Aus der Chirurgischen Abteilung des Evangelischen Diakonissenhauses für die Grafschaft Mark und das Siegerland in Witten (Ruhr). (Oberarzt: Dr. P. Boshamer.)

Ein seltener Fall von Herzverletzung.

Von Medizinal-Praktikant A. Kotschenreuther.

Seitdem im Jahre 1896 das kühne Eingreifen von Farina-Rom und fast gleichzeitig von Rehn-Frankfurt bei Herzverletzungen die Herz-Chirurgie eigentlich erst begründet hat, ist dieser jüngste Sproß der Chirurgie inzwischen so weit zur Entwicklung gelangt, daß es kaum wünschenswert erscheint, jeden vorkommenden Fall einzeln anzuführen und zu besprechen.

Wenn ich trotzdem in der Folge einen Patienten mit Herzverletzung zum Gegenstand einer kurzen Betrachtung mache, so geschieht es, weil der ganze Fall sowohl nach seiner Aetiologie als nach dem Sitz der Verletzung und seinem klinischen Verlauf ein äußerst interessantes und seltenes Bild darbietet.

Johann K., 19 J., Hilfsarbeiter, wurde am 14. Februar 1908 bei der Arbeit von einer 7 m langen Eisenstange gegen die linke Brustseite getroffen. Nachdem Patient zwei Tage zu Hause gelegen, kam

er am 16. Februar 1908 in das diesseitige Krankenhaus, wo folgender Befund festgestellt wird:

Patient, der leicht cyanotisch aussieht, klagt über Schmerzen auf der linken Brustseite, besonders beim Atmen.

Objektiv ist an dieser Stelle außer leichter Hautabschürfung etwas Druckempfindlichkeit nachzuweisen. Die Perkussion ergibt Dämpfung vom rechten Brustbeinrand bis 1 cm einwärts von der Mamillarlinie, nach oben bis oberen Rand der vierten Rippe, nach unten bis oberen Rand der sechsten Rippe. Spitzenstoß in der Mamillarlinie, im fünften Intercostalraum, vibrierend. Ueber allen Ostien sind diffuse Geräusche wahrzunehmen, besonders an der Herzspitze, ohne jedoch an einen bestimmten Ton gebunden zu sein. Puls mäßig kräftig, unregelmäßig, 160 in der Minute bei 36 Respiration.

Die Therapie beschränkte sich unter den gegebenen Verhältnissen auf Eisblase und Digalen (dreimal täglich zehn Tropfen), worauf auch prompt innerhalb zweier Tage Zahl und Qualität normal wurden. Die Geräusche sind noch vorhanden, sind aber hinsichtlich Zeit und Ort erheblichen Schwankungen unterworfen. Das subjektive Befinden ist fast durchweg ein relativ recht gutes. Und dieser gleiche Zustand bleibt derselbe bis zum 15. Juli, wo sich unter Temperaturanstieg bis 37,5° abends heftigere Beschwerden seitens des Respirationsapparates geltend machen, insbesondere dyspnoische Anfälle. Von da ab wird das Befinden langsam, unter teilweise mächtiger Anschwellung der Extremitäten schlechter, bis am 7. August 1908 der Exitus erfolgt.

Die Sektion, die am 8. August 1908 von Herrn Dr. Süsse in liebenswürdiger und sachgemäßer Weise gemacht wurde, lieferte folgenden, äußerst überraschenden Befund:

Nach Eröffnung des völlig intakten Perikards zeigt sich das Herz in toto vergrößert, die äußere Wand der Ventrikel und Vorhöfe völlig normal. Die Eröffnung des linken Ventrikels durch einen Längsschnitt ergibt 4 cm vom tiefsten Punkt dieser Höhle eine 8 cm lange, bis 3 cm tiefe, in der Mitte taschenförmige Narbe, die mit leichter Convexität nach oben im Septum intraventriculare verläuft. (Siehe Abbildung.) Etwa 3 cm nach einwärts vom in-

neren Ende der Narbe ist eine Oeffnung von etwa Bleistiftstärke, die ziemlich gradlinig in den rechten Ventrikel führt und dort hinter dem Ansatz der Papillarmuskel der Tricuspidal-Klappen endigt. Eine weitere, zweite Oeffnung findet sich wiederum 3 cm seitlich vom Beginn des genannten Kanals. Dieselbe weist einerseits eine Verbindung mit dem rechten Vorhof auf, zieht andererseits gegen das linke Herzhorn hin, um in einer Tiefe von etwa 6 cm blind zu endigen. Sämtliche Klappen sind normal, die Papillarmuskeln durchgehend etwas hypertrophisch.

Anamnestisch ist noch nachzutragen, daß Patient bis zu seiner Verletzung nie krank war, dagegen als einer der besten und unermüdlichsten Turner galt.

Setzt schon die Art der Entstehung sowie der Sitz der Verletzung — völlig stumpfe Gewalt verursacht ohne Beschädigung der Weichteile bzw. Knochenbedeckung und des Perikards sowie der Ventrikelwände eine große, breite Wunde im Septum — einen äußerst komplizierten Mechanismus voraus, den zu erklären nicht ganz leicht sein dürfte, so ist es geradezu wunderbar, wie wenig die klinischen Erscheinungen der immerhin beträchtlichen Verletzung entsprechen. Denn Patient fühlte sich gleich vom ersten Augenblicke an subjektiv verhältnismäßig wohl.

Eine eigentliche Temperatursteigerung war während des nahezu

$\frac{1}{2}$ Jahr dauernden Krankenhaus-Aufenthaltes überhaupt nicht vorhanden, und der allerdings anfangs sehr beschleunigte und unregelmäßige Puls ging auf Digalen-Gaben (dreimal täglich 10 Tr.) innerhalb dreier Tage bis zur Norm herab und blieb auch in der Folge dabei bestehen. Erst etwa drei Wochen vor dem Exitus zeigten sich beträchtlichere Stauungs-Erscheinungen, und erst von hier ab klagte auch Patient, der sogar zeitweise das Bett verließ, über die bekannten subjektiven Symptome der Herzinsuffizienz.

Jedenfalls ist doch vorliegender Fall ein Beweis dafür, innerhalb welcher enormen Grenzen das Herz sich den weitgehendsten Veränderungen mitunter anzupassen vermag, wenn auch zugegeben werden muß, daß die im einzelnen Fall geschaffenen neuen Zustände einer, wenn auch immerhin nicht so sehr kurzen zeitlichen Beschränkung unterworfen sind.