

IX.

Entzündung der aufsteigenden Aorta.

Von Hofrath Dr. Spengler zu Herborn.

Die Arteritis ist im Ganzen eine seltene Krankheit, und wie Rokitansky in seiner pathologischen Anatomie, Bd. II., p. 529 sagt, im Gegensatz zur Phlebitis unverhältnismäsig selten. Diese seltenen Fälle beschränken sich meistens auf kleinere Arterien, und somit ist die Entzündung der grossen und grössten Gefässe eine noch grössere Seltenheit. Was man vor dem genaueren Studium der pathologischen Anatomie alles über Gefässe und namentlich Arterienentzündung gefaselt hat, ist nicht mehr des Bemerkens werth; die Resultate des Sectionstisches läuterten zwar die alte abergläubische Lehre, aber erst in der neuern Zeit ist man etwas weiter und zu einigermaßen gewissen Schlüssen gekommen, als man angefangen hat, die experimentelle Pathologie noch zu Rathe zu ziehen. Und da ist es vor Allen Virchow gewesen, der in die endlose Verwirrung dieses Punktes der speciellen Pathologie durch seine gründliche Revision dieses Gegenstandes und seine neuen ausgedehnten Forschungen darüber, sowohl im Gebiete der Litteratur als des Experiments, die er im ersten Bande dieser Zeitschrift, 1847, p. 272 bis 379 niedergelegt hat, die bisherigen Schattenseiten aufgedeckt und richtige Gesichtspunkte eröffnet hat. Abgesehen von der schrecklichen Litteratur über diese Krankheit war es bei ihrer ungemeinen Seltenheit eine schwierige Aufgabe, durch deren so befriedigende Lösung sich Virchow ein neues Verdienst um die Wissenschaft erworben hat. Da die Krankheit so selten, dass selbst Kliniker in grossen Hospitälern während

einer langen Wirksamkeit keinen Fall einer Entzündung einer bedeutenden Arterie beobachten können, und nur in den Leichenkammern der größten Städte hie und da ein solcher Fall zur Sektion kommt, so halte ich die Mittheilung eines einzelnen derartigen Falles für wohl gerechtfertigt, und übergebe eine solche Beobachtung mit Vergnügen der Redaktion dieser Zeitschrift zur Veröffentlichung, da hierin auch Virchow's Forschungen ihre Stelle gefunden haben.

Als ich den Kranken, der an dem in der Aufschrift bezeichneten Uebel litt, zum erstenmale sah, war schon eine Krankheit vor neun Wochen vorausgegangen, die sich durch Dyspnoe, Blatauswurf, Congestion nach Kopf und Lungen, vollen Puls, bedeutendes Fieber ausgezeichnet; der bis dahin behandelnde Arzt glaubte es mit einer Entzündung der Respirationsorgane zu thun zu haben, und verordnete Aderläs, Schröpfköpfe, und den ganzen sogen. antiphlogistischen Heilapparat. Als nächste Ursache ward angegeben, dass der Kranke, der jetzt 38 Jahre alt und sonst immer gesund gewesen ist, etwas vor Weihnachten 1846, als er beim schweren Kalben seiner Kuh geholfen, sich eine bedeutende Verkältung zugezogen habe, worauf er angeschwollene, schmerzhafte, steife Kniee und eben solche Finger bekommen. Zu gleicher Zeit habe er an einer Halsentzündung gelitten, so dass er gar nicht pflügen konnte. Durch Blutigel, Abführmittel, Vesicantia sei er bald wieder so weit hergestellt gewesen, dass er aufstehen konnte. Jedoch habe er sich immer nicht recht erholen können, er habe stets Kopfweh gehabt, habe schlecht geschlafen, und sei viel von momentaner Hitze geplagt worden. An einem schönen, aber sehr kalten Tage, sei er nun einmal durch seinen Hof und Stall gegangen, darauf habe er Abends einen starken Frost bekommen, und seit der Zeit datore sich seine Brustkrankheit, die der bisherige Arzt, wie oben bemerkt, vergeblich behandelt habe. Er habe Leibscherzen gehabt, die ihm der Genuss frischen Brodes zugezogen habe, dann Schmerzen zwischen den Schulterblättern, die mit colikartigen Schmerzen im Leibe gewechselt hätten, und die sich auf starke Laxanzen gegeben,

dann habe er Herzklopfen, Klopfen im Kopf, Pulsiren in allen Gliedern, Athemnoth, Brustbeengung, Angst, Unruhe bekommen, gegen welche Uebel Aderlass und Schröpfköpfe ohne alle Wirkung geblieben seien.

Ich fand den Kranken auf den Rücken liegend, sehr unruhig, über bedeutende Angst klagend. Zerreissende Schmerzen in der Brust hinter dem Brustbeine, zusammenschnürenden Schmerz der Präcordien mit Ohnmacht- und Todesgefühl, ungeheure Empfindlichkeit, sowohl der Psyche, als des ganzen Körpers, Aufgeregtheit, Aerger gegen seine Umgebung, Angst, Unruhe, Schwindel, klopfender Kopfschmerz, Glühen des Kopfs, zeitweise Ohnmachten, Herzklopfen, sichtbares Klopfen der Carotiden am Halse, Schmerzen im Leib, als deren Sitz der Kranke bald die Magengegend, bald die Leber oder Milz angab. Seit fünf Tagen hatte er sehr heftige Frostansfälle, die lange Zeit dauerten, worauf eine intensive Hitze folgte. Die Anfälle wiederholten sich immer den dritten Tag am heftigsten, waren aber am zweiten nie ganz ausgeblieben: die Haut war gelblich gefärbt, glühend heiß, die Füsse leicht ödematos. Gegen diese Frostansfälle war vom ersten Arzte, *Intermittens* vermutend, Chinin vergebens angewendet worden. Der Puls war schwirrend, unregelmässig, hüpfend, 100 bis 120 in der Minute, öfters aussetzend, manchmal fehlt der dritte, öfter jedoch der siebente Schlag, doppelschlägig. Die Percussion und Auscultation der Lungen ergab nichts Abnormes, überall guten Ton und Respirationsgeräusch.

Das Herz begann oberhalb der vierten Rippe und der sehr starke Impuls war etwas unterhalb der Brustwarze zu fühlen, als ein stürmischer tumultuarischer Anstoss. Nach rechts keine Volumsvergrößerung. Die Auscultation des linken Ventrikels ergab statt des zweiten Tons ein Geräusch; die Auscultation der Aorta statt des ersten Tons ein Geräusch und zwar ein blasendes; beide Carotiden ließen statt des zweiten Tons ein Geräusch hören.

Der Umfang der Leber und der Milz wurde durch die Percussion als grösser erkannt, so wie dieselbe auch Exsudat in der Peritonealhöhle nachwies. Der Urin war sparsam, trübe, sedimentös; der Stuhl ein wenig diarrhoeisch, Durst unlösbar.

wegen des beständigen Brennens längs des Sternums, Appetit fehlt, Zunge rein. Die Brustmuskeln waren oft krampfhaft zusammengezogen, was dem Kranken heftige Schmerzen verursacht, denen öfter Ohnmachten folgen. Die Haut der Brust ist besonders glühend. Schlaf fast gar nicht, schreckliche Träume, Auffahren vor Angst, und ungeheure Prostration.

Die Diagnose wurde daher auf Rauhigkeiten der Mitrals und der Aortaklappen gestellt; Ablagerung auf die innere Fläche der Aorta in Folge von Entzündung, Endocarditis; die Entzündung in Eiterung übergegangen, Eiter ins Blut aufgenommen, wodurch die Schüttelfrösste in Folge der *Pyaemie* eingetreten wären.

Verordnet wurde Chinin mit Opium und Digitalis. Der Zustand blieb derselbe. Nach zwei Tagen abermals ein heftiger Schüttelfrost, Blutspeien, starke Diarrhoe; das Oedem der Füsse nahm zu, die Percussion ergab Erguss in die Pleurahöhlen. Verordnung: *Plumb. acetic.* Unter der grössten Unruhe und Angst starb der Kranke am 15ten Februar 1847. —

Die Section wurde am 17ten Februar gemacht, die Kopfhöhle zu öffnen wurde nicht gestattet. Die Autopsie der Brusthöhle ergab in beiden Pleurasäcken eine Menge dünnes blutiges Serum, in jedem ungefähr ein Pfund. Die Spitze der linken Lunge etwas zellig angewachsen. Die Lungen fast überall lufthaltig, mit Ausnahme des untern Theils der rechten Lunge, der dick, derb war, auf seiner Schnittfläche Granulationen zeigte und ein saniöses Exsudat aussickern ließ, als Zeichen einer schlechten Hepatisation. In beiden Lungen schaumiges Oedem. In den Spitzen beider alte Einziehungen und Vernarbungen, und in der rechten ein kleiner Haufen verkreideter Tuberkel. Die Schleimhaut der Bronchien roth injicirt, mit dickem Schleim, der hie und da blutig war, überzogen.

Im Herzbeutel ziemlich viel Serum, das Herz um die Hälfte grösser. In beiden Hälften viel dunkles, geronnenes Blut mit dicken, derben Fibrincoagulis, die in die Trabekeln eingefüllt waren, die Wandungen des Herzens nicht verdickt, die Höhlen weiter. Der innere Ueberzug an manchen Stellen verdickt, weiss glänzend; auf der Mitrals einige Excrescenzen. Die Aorta-

klappen waren von einem fibrinösen Exsudate bedeckt; auf der einen, der hinteren, zeigte sich eine solche Excrescenz von einem Zoll Gröfse im Durchmesser, die gelappt in das Lumen hereinragte. Der Anheftungspunkt war über dem Anheftungspunkt der Klappe. Auf der andern Klappe waren weniger solcher Excrescenzen. Dicht oberhalb der dritten befand sich eine haselnussgroße Geschwulst, die sich beim Einschneiden als ein kleiner Abscess zwischen den Arterienhäuten mit dickem, gelblichem Eiter zeigte, der eine kleine, stecknadelkopfgroße Oeffnung in das Herz hatte, wodurch beim Druck Eiter in die Höhle entleert wurde. Die innere Haut der Aorta war verdickt, mürbe, aufgelockert, schmutzig rothbraun imbibirt, leicht abstreifbar. Die Zellhaut normal.

Die Unterleibshöhle enthielt ungefähr ein Pfund klares dünnes Fluidum. Die Leber sehr groß, vielleicht um die Hälfte größer, in ihrer Structur normal. Der linke Lappen lag ganz über dem Magen, und reichte bis an die Milz. Diese war wenigstens um das doppelte vergrößert, ihre Kapsel gespannt, ihre Pulpe weich. Der Magen war in seinem Blindsack rothbraun erweicht. Die *Serosa* und *Mucosa* der Gedärme normal. Nieren groß, blutreich. Blase zusammengezogen, wenig dicken, trüben, flockigen Harn enthaltend. Pancreas normal, grobkörnig.

Diese Thatsachen theile ich hier einfach mit, und überlasse es andern, weitere Schlüsse daraus zu ziehen. Doch soviel ist gewiss, dass sie Virchow's Beobachtungen bestätigen, und wenn auch der vielerfahrene Rokitansky l. c. p. 524 sagt: „Wir bezweifeln sofort auch die Beobachtung von Eiterproduktion in der innern oder zwischen dieser und der mittleren Arterienhaut, so wie insbesondere selbst die Richtigkeit der Beobachtung Andral's, wenn er unter der innern Haut der Aorta etwa ein halbes Dutzend haselnussgroßer Abscesse gesehen zu haben erzählt“, so ist mein hier mitgetheilter Fall ein Gegenbeweis, und wenn durch die Versuche von Virchow und Gendrin die Möglichkeit der Eiterbildung unter der innern Haut dargelegt war, so liefert der vorliegende Fall den evidenten faktischen Beweis davon. —
