

Zur Casuistik der Herzbeutelentzündung.

Von

Dr. FRIEDRICH ROTH.

9 Fälle von Pericarditis, welche ich in Folgendem nach einigen Richtungen zu analysiren gedenke, vertheilen sich auf 6 männliche und 3 weibliche Individuen. — Was das Alter der Befallenen betrifft, so beobachtete ich im I. Decennium 1, im II. 6, im III. 5, im IV., V. und VI. je 2 Fälle, im VIII. 1 Fall.

Unter allen Fällen ist kein einziger, den man als primitive idiopathische Pericarditis mit Recht ansprechen könnte; nur einer, den ich weiterhin noch genauer mitzutheilen Gelegenheit haben werde, könnte zweifelhaft sein. Von den Krankheiten, welche Anlass zur Pericarditis gaben, steht in Bezug auf die Häufigkeit obenan der acute Gelenkrheumatismus mit 7 Fällen, d. i. 36,8%. Bei 5 dieser 7 Fälle (4 M. 3 W.) war, von früheren acuten rheumatischen Affectionen herrührend, bereits ein Klappenfehler complicirt. Die Rheumatismen, denen sich Herzbeutelentzündung beigesellte, waren alle, mit Ausnahme eines einzigen, schwere Fälle mit Befallensein sehr vieler Gelenke und mit intensiven Fieberbewegungen. In einem, späterhin lethal endenden Falle waren fast alle Gelenke des Körpers afficirt, sogar ein Sternoclaviculargelenk, und die Synchronroses sacro-iliacae. Die Pericarditis trat in den Fällen, welche auf diesen Punkt untersucht werden konnten, am 4., 6. und zweimal am 9. Tage auf; und äusserte sich in 5 Fällen durch einen plötzlich auftretenden, sehr heftigen Schmerz in der Praecordialgegend, der in 2 Fällen durch Druck und durch die Percussion zum Unerträglichen sich steigerte. In 2 Fällen trat gleichzeitig eine Steigerung der Gelenkschmerzen und Affection neuer Gelenke hinzu. Bezüglich der allgemein febrilen Symptome liessen sich keine durchgreifenden Veränderungen constatiren. Nur in 2 Fällen trat mit der neuen Affection eine bedeutendere Erhöhung der Tem-

peratur ein; von 38,6⁰C. auf 40⁰, und von 39 auf 40,2⁰; eine beträchtlichere Steigerung der bereits fieberhaft erhöhten Pulsfrequenz sogar nur in einem Falle. Das Reibegeräusch und die characteristisch formirte Dämpfung wurden in keinem Falle vermisst. — Ein Fall endete lethal, am 30. Tage der Gelenks-, am 21. der Herzaffection. Die oben erwähnten complicirten 5 älteren Klappenaffectionen betrafen sämmtlich die Bicuspidalklappe, und zwar, indem sie Insufficienz derselben bedingten. Endocarditis wurde in einem Falle durch die Autopsie nachgewiesen; in mehreren anderen Fällen konnte sie wohl mit grösserer oder geringerer Wahrscheinlichkeit im Leben vermuthet werden; allein eine sichere Diagnose war nicht möglich. Wenn es oft zu den schwierigsten Aufgaben der Diagnostik gehört, eine uncomplirte Endocarditis zu erkennen, besonders, wenn sie nicht zu secundären Produkten auf dem Wege der Embolie führt; um wie viel geringere Chancen hat dann die Diagnose der Endocarditis, bei gleichzeitig bestehender Pericarditis oder bei einer älteren endocardialen Affection?

Dreimal war doppelseitige Pleuropneumonie complicirt, einmal eine rechtsseitige Pneumonie. Einmal zeigte sich am 2. Tage der fieberhaften Erkrankung ein Herpes labialis.

Gehen wir nun zu den Krankheiten des Brustfelles und der Lunge über, welche Anlass zu Pericarditis geben; so finden wir hier Pleuritis, Pneumonie und Tuberculose vertreten; und zwar zusammen mit 10 Fällen, d. i. 52,6⁰/₁₀₀.

Da bei Pneumonie und Tuberculose der anatomischen und klinischen Erfahrung gemäss die Pleura fast constant miterkrankt, so ist es hier sehr schwierig, um nicht zu sagen, unmöglich, den Antheil zu bestimmen, welchen die Grundkrankheit oder die secundäre Pleuritis an der Hervorbringung der Herzbeutelentzündung nimmt. In den angegebenen 10 Fällen war 8mal Pleuritis mit Sicherheit im Leben, oder durch die Autopsie nachgewiesen. Wollte man nun diese allein als das ätiologische Moment zur Pericarditis ansehen, so ginge für die Pericarditis, welche durch Brustfellentzündung bedingt ist, ein Häufigkeitsverhältniss von 42,1⁰/₁₀₀ hervor; würde demnach das Verhältniss des acuten Gelenkrheumatismus nicht unbeträchtlich überragen. — Eine genauere Analyse jener 8 Fälle lehrt, dass die Pericarditis fast immer später eintrat, als die Pleuritis, ferner, dass die anatomische Beschaffenheit der beiderseitigen Exsudate sehr genau übereinstimmte.

Bei 2 Pneumoniën, (Pleuropneumoniën) deren eine rechtsseitig, die andere doppelseitig war, und die beide mit Genesung endeten, trat die Herzbeutelaffection am 7. und am 9. Tage ein. Bei einer dritten Pleuropneumonie waren die Verhältnisse besonderer Art, so dass ich mit Wahr-

scheinlichkeit Miliartuberculose diagnosticirte und diesen Fall nur hier aufführte, weil ich nicht im Stande war, ihn soweit zu beobachten, bis die Diagnose ganz klar geworden wäre.

I. D. C., 5jähr. blasser, schwächlich gebauer Knabe, erkrankte am 4. Sept. mit unbestimmten Kopfschmerzen, die später im Hinterhaupt sich localisirten. 9 IX. Zunge feucht, Magen bei Druck schmerzhaft, Milz etwas grösser. Schmerz im rechten Fussgelenk. Täglich einige flüssige Stühle. Mässiger Bronchialcatarrh. Puls leicht unregelmässig, = 96. Ord. Inf. ipecac. 10 IX. Nach einem Diätfehler heftige Leib- und Kopfschmerzen. Ord. Pot. Riveri. 12 IX. Diarrhoen fehlen. Allgemeines Wohlbefinden. Verbreitetes Rasseln auf der Brust. Expectoration gelblichen Schleimes. Am 15 IX. wieder gerufen, erfuhr ich, dass Pat. Tags zuvor stark gefroren, dann über Stechen auf linker Seite geklagt hätte, und fand grosse Blässe, den Puls klein = 130; auf der linken Seite stark gedämpften Schall, abgeschwächte Stimmvibrationen, consonirendes Rasseln, mit schwachen, etwas entferntem bronchialem Hauche. Ord. Chinin. 16. Klagen über Herzklopfen. Herzstoss zitternd, zwischen 5. u. 6. Rippe, unter der Papille systolisches Geräusch an der Herzspitze. Pericardiales Reiben an der Basis fühl- und hörbar. 17. Puls klein, äusserst frequent. Herzdämpfung grösser, dreieckig. Töne schwach. Reibungsgeräusch schwächer als gestern. Sehr starke Dyspnoe. Pleuropneumonie wie neulich. Expectoration schwierig. — In den nächsten Tagen war der Verlauf ähnlich; der Knabe wurde immer schwächer. Leider musste ich wegen Abreise darauf verzichten, das Ende dieser Affection zu beobachten, welches, wie mir später mitgetheilt wurde, das lethale war. Leider wurde keine Section angestellt. Die Herzbeutelentzündung trat hier wahrscheinlich am 11. Tage der Allgemeinaffection auf, gleichzeitig mit der Pleuropneumonie. Ueber die Natur der Allgemeinaffection könnte man wohl nur zwischen Miliartuberculose und Typhus schwanken. Auch ich hielt Anfangs letztere Affection für wahrscheinlicher; änderte aber meine Anschauung, als die Brustorgane sich als Centrum der krankhaften Phänomene ergaben.

Einmal fand sich Pericarditis bei einem rechtsseitigen pleuritischen Exsudate, welches einen jauchigen Character angenommen, zu missfarbiger Erweichung der Thoraxmuskeln und zu einem jauchigem Herde in der Lunge geführt hatte.

Bei Tuberculose sahen wir Pericarditis sechsmal; und zwar, wie schon oben angedeutet, meist neben gleichzeitiger Pleuritis. Hier trat uns namentlich die Schwierigkeit entgegen, das causale Verhältniss der drei Erkrankungen festzustellen. In einigen Fällen schien Tuberculose das primäre, Pleuritis und Pericarditis secundäre Elemente zu sein; in anderen

dagegen schien nach länger bestehendem Pleuraexsudate Tuberculose sich ausgebildet, und dann erst Pericarditis sich beigesellt zu haben; in anderen wurde es wahrscheinlich, dass erst in Folge länger dauernder Pericarditis Tuberkeln sich gebildet haben.

II. R. J. G., 49 Jahre alt, wurde seit längerer Zeit an doppelseitiger Pleuritis und zunehmenden Consumtionserscheinungen behandelt; und starb nach rein blutigen Darmentleerungen unter den Erscheinungen der Anämie und des Lungenödems.

Section. In beiden Brusthöhlen je eine Maass blutiger Flüssigkeit. Zahlreiche Tuberkel der Pleurablätter. Die Lungen stellenweise adhärent; in den unteren Parthieen comprimirt, in den oberen ödematös. Im oberen rechten Lappen einige derbe chronisch-pneumonische Heerde. Im Unterlappen spärliche Tuberkel. Die Art. pulm. dextra in ihren feineren Verzweigungen verstopft. Im Pericard wenig trübe Flüssigkeit. Die hintere Fläche des Herzens mit dem Pericard durch dicke Fibrinlagen verklebt. Mitralklappe leicht gallertig, Milz etwas vergrössert, mit pigmentirten Malpighischen Körperchen. Darm von Beginn des Ileum an mit Blut gefüllt. Die Schleimhaut überall blutig suffundirt. Die Ausgangsstelle der Blutung nicht zu entdecken. Keine Tuberkel.

Es scheint uns hier nicht zweifelhaft, dass die Erkrankung von beiden Pleurahöhlen aus ihren Ursprung genommen hat — von Entzündung derselben mit haemorrhagischem Exsudate und Tuberkelproduktion. Hiefür spricht das Fehlen der Tuberkel in den oberen Lungenlappen, ihren Lieblingssitzen, und ihr nur spärliches Vorkommen in den unteren. Die Pericarditis selbst nimmt in diesem Falle eine gewisse Sonderstellung ein, indem sie weder haemorrhagische, noch tuberculöse, sondern gewöhnliche faserstoff-entzündliche Produkte gesetzt hat.

III. E. G., 28 J., war schon im Jahre 1856 auf der Klinik an Caries costarum und pleuritischen Exsudat behandelt worden. Beim Wiedereintritt (5. Juli 1858) eitrige Wunde an 2. rechter Rippe. Einziehung der rechten Brusthälfte. Links oben cavernöse Symptome. Albuminurie, Diarrhoeen. Hektisches Fieber. Weiterhin pericardiales Reibegeräusch. 31. Aug. Tod.

Section. 2. Rippe cariös. Rechte Lunge an der Spitze befestigt, nach auf- und rückwärts gedrängt. An der vorderen Fläche mehrere graugelbliche, mit glitzernden Krystallen bedeckte alte Faserstoffklumpen. Etwa 3 ℔ seröser Flüssigkeit mit Exsudatfetzen. Pleura mit altem Faserstoff belegt. Rechte Lunge oben mit Tuberkeln und kleinem Cavernen, unten comprimirt. Oberer Lappen der linken Lunge in neue grössere Cavernen umgewandelt, mit verdickten fetzigen Wandungen, und eitrigem Inhalt. Die vorderen Parthieen der Wandung sind aussen frisch und lebhaft

hyperämisch. Unterer Lungenlappen dicht durchsetzt von Tuberkeln und kleinen Cavernen. Im Pericard etwas trübe flockige Flüssigkeit. Die Blätter hyperämisch, mit frischen Faserstoffauflagerungen versehen. Rechte Herzhälfte dilatirt. Mitralklappe mit Vegetationen besetzt, gut beweglich. Pulmonalis sehr weit. Nieren geschwellt, mit graulich-gelblicher Corticalsubstanz.

Es ist hier wahrscheinlich, dass nach länger bestehenden Pleuraexudat, wie so häufig, Tuberculose sich entwickelt hat. Dafür spricht das stärkere Befallensein der linken Lunge von Tuberkeln. Zur Pericarditis mag wohl die frische entzündliche Reizung der Cavernenwand, die in unmittelbarer Nachbarschaft des Pericards lag, Anlass gegeben haben.

IV. H. J., 53 J. alt, erkrankte nach heftiger Erkältung Anfangs Mai mit hydropischer Anschwellung an den Füßen, dann der Beine und des Unterleibes. Allmählig schwerer Athem ohne Husten. Der Urin von Anfang an sparsam und trüb.

Stat. praes. 6. Aug. Abmagerung. Oedem der unteren Extremitäten in hohem Grade. Gesichtsausdruck ängstlich. Lippen cyanotisch. Thorax kurz, breit, die unteren Intercostalräume verstrichen. Respiration sehr frequent, angestrengt, mit nur geringer Erweiterung der oberen Brustparthieen. Percussion der Lungen, vorn voll und hell bis zur 3. Rippe, von dieser an gedämpft, von 4. ganz leer. Hinten links von der Spina Scapulae an Dämpfung, rechts von der Mitte des Schulterblattes, vorn und hinten oben scharfes Athmen, mit schnurrendem Rasseln, unten Bronchialathmen, je mehr nach unten, desto entfernter klingend. Herzstoss sehr schwach im 5. Intercostalraum, vor der Papilla mammalis. Dämpfung nicht bestimmbar. Töne dumpf. Puls unregelmässig. Ascites. Harn sparsam, eiweissreich, mit fettig zerfallenden Exsudateylindern. — Stipsis. Ord. Spec. diuret. Pulv. jalapp. und rad. rhei. Später verschwindet der Herzstoss ganz, die Töne sind nicht mehr vernehmbar wegen der schnurrenden Rhonchi, die hydropischen Anschwellungen werden stärker, die Dyspnoe unerträglich. Am 16. August tritt der Tod ein.

Section. Im linken Brustraum sehr viele gelbliche, trübe, flockige Flüssigkeit, im rechten geringere Menge Serum. Rechte Lunge blutleer, trocken, Bronchialschleimhaut geröthet, geschwellt. Unterer Lappen comprimirt. Auf der Pleura desselben miliare Knötchen. Unterer Lappen der linken Lunge und untere Hälfte des oberen durch Compression vollkommen luftleer. Auf der Pleura des oberen Lappens mehrere miliare Tuberkel. An beiden Lungenspitzen alte Adhäsionen. Pericard ausgedehnt, mit grüner trüber, flockiger Flüssigkeit gefüllt. Auf der äusseren Fläche des Parietalblattes zahlreiche miliare Tuberkel. Visceralblatt und innere Fläche

des Parietalblattes bedeckt mit massenhaften dicken und netzförmigen Faserstofflagen. Klappen frei. Herzfleisch zum grossen Theil fettig degenerirt. Fettige Muscatnussleber. Nieren derb, sehr blutreich, auf der Schnittfläche glänzend.

Auch hier treffen wir Pericarditis neben Tuberkeln. Allein es ist kaum anzunehmen, dass letztere praecexistirend waren oder die Pericarditis hervorriefen, wenn wir ihre miliare Beschaffenheit, ihre geringe Anzahl und ihre Localisation ins Auge fassen. Sie machen hier durchaus nicht den Eindruck einer Allgemeinkrankheit, sondern erscheinen uns als locale Produkte. Die Anamnese lässt uns in Zweifel, ob die Pericarditis oder die linksseitige Pleuritis die erstauftretende Krankheit war. Zudem ist noch der Zustand der Nieren zu bedenken. Dieselben waren offenbar chronisch erkrankt, und ich erinnere mich, bei chronischem Morbus Brightii schon ähnliche tuberculöse Granulationen an den Pleurablättern ohne Befallensein der Lungen gesehen zu haben. Sie bilden, wie mir scheint, ein Analogon jener Tuberculosen, welche *Dittrich* bei langdauernden Consumtionskrankheiten (ulcus ventric. chron., Scirrhus ventriculi) als terminale Affectionen kennen gelehrt hat.

V. A. J., 51 J. alt, erkrankte vor etwa 7 Wochen ohne bekannte Ursache, mit Schmerz und Auftreibung der Magengegend, Erbrechen (artificiell gesteigert). Später trat häufig Hitze auf und Schweiss, Schmerz in der rechten Lumbalgegend und Thoraxhälfte. Wechselnde Anschwellung der Füsse. Harn anfangs trübe und sparsam, später hell. Stuhl angehalten. Dyspnoe trat zeitweise ein, Husten erst in den letzten Tagen.

Stat. praes. 24. Aug. Abmagerung. Halsvenen ausgedehnt. Thorax lang. Rechts die unteren Intercostalräume verstrichen. Respiration beschleunigt, erschwert; mit schwächerer Ausdehnung der rechten Seite. Diese spontan und bei Druck schmerzhaft. Rechte Spitze gedämpft schallend; dann vorn bis zur 4. Rippe heller, von da bis 3 Querfinger unter dem Rippenbogen leerer Schall; hinten von der Mitte des Schulterblattes an Leerheit. Auf linker Seite heller Schall, vorn bis zur 4. Rippe, hinten in gewöhnlicher Ausdehnung. Rechts oben Bronchialathmen, links unbestimmtes, nach abwärts rau vesiculäres, mit schnurrendem Rasseln; rechts an der Stelle der Dämpfung entferntes Bronchialathmen, Pectoralfremitus daselbst etwas schwächer als links; Herzstoss zwischen 5. und 6. Rippe in der Papillarlinie, schwach. Dämpfung von 4. bis 6. Rippe, rechts in die Dämpfung der rechten Brusthälfte übergehend, nach links bis zur Papillarlinie sich erstreckend. Pericardiales Reibegeräusch, besonders an der Herzspitze stark, nach oben und rechts schwächer. Mitraltöne verdeckt.

Tricuspidaltöne rein. Arterientöne sehr schwach. Harn sparsam, ohne Eiweiss.

Ord. Liq. Kali acet $\mathfrak{z}\beta$ in Aq. destill. $\mathfrak{z}v$.

25. Pericard. Geräusch schwächer; an 4. rechter Rippe pleuritisches Reiben.

26. Puls sehr schwach, intermittirend.

27. Pericard. Reiben verschwunden.

30. Starke Dyspnoe. Pleur. Reiben auch an 3. Rippe.

2. Sept. Oedem der Füsse, welches sich in den nächsten Tagen sehr rasch vergrösserte und nach aufwärts verbreitete. Dabei starke Dyspnoe, besonders Nachts. Weiterhin schwellen auch die Genitalien an. Der Puls, stets unregelmässig, wird immer kleiner, und schwankt zwischen 120 und 130 Schlägen in der Minute.

15. Sept. Abends $\frac{1}{2}$ stündiger Schüttelfrost mit Cyanose. Blutige Expectoration. Am 16. starke Haemoptoe, dabei Dyspnoe. Ord. ferr. sesquichlor. Diese wiederholt sich am 27. IX. und am 5. X. Unter fortschreitenden Symptomen der Herzschwäche tritt am 14. X. der Tod ein.

Section. Grosser, wohlgebauter Körper. Starkes Oedem der Beine und Genitalien. Auf jeder Seite der Brust 5—6 \mathfrak{z} helles gelbes Wasser. Lungen nach oben und hinten gedrängt. Pleura der rechten Lunge an der vorderen Seite stark hyperämisch, und mit flockigen Auflagerungen versehen. In rechter Lungenspitze schwarze Indurationen mit zahlreichen verbreiteten Tuberkeln. Uebrigter Theil der Lunge luftarm, schwach ödematös. Der untere Lappen an seiner Basis stark hyperämisch, enthält einen grossen, sehr harten haemoptoischen Infarct. Die Aeste der Lungenarterie, welche zu diesem führen, enthalten ältere, das Lumen nicht vollständig ausfüllende Thromben. In linker Lungenspitze verkreidete Tuberkeln in verödetem Gewebe. Das übrige Gewebe des Oberlappens stark ödematös, das des unteren fast luftleer, hyperämisch. Schleimhaut der Bronchien gleichmässig hyperämisch; die kleineren Br. enthalten zähen purulenten Schleim. — Pericard überall gleichmässig verdickt und adhärent; am linken Ventrikel beträgt die Verdickung 3—4, am rechten 6—7 \mathfrak{m} . An beiden Blättern des Pericards vereinzelte graue Miliartuberkel. Die Muskelsubstanz des Herzens ist normal dick, aber blass und mürbe. Sämmtliche Höhlen und Ostien erweitert; besonders das Ost. venos. dextr. Die Klappen der Erweiterung entsprechend vergrössert, und leicht verdickt. Die Bauchhöhle enthält geringe Mengen seröser, gelber Flüssigkeit. Leber an der Oberfläche stellenweise adhärent, etwas vergrössert, zeigt auf der Schnittfläche die Textur der hyperämischen Muskatnussleber. Milz, stellen

weise adhärent, mit verdicktem Ueberzuge, mit derbem, dunkelblaurothem Parenchym. Nieren, normal gross, gleichmässig hyperämisch.

Abermals ein Beispiel von Combination zwischen Tuberculose und Pericarditis, und zwar diesmal ohne das Mittelglied einer Pleuritis. Denn die circumscribte Pleuritis an der vorderen Fläche der rechten Lunge konnte klinisch und anatomisch als ein Ereigniss jüngsten Datums gelten. Die Pericarditis entwickelte sich hier auf dem Boden einer absoluten Lungentuberculose; und dass zwischen diesen beiden Affectionen ein innigerer Zusammenhang befand, dafür scheint der frische Nachschub grauer Miliartuberkel in dem entzündeten Pericard zu sprechen.

VI. Fall von chronischer Lungentuberculose bei einem 44jährigen Manne. Zuletzt bedeutendes Fieber, rasche Consumtion. Pericarditis in den letzten Lebenstagen.

Section. Cavernen in beiden Lungenspitzen. Ausgedehnte Pericarditis. Viele graue Miliartuberkel in beiden Lungen zerstreut. Im Pericard reichliche, etwas blutig trübe Flüssigkeit. Injection der Pericardialblätter mit geringen Exsudatauflagerungen. Herz schlaff. Rechte Herzhälfte dilatirt; ebenso die Art. pulmon. und Aorta. — Darmtuberculose.

Auch in diesem Falle sehen wir ohne Pleuritis eine Pericarditis entstehen, und zwar unter dem Einflusse eines unter lebhaften Fieberbewegungen hervortretenden neuen Tuberkelnachschubes; jedoch ohne dass die Herzbeutelkrankung selbst einen specifischen Character angenommen hat.

VII. T. J., 20 Jahre alt, schon öfter im Spitale an chronischer Lungentuberculose behandelt, im Ganzen schon 3 Jahre leidend, bekam am 23. September Stiche in der linken Seite und Gefühl starker Hitze, vermehrte Dyspnoe.

Stat. praes. 26. IX. Phthisischer Habitus. Flacher Thorax. Einziehung in der oberen Parthie der rechten Seite. Dämpfung der beiden Spitzen, rechts unter der Clavicula mit tympanitischem Beiklang, bisweilen mit dem Geräusch des gesprungenen Topfes. Amphorisches Athmen mit metallischen Rasselgeräuschen. Links oben bronchiales Athmen. Weiter nach unten beiderseits rauhes vesiculäres Athmen. Links von der Brustwarze lautes pleuritisches Reibegeräusch. Herzdämpfung normal gross. Töne rein. Puls klein = 124 Schläge. Sputa münzenförmig. In der Nacht vom 26. auf den 27. häufiger und angestrongter Husten. Lebhaftes Stechen in der Herzgegend.

27. Herzhätigkeit sehr aufgeregt. Dämpfung wie gestern. An der ganzen, von der Lunge unbedeckten Herzfläche, besonders an der Herzbasis sehr lautes pericardiales Reibegeräusch.

28. Das Reibegeräusch nur an der Herzspitze deutlich; ist am 29. ganz verschwunden. Es bietet dieser Fall ein prägnantes Beispiel, wie eine entzündliche Affection der linksseitigen Pleura allmählig auf das Pericard übergreift, und so die Combination zwischen Lungentuberculose und Herzbeutelentzündung vermittelt.

Ich habe absichtlich die Beobachtungen, welche mir über Pericarditis bei Lungentuberculose vorliegen, ausführlicher mitgetheilt, um zu zeigen, wie vielgestaltig die Combination ist, welche beide Krankheiten gegenseitig eingehen können, ferner wie häufig eine Pleuritis als Zwischenglied eintritt. Die wenigen Beobachtungen, welche ich beibringen konnte, bewiesen doch hinlänglich, wie gewagt es wäre, die Tuberculose geradezu als Ursache der Pericarditis anzugeben, und legen uns in ätiologischer Beziehung die grösste Vorsicht bei Verwerthung solcher Combinationsverhältnisse dringend nahe.

VIII. Ich erwähne hier den Fall einer Mitralinsuffizienz, bei der eine Pericarditis zu einer terminalen Pleuropneumonie sich gesellte.

J. M., 73 J. alt, vor $\frac{5}{4}$ Jahren an pleur. Exsudat der linken Seite behandelt und geheilt, überstand seit dieser Zeit 2 Pneumonien. Am 17. Juli starker Frost und heftiges Stechen auf der linken Seite. Dasselbst tympanitisch-gedämpfter Schall und verstärkter Pectoralfremitus, consonirendes Rasseln. Blutige Sputa. Halsvenen stark ausgedehnt, undulirend. Herzstoss zwischen 6. und 7. Rippe, etwa $\frac{1}{2}$ Zoll ausser der Mammillarlinie; im 6. Intercostalraum systolische Erschütterung. Dämpfung unter 3. Rippe beginnend, bis zur 7. Rippe $\frac{1}{2}$ Zoll vom rechten Sternalrand bis $\frac{1}{4}$ Zoll ausserhalb der Mammillarlinie. Gedehtes, rauhes systolisches Geräusch an der Mitralis. 2. Pulmonaltön verstärkt.

23. Juli. Etwas über der Herzspitze schwaches pericardiales Reibungsgeräusch hörbar, das sich bis zum 25. über die ganze freie Herzfläche verbreitet hat, sehr laut hörbar, und deutlich fühlbar ist. Die Herzdämpfung grösser geworden, geht $\frac{3}{4}$ Zoll über den rechten Sternalrand hinaus. Puls sehr frequent, unregelmässig. 29. Juli. Wiederholt stark blutiger Auswurf. 30. Tod.

Section. Herzbeutel an der Oberfläche mit einigen Echyмосen, enthält einige Unzen haemorrhagischer Flüssigkeit. Beide Blätter bedeckt mit dicken, faserstoffigen Exsudaten. Rechter Herzabschnitt äusserst erweitert; Tricuspidalis stark gallertig verdickt, doch gut entfaltbar. Am hinteren Segel der Mitralis starke Verkürzung und Verwachsung der Sehnenfäden, geringere an dem vorderen Segel. Linke Kammer weit, mit verdickter schlaffer Wandung. Rechte Lunge ödematös, im Unterlappen mit beginnender schlaffer Hepatisation. In linker Pleurahöhle ziemlich

viel dunkle Flüssigkeit. Linker unterer, und zum grössten Theil oberer Lappen luftleer durch schlaffe Hepatisation. Pleura an verschiedenen Stellen ecchymosirt, und mit schwachen Faserstoffauflagerungen versehen. — Fettige Muskatnussleber. Milzkapsel stellenweise zottig. Nieren mit einigen tiefen Einziehungen der Oberfläche. Parenchym blutreich.

Chronische Klappenleiden führen erfahrungsgemäss nicht selten zur Pericarditis; unsere Krankengeschichte ist kein reines Beispiel dieser Art, da der Pericarditis eine Pleurapneumonie vorausging, und zu ihr vielleicht erst den Anstoss gab.

IX. Zum Schlusse will ich noch einen Krankheitsfall anführen, der mir in ätiologischer Beziehung nicht uninteressant scheint. Ich habe diese Beobachtung gemacht, als ich die chirurgische Abtheilung meines verehrten frühern Chefs, Hrn. Dr. *Berr* besorgte.

E. M., 18 $\frac{1}{2}$ J. alt, litt als Kind an Keuchhusten, war aber seit der Heilung desselben gesund.

Am 26. August stiess er sich eine Nadel in den rechten Oberschenkel, welche sofort wieder ausgezogen wurde. In der folgenden Nacht entstand Schmerz in der verwundeten Stelle, Anschwellung derselben, und das Gefühl starker Hitze.

Am 29. leichte Haemoptoe und stechender Schmerz in der Sternalgegend. Kein Herzklopfen.

Stat. praes. 2. IX. Abends. Mässig kräftiges Individuum. Grosse Hauthitze. Gesicht stark geröthet; ebenso die sichtbaren Schleimhäute. Bedeutende Dyspnoe. — Die Untersuchung der Lungen ergibt mässigen trockenen Catarrh. In der Herzgegend ausgebreitete systolische Erschütterung. Tiefste Stelle derselben im 5. Intercostalraum etwas nach aussen von der linken Brustwarze. Die aufgelegte Hand fühlt ein oberflächliches durch beide Herzmomente sich durchschleppendes Reiben. Dasselbe als pericardiales Geräusch sehr laut hörbar, und die fast normalen Herztöne verdeckend. Die Herzdämpfung beginnt im 2. Intercostalraum, verbreitert sich nach abwärts in der Ausdehnung vom rechten Sternalrand bis zur linken Brustwarze. Puls voll = 120. Der rechte Oberschenkel an der inneren und vorderen Seite stark angeschwollen, geröthet, spontan und bei Druck schmerzhaft. Ord. Digitalis. Kataplasmen auf die phlegmonöse Stelle.

3. IX. Puls = 114. Symptome am Herzen, wie gestern. Der Harn muss mit dem Katheder entleert werden. In den nächsten Tagen blieb die Affection auf gleicher Höhe. In der Folge abscedirte die Phlegmone, es wurden Incisionen gemacht; die viel dünnen Eiter entleerten. Als ich den Kranken am 21. Sept. wiedersah, waren die Verhältnisse des

Herzens wieder normal, mit Ausnahme einer Spaltung des 2. Pulmonaltones, die Phlegmone fast vollkommen geheilt.

Ich habe mich vergebens bemüht, in der mir zur Zeit zugänglichen Literatur einen analogen Fall aufzufinden. Selbst in der erschöpfenden Abhandlung von *Duchek* findet sich nichts Aehnliches angegeben. Es ist deshalb eine sehr schwierige Aufgabe, sich über die Natur eines derartigen vereinzelt Falles, und hier über den etwaigen Zusammenhang der Phlegmone und der Pericarditis auszusprechen. Da die sorgfältige Untersuchung der Lungen keine Alteration ergab, da ferner so enge anschliessend an die Verletzung die fieberhafte Allgemeinerkrankung, die Phlegmone und die Pericarditis sich ausbildete, so ist es wohl nicht allzugewagt, einen genetischen Zusammenhang, zwischen beiden Affectionen anzunehmen. Sicher ist die Beziehung zwischen ihnen nicht zweifelhafter, als die bei internen Krankheiten unter dem Titel ätiologischer Verhältnisse so oft gegebenen Erklärungsversuche.

Ueberblicken wir die Gesammtheit unserer Fälle in Bezug auf den Ausgang, so finden wir, dass von 19 Fällen 9 tödtlich endeten, d. i. 47,30%. Hievon gehört nur 1 dem acuten Gelenkrheumatismus an, und war zudem noch mit älterem Klappenleiden complicirt. In einem mit Genesung endenden Falle konnte mit hoher Wahrscheinlichkeit Verwachsung des Herzens mit dem Pericard angenommen werden.

1) Ein Analogon zu dieser Combination (Pericarditis nach Verletzungen) könnte das, mir durch eine Mittheilung meines verehrten Freundes, Prof. *C. Gerhardt*, bekannt gewordene Vorkommen von Endocarditis bei Knochenfracturen bieten. Weiterhin dürfte hier zu erinnern sein an die Fälle von parenchymatöser Nephritis, welche *Rosenstein* nach Amputationen beobachtete. Ich selbst sah einen Fall von tödtlichem Morbus Brightii, der nach einer Schädelverletzung eintrat.