

Menge des Schleimauswurfs stehen gar nicht im Verhältniss zu der Geringfügigkeit der auskultatorischen Phänomene. Manchmal lässt ein Spitzenkatarrh beginnende Phthise vermuthen, die sich indessen nur selten entwickelt. Pleuritische Adhäsionen bilden sich häufig, auch wässriges Exsudat im Pleurasacke kommt vor. Der Blutausswurf ist weniger ein Zeichen von Entzündung, als von *Dissolutio sanguinis*.

Die *Herzbewegungen* pflegen sehr stürmisch zu sein und systolische Geräusche, wohl meistens anämische, selten von einer Endokarditis abhängige, sind wahrzunehmen. *Purpura haemorrhagica*, Nasenbluten u. s. w. sind sehr häufige Erscheinungen.

Die *Sterblichkeit* ist eine mässige. Nur Complicationen Seitens der Lungen oder des Herzens, Hämoptysen, Decubitus, aussergewöhnlich continuirliche Fiebertemperatur führen zuweilen zum Tode.

Eine Anzahl Krankengeschichten nebst Fieberdiagrammen erläutern obige Angaben.

(Geissler.)

507. Fälle von akuter Lungenhyperämie mit Lungenödem.

Einer Anzahl schon früher (Jahrb. CLXXXIV. p. 21. 22) mitgetheilte Fälle von Lungenödem aus der skandinavischen Literatur fügt Ref. die folgenden 4 bei, von denen 3 in Genesung ausgingen, nur 1 tödlich verlief.

Einen Fall von plötzlichem Tod an akutem Lungenödem theilt J. Södring (Norsk Mag. f. Lägevidensk. 3. R. X. 10. S. 803. 1880) mit.

Die 24 J. alte, im 6. Mon. schwangere Frau, die vorher ganz gesund gewesen war, hatte, nachdem sie die vorhergehende Nacht nicht gut geschlafen hatte, am 14. Sept. Mittags keine Esslust gehabt, klagte über etwas Kopfschmerz und Schweregefühl, Schschwäche, sah ungewöhnlich blass aus und hatte etwas schleimigen Auswurf. Sie ging zu Bett u. wurde ganz kurze Zeit darauf todt auf dem Fussboden liegend aufgefunden.

Bei der *Sektion* fanden sich die Schleimhäute blass und blutleer. Bei Eröffnung der Brusthöhle floss reichliches dunkles Blut aus den Hautvenen. Die Lungen fanden sich angeschwollen, gross, dunkel bläulich, fest anzufühlen ohne Gefühl von Knistern. Es bestanden einige Adhäsionen an die Pleura costalis; in beiden Pleurasäcken fand sich Serum in nicht unbedeutender Menge. Schnitte in die Lunge an verschiedenen Stellen zeigten die Substanz kompakt, dunkel und bräunlich, stark von Blut überfüllt und mit sanguinolentem Oedem, etwas geringer im obern Lungenlappen und am vordern Rand; es liess sich nur sehr wenig Luft auspressen, dagegen viel Blut. In den Bronchialverzweigungen fand sich schaumiger Schleim. Das Perikardium enthielt wasserhelles Serum in reichlicher Menge, das Herz selbst war dilatirt, mit reichlicher Fettentartung, besonders in der rechten Hälfte, übrigens schlaff und blass, die Klappen waren normal; Gerinnsel enthielt das Herz nicht.

Die Symptome, die schon vor dem Anfalle bestanden, lassen sich entweder als Zeichen eines anämischen Zustandes im Gehirn auffassen oder auch als Ausdruck für mangelhafte Decarbonisation des Blutes oder mangelhafter Aufnahme von Sauerstoff bei beginnender oder schon vorhandener Hyperämie in den Lungen, also als langsame Kohlensäurever-

giftung, die während des Schlafes bei langsamerer Respiration und schwächerer Herzaktion ihre Akme erreichte und plötzlich Lungenödem hervorrief.

J. Wiesener (Tidsskr. f. prakt. Med. II. 2. 1882) theilt folgende beiden Fälle von akuter aktiver Lungenhyperämie mit nachfolgendem Lungenödem mit, die der Seltenheit dieser Affektion als selbstständige Krankheit wegen von Interesse sind.

1) Die 20 J. alte, im 3. Mon. schwangere Pat. stammte aus einer phthisischen Familie, war aber selbst immer gesund gewesen, hatte nicht an langwierigem Husten gelitten und war kräftig, mit gut entwickeltem Thorax. Nachdem sie am 22. Nov. 1873 ein warmes Bad genommen, län gere Zeit in einer sehr warmen Stube verweilt hatte und bei stürmischem, regnerischem Wetter nach Hause gegangen war, fühlte sie etwas Druck auf der Brust. Sie schlief ein und erwachte nach ungefähr 1 Std. mit grosser Angst, unaufhörlichem Husten, äusserst heftiger Dyspnöe, Rasseln bei der Inspiration und Expiration und Erstickungsgefühl. Durch den Husten wurden dünnflüssige hellrothe, schaumige Sputa entleert, die beim Stehen in einem Gefäss sich in 2 Schichten (hellrothes Serum und darüber hellrother Schaum) trennten. Alle Respirationsmuskeln waren in starker Aktion, das Gesicht zeigte starke Congestion, der Puls war voll und gespannt und hatte 110 Schläge in der Minute. Ueber den Lungen hörte W. überall, besonders in den obern Lappen, nach dem Husten feine knisternde Geräusche, die aber bald von groben, sehr feuchten Rasselgeräuschen in den grössern Bronchien übertäubt wurden. Die Herzaktion war sehr heftig, die Herztöne waren sehr stark, aber rein. Nach Anwendung von grossen Senfteigen auf Brust und Rücken, Digitalis und etwas Morphinum nahmen die Dyspnöe und die übrigen Erscheinungen bald allmählig ab. Am nächsten Tage war der Zustand der Respirationsorgane normal bis auf spärliche Rasselgeräusche, die immer mehr abnahmen. Während 1½ J. befand sich die Pat. nach gelegentlichen Erkältungen fast ganz wohl, Ende September 1875 trat eine starke Bronchitis auf und es entwickelten sich die ersten Zeichen von Affektion der rechten Lungenspitze. Bald darauf starb die Kr. an Puerperalfieber; bei der *Sektion* fanden sich in der rechten Lungenspitze frische Tuberkelablagerungen und kleine käsige Herde.

2) Die kräftige und vorher bis auf geringe Dyspnöe in Folge von zunehmender Corpulenz und vielem Sitzen ganz gesunde Frau ging am 4. März 1874, nachdem sie in sehr warmen Räumen sich aufgehalten hatte, bei Oststurm, dem Winde entgegen, etwa ¼ Meile weit nach Hause. Geringer Druck auf der Brust, den dieselbe anfangs nicht beachtete, nahm unterwegs in so hohem Grade zu, dass sie nur mit der grössten Mühe ihren Weg fortsetzen konnte. Es entwickelten sich genau dieselben Symptome wie im vorhergehenden Falle, der Puls war voll, gespannt und hatte 120—130 Schläge in der Minute. Unter derselben Behandlung nahmen die Symptome ab und am folgenden Tage war die Pat. hergestellt bis auf einige Mattigkeit. Seitdem wiederholten sich ähnliche, aber weniger heftige Anfälle. Ende 1877 oder Anfang 1878 konnte W. zum ersten Male einen Herzfehler (Mitralinsufficienz und wahrscheinlich auch Mitralstenose) nachweisen.

In beiden Fällen wurde Einathmung von scharfer kalter Luft nach vorhergehendem Aufenthalt in heissen Räumen als Ursache der Erkrankung angesehen. Die später in beiden Fällen aufgetretenen Krankheiten, von denen zu jener Zeit noch keine Spur nachweisbar war, können nach W.'s Ueberzeugung unmöglich in Zusammenhang mit der Lungenhyperämie gebracht werden. Wohl aber kann im 2. Falle