Zur Aetiologie und Symptomatologie des hochgradig beweglichen Herzens.

Ein Wort der Erwiderung an Herrn Prof. Dr. Rumpf.

Von Dozent Dr. Ludwig Braun in Wien.

In einem „Zur Aetiologie und Symptomatologie des hochgradig beweglichen Herzens“ (No. 3, 1903 dieser Wochenschrift) betitelten Artikel sucht Rumpf den Einwürfen zu begegnen, die ich gegen seinen Versuch, einen Krankheitsbegriff „Wanderherz“ aufzustellen, erhoben habe. Vor mir hatte bereits Romberg den Mangel der Berechtigung zur Aufstellung eines solchen Krankheitsbegriffes betont. Da die Beweise Rumpf's auch diesmal nicht stichhaltiger geworden sind, kann ich davon absehen, Gegenbeweise vorzubringen, um so mehr als ich mich auf Wiederholungen von bereits Gesagtem (Wiener medizinische Presse 1901; Centralblatt für innere Medizin 1902) beschränken dürfte.

Es erübrigen mir einige Worte pro domo: Wenn der Kreislauf versagt, weil in Folge von Gefäßlähmung kein Blut zum Herzen zurückfließt, das Herz leerer oder leer schlägt, besteht nicht „Herzinsuffizienz“ sondern „Vasomotoreninsuffizienz“. Herzmuskelinsuffizienz und Herzinsuffizienz sind identische klinische Begriffe. Herzinsuffizienzerscheinungen, z.B. die Erscheinungen von „Decompensation“ bei Klappenfehlern, beginnen mit dem Augenblicke, wo der Herzmuskel insuffizient zu werden beginnt. Dass wir mit unseren gegenwärtigen Methoden die Grenze zwischen Herz- und Vasomotoreninsuffizienz oft nicht scharf ziehen können, wird dieses Eintheilungsprinzip nicht verändern. Die während der Systole des Herzens zu Stande kommende (Stauungs-) Dilatation ist eine Insuffizienzerscheinung.