diagnostizieren, ist die Anwesenheit eines hämorrhagischen Ergusses im Herzbeutel; dessenungeachtet kommt auch eine hämorrhagische Pericarditis bei Neubildungen (Krebs, Sarkom), zweitens beim Skorbut, seltener bei anderen Arten von hämorrhagischer Diathese vor, sodaß, streng genommen, die hämorrhagische Beschaffenheit der Perikardialflüssigkeit nicht immer ein sicheres Zeichen der Tuberkulose des Herzbeutels darstellt. Das Exsudat kann auch bei der tuberkulösen Pericarditis serös, fibrinös, eitrig sein, und in diesen Fällen ist es immer schwer, mit bloßem Auge die tuberkulöse Natur der Entzündung des Herzbeutels zu erkennen; man muß hier, wenn es möglich ist, eine histologische Untersuchung des Perikardiums vornehmen oder Impfversuche anstellen, um die wahre Ursache der Pericarditis festzustellen. Das ist natürlich nicht möglich, wenn uns das Exsudat zum Zwecke der Untersuchung auf Tuberkelbazillen zugeschiedet ist; in diesen Fällen kann manchmal die Inoskopie helfen, welche eine von A. Jousset¹⁾ ausgearbeitete diagnostische Methode ist, die auf der bakteriologischen Untersuchung gerinnungsfähiger, entzündlicher Exsudate tuberkulös verdächtiger Individuen beruht und welche uns in den Stand setzt, auch sehr spärliche Tuberkelbazillen sichtbar zu machen. Die Inoskopie hilft aber nur bei denjenigen Fällen, in welchen sich die Tuberkelbazillen im Exsudat vorfinden, also in den Fällen, in denen eine käsige Umwandlung der Knötchen mit Durchbruch ihres Inhalts in das Perikard stattgefunden hat, oder in denjenigen Fällen, bei welchen nach dem Durchbruch eines Lymphdrüsenherdes in den Herzbeutel ein bazillenhaltiges Exsudat entsteht [Zahn²⁾, A. Kast³⁾]; in anderen Fällen läßt die Inoskopie im Stich.

Die Entstehung solcher tuberkulösen Tumorenbildungen hat vielleicht ihren Grund in einer Infektion durch wenig virulente Tuberkelbazillen, die nach Askanazy⁴⁾ die Bildung dieser tuberkulösen Tumoren begünstigen sollen.

Es soll hier noch das Alter der Individuen in Betracht gezogen werden. Ich vermag nicht genau zu sagen, aus welchen anatomischen Gründen die primär auftretende tuberkulöse Pericarditis vorzugsweise bei alten Leuten beobachtet wird; es ist aber logisch, zu denken, daß die Frequenz der tuberkulösen Pericarditis bei älteren Leuten vielleicht von dem mit dem Alter erworbenen Empfänglichkeitsgrade des Herzens abhängt, deren Gefäße, wie allgemein bekannt, in diesem Alter mehr oder weniger, aber fast immer erkrankt sind, sodaß sie einen Anhaltspunkt von krankmachender Energie bieten. Orth⁵⁾ sagt dagegen, daß man bei älteren Leuten einen für die tuberkulöse Infektion des Perikards verantwortlich zu machenden Käseherd bei der Autopsie vermißt hat. Um diesem Fehler vorzubeugen, bin ich so vorgegangen: die herausgenommenen Organe wurden auf das sorgfältigste auf tuberkulöse Veränderungen abgesucht, natürlich in erster Linie diejenigen Stellen, wo Tuberkulose am ehesten zu erwarten war. Deshalb wurden die Bronchial-Tracheal-Zervikal-Lungenhilusdrüsen und die Lungen spitzen einer ganz minutiösen Untersuchung gewürdigt und auf das sorgfältigste in feine Schnitte zerlegt. In ähnlicher Weise wurde die Untersuchung der Mesenterial-, Axillaren-Inguinal-Retrovisceraldrüsen ausgeführt. Bei den Lungen wurden die Verwachsungen der Pleurablätter sorgfältig untersucht und besonders die Spitzen auf Narben und Indurationen geprüft; sodann wurden die Lungen durch viele Schnitte zerlegt und auf Herde geprüft. Ebenso wurden die in den Lungen gelegenen Lymphdrüsen und auch die pleuralen Lymphknötchen in den Bereich der Untersuchung gezogen. Dergleichen fanden alle anderen Organe, Milz, Darm, Nieren, Leber, Kehlkopf u. s. w. volle Berücksichtigung. Trotz alledem gelang mir der makroskopische Nachweis nicht, und es war keine verdächtige Stelle vorhanden, die der mikroskopischen Untersuchung hätte unterzogen werden können.

Um mich weiter zu versichern, daß in meinem Falle auch die Lymphdrüsen keine tuberkulösen mikroskopischen Veränderungen zeigten, habe ich von denselben nur einige (Bronchial-Mediastinal- und Lungenhilusdrüsen) histologisch untersucht. Diese

Untersuchung bezweckte, eventuell jene Form der Lymphdrüsentuberkulose zu entdecken, welche bedeutende Schwierigkeiten in der makroskopischen Erkennung bietet; ich meine jene indurierende Art, bei der das Reticulum hyalin degeneriert ist und welche großzellige Tuberkulose der Lymphdrüsen genannt wird. In dieser Form der Lymphdrüsentuberkulose können auch die kleinen Drüsen diese Veränderung aufweisen; die histologische Untersuchung dieser Lymphdrüsen fiel aber negativ aus. Auf diesem Wege erlangte ich noch mehr die Sicherheit, daß in dem von mir untersuchten Falle keine makro- und mikroskopischen tuberkulösen Veränderungen in den anderen Organen existierten, sodaß es auf Grund der von mir ausgeführten anatomischen Untersuchungen vollständig gerechtfertigt ist, die Existenz einer primären tuberkulösen Entzündung des Herzbeutels anzunehmen.

Am Schluß erfülle ich gern die angenehme Pflicht, Herrn Professor S. Sirena für die freundliche Ueberlassung dieses Falles meinen innigsten Dank auszusprechen.

1) A. Jousset, Arch. de méd. expér. et d'anat. pathol. 1903. — 2) Zahn, Virchows Archiv Bd. 72. — 3) Kast, Ebenda Bd. 96. — 4) Askanazy, Ueber tumorartiges Auftreten der Tuberkulose. Zeitschrift für klinische Medizin. Bd. 29. — 5) Orth, Lehrbuch der speziellen pathologischen Anatomie.