III. Acute Herzdilatation und Cor mobile.

Von Dr. Aug. Hoffmann in Düsseldorf.

Die Lehre von der acuten Herzdilatation hat namentlich durch die Untersuchungen von Henschen in letzter Zeit eine beson-

¹⁾ Kövesi, Boas' Archiv Bd. V.

²⁾ Jaworski, Wiener medicinische Wochenschrift 1886.

³⁾ Westphalen, Petersburger medicinische Wochenschrift 1893.

⁴⁾ Verdauungsarchiv 1898, Bd. IV.

dere Bedeutung erlangt. Henschen¹⁾ beobachtete bei den verschiedenartigsten Krankheitszuständen, sowie auch bei Gesunden nach starker körperlicher Anstrengung, wie schon frühere Autoren, Dilatation des Herzens, die durch Verlagerung des Spitzenstosses und Verbreiterung der Herzdämpfung nachweisbar war. Seine Untersuchungen ergaben aber eine ganz ungewöhnliche Häufigkeit der acuten Herzdilatation. Bei Chlorose und Anämie, bei Scharlach mit und ohne Nephritis, bei den verschiedensten Formen der Nephritis selbst, bei Alkoholherzen, sowie beim Greisenherz, bei Infektionskrankheiten, Rheumatismus und Herzklappenfehlern constatirte er, wie zahlreiche Krankengeschichten angeben, sehr häufig acute, oft schnell vorübergehende Dilatation des Herzens. Auch Martius misst der acuten Dilatation des Herzens eine grosse Bedeutung für gewisse Krankheitsformen bei, während andererseits speziell für die Chlorose Jürgensen,²⁾ in einer Dissertation von Look,³⁾ v. Noorden⁴⁾ und andere die Ansicht äusserten, dass es sich hier nur um scheinbare, durch Retraction der Lungen und Hochstand des Zwerchfells vorgetäuschte Veränderungen handelt, die in Wirklichkeit nur Lageveränderungen und grösseres Freiliegen des Herzens bedeuten. Die zuerst von Grunmach,⁵⁾ später auch von mir constatirte Thatsache, dass bei der Chlorose eine solche Verlagerung des Herzens mit Hochstand des Zwerchfells mit Röntgenstrahlen häufig nachweisbar ist, stützt die Ansicht der letzteren Autoren. Ausser bei der Chlorose ist der Hochstand des Zwerchfells bei den übrigen acuten Herzdilatationen bisher nicht als differential-diagnostisches Moment hervorgehoben worden, obwohl auch hier vor einer solchen Verwechselung der Lageveränderung des Herzens mit einer Grössenveränderung gewarnt werden muss. Aber noch ein besonderes Moment ausser dem Hochstand des Zwerchfells muss hinzukommen, wie mich im letzten Jahre vorgenommene Untersuchungen belehrten, und muss bei der Beurtheilung acuter Herzdilatation sorgfältig erwogen werden. Das ist eine etwa vorliegende grössere Beweglichkeit des Herzens. Eine Krankengeschichte für viele möge hier Platz finden.

Herr W., 34jähriger Industrieller, der ein sehr aufregendes Geschäft betreibt und ein durch Reisen, Conferenzen etc. bedingtes sehr unruhiges Leben führt, erkrankte seit Monaten an allerlei Beschwerden, die er selbst auf das Herz bezog. Sein Schlaf wurde schlechter, Kopfdruck stellte sich ein, Unruhe und sonstige neurasthenische Symptome, dabei zeitweilig heftiges Herzklopfen, namentlich Nachts, und Angstgefühl. Häufig kommen Nachts Angstanfälle, die mit Beklemmung einhergehen und ihn aus dem Bett treiben, dabei besteht aber niemals eigentliche Dyspnoë. Wird er abgelenkt, und schon das Erscheinen des Arztes genügt, so ist Angst und Beklemmung vorüber. Der Kranke consultirte mich aus Anlass dieser Beschwerden, er giebt auf Befragen noch an, dass er sehr häufig an Verdauungsbeschwerden leide, dass namentlich nach den Mahlzeiten die Beschwerden heftig würden, er muss viel aufstossen, das Aufstossen hat einen erleichternden Einfluss auf seine Beschwerden.

Die objective Untersuchung ergab eine von dem oberen Rande der dritten Rippe beginnende, nach rechts bis über die Mitte des Sternums und nach links bis 2 cm weit ausserhalb der Mammillarlinie reichende relative Herzdämpfung. Der Spitzenstoss befand sich 2 cm weit ausserhalb der Mammillarlinie, war mässig stark. An Spitze und Basis reine, normal laute Töne, keine Verstärkung des zweiten Pulmonaltones, keine Spaltung der Töne und keine Geräusche. Der Puls war kräftig, 76 in der Minute, die Leberdämpfung begann rechts am unteren Rande der fünften Rippe und reichte bis zum Rippenbogen, über dem ganzen Abdomen tympanitischer Schall, der in der Magen-egend besonders sonor klingt. Bei Lagerung in linke Seitenlage wandert die Herzspitze noch um weitere 5 cm nach aussen, bleibt dabei aber im fünften Intercostalraum. Lässt man den Kranken gymnastische Uebungen vornehmen, sich rasch aus liegender Stellung aufrichten, so bleibt der Puls fast unverändert in Zahl und Stärke. Die Athmung ist ruhig, es besteht keine Cyanose, auch sonst kein Zeichen von Stauung im grossen oder kleinen Kreislauf. Nach Verordnung von reizloser Kost und von Abführmitteln sah ich den Kranken zwei Tage später wieder; die Leberdämpfung begann an der sechsten Rippe, der Herzspitzenstoss war innerhalb der Mammillarlinie fühlbar, die relative

Herzdämpfung entsprechend verkleinert, die Herzbeschwerden waren seltener geworden, das Aufstossen hatte nachgelassen.

Diesen Fall wird wohl niemand als eine acute Dilatation des Herzens auffassen, sondern, wie ich es auch that, als eine Lageveränderung des Herzens, bedingt durch den erhöhten Zwerchfellstand nebst Cor mobile. Dass eine solche Veränderung möglich sei, versuchte ich bei demselben Kranken, sowie noch bei einem zweiten, der ein ebenfalls um 6 cm nach links verschiebbares Herz hatte, durch Aufblähung des Magens mit Natron bicarbonicum und Weinsäure zu demonstrieren. Während bei dem ersten Kranken der Herzspitzenstoss bald darauf über die Mammillarlinie nach aussen hinaus wanderte, verschwand beim zweiten Kranken der Spitzenstoss innerhalb der Mammillarlinie und ging hinter die fünfte Rippe. Die Herzdämpfung verbreitete sich dabei nach links um 2 cm, sodass ich auch bei diesem Kranken eine acute Dilatation als durch Hochstand des Zwerchfells vorgetäuscht, nachweisen konnte, die Leberdämpfung wanderte dabei um 1,5 cm weiter nach oben. Bei linker Seitenlage war der Spitzenstoss bei beiden Patienten, auch bei aufgeblähtem Magen, doch an derselben Stelle, wie vorher bei derselben Lage, und nicht etwa weiter nach aussen gerückt, was bei einer Vergrösserung des Herzens doch hätte der Fall sein müssen. Diese Untersuchungen beweisen, dass auch ohne eine wirkliche Vergrösserung des Herzens eine solche vorgetäuscht werden kann, wenn zwei Bedingungen erfüllt sind, erstens das Zwerchfell emporgedrängt wird, und zweitens das Herz abnorm beweglich ist.

In den Henschen'schen Krankengeschichten vermisse ich durchweg die Angabe über die Stellung des Zwerchfells. Da das rechte und linke Zwerchfell, wie speziell auch die Röntgenuntersuchung ergibt, verschieden hoch stehen, so sollte speziell in zweifelhaften Fällen eine Röntgenuntersuchung über den Zwerchfellstand aufklären, da die Höhe des linken Zwerchfelles anders eigentlich nicht mit aller Sicherheit zu eruiren ist. Die von mir sehr häufig vorgenommenen Untersuchungen mit Röntgenstrahlen bestätigten in solchen Fällen direkt den Hochstand des Zwerchfells sowie die Querlagerung des Herzens. Das linke Zwerchfell steht in der Regel 1,5—2 cm, mitunter aber auch noch mehr, wie ich mit meinem Messapparat¹⁾ ausmessen konnte, höher als das rechte; bei Füllung des Magens mit Luft kann sich dieser Werth noch weiter vergrössern. Da bei Herzkranken, resp. einer Herzkrankheit Verdächtigen dyspeptische Erscheinungen sehr oft im Vordergrund stehen und damit Aufblähungen des Magens recht oft vorkommen können, so muss diesem Umstande, ehe man eine acute Dilatation des Herzens annimmt, eine besondere Aufmerksamkeit zugewendet werden.

Das zweite Moment, die abnorme Beweglichkeit des Herzens, war bis vor kurzem klinisch wenig gewürdigt worden; abgesehen von den Arbeiten von Cherechewsky,²⁾ Rumpf³⁾ und Pick,⁴⁾ nach denen die Beweglichkeit des Herzens nur in seltenen Ausnahmen höhere Grade erreichen soll, sind nur noch gelegentliche Ausführungen von Gerhardt,⁵⁾ Traube,⁶⁾ Rosenstein und Bamberger⁷⁾ bekannt. Und doch schon den alten Meistern der Percussion, Kiwisch, Hamernik⁸⁾ und anderen, war die passive Beweglichkeit des Herzens nicht entgangen. Hamernik hat ebenso wie Kiwisch den Einfluss von Lageveränderungen auf den Herzstoss constatirt. Er hält jede grössere Beweglichkeit für pathologisch. Und zwar hält er die grössere Beweglichkeit entweder für eine Folge des Schwindens der das Herz haltenden Fettleisten, der Omenta d. lamina mediastini sinistra, oder für ein Zeichen einer acuten Dilatation des Herzens. Deutliche Beweglichkeit des Herzens bedeute Vergrösserung seines Umfanges, weil es nicht mehr in die Omenta passe. Als Ursache solcher „acuten Dilata-

¹⁾ cf. Verhandlungen des XVI. Congresses für innere Medicin, Wiesbaden 1898.

²⁾ Cherechewsky, La mobilité du coeur et sa valeur diagnostique. Gaz. méd. de Paris 1887, No. 53.

³⁾ Rumpf, Wanderherz. Verhandlungen des VI. Congresses für innere Medicin 1888.

⁴⁾ A. Pick, Ueber das bewegliche Herz. Wiener klinische Wochenschrift 1889, S. 747.

⁵⁾ Gerhardt, De situ et magnetudine cordis gravidarum. Jena 1862.

⁶⁾ Traube, Gesammelte Abhandlungen Bd. III, S. 179.

⁷⁾ Bamberger, Lehrbuch der Krankheiten des Herzens. Wien 1857, S.

⁸⁾ Hamernik, Das Herz und seine Bewegung. Prag 1858.

¹⁾ Mittheilungen aus der medicinischen Klinik zu Upsala. Jena 1898 und 1899.

²⁾ Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie, 1. Auflage, 1886, S. 434.

³⁾ Die Vergrösserung der Herzdämpfung bei Chlorose. Dissertation, Kiel, 1868.

⁴⁾ The condition of the heart in mitral insufficiency and in chlorosis. Intern. Clinics IV. Ser., Vol. I, 1894.

⁵⁾ Grunmach, Ueber die Bedeutung der Röntgenstrahlen für die innere Medicin. Therapeutische Monatshefte 1897, No. 1.

tion“ führt er schon die Chlorose, den Typhus und sonstige schwächenden Krankheiten an. Hamerník sagt also: weil das Herz vergrössert ist, ist es beweglich, wir sagen: weil das Herz beweglich ist, ist es vielleicht nicht vergrössert, denn die Beweglichkeit ist auch ohne Vergrösserung des Herzens häufig.

Auf dem XVI. Congress für innere Medicin 1897 suchte ich die Aufmerksamkeit wieder auf dieses Verhalten hinzulenken, das ich in zwei weiteren Arbeiten¹⁾ zum Gegenstand eingehender Darlegungen machte und speziell betonte, dass sowohl eine geringe, wie eine grössere Verschieblichkeit des Herzens bei Seitenlagerung erheblich häufiger ist, als man zumeist annahm. Meine Untersuchungen waren speziell bei gesunden und bei mit nervösen Herzstörungen behafteten Menschen angestellt. Da ich bei letzteren in überwiegender Anzahl eine abnorm grosse Beweglichkeit fand, so stand ich nicht an, gewisse nervöse Herzbeschwerden in direkte Beziehung zu diesem Verhalten zu bringen. Auch habe ich über das Verhalten des Herzens bei Chlorose damals schon entsprechende Ausführungen gemacht. Diese Untersuchungen sind inzwischen von Determann²⁾ im wesentlichen bestätigt und erweitert worden, indem er, wie ich aus dem Referat seines Vortrags im Verein für innere Medicin entnommen, die Feststellung der Beweglichkeit bei weiteren Krankheiten und einer grossen Anzahl von Gesunden vorgenommen hat. Auch er kommt zu dem Resultat, dass bei Chlorose und Nervosität häufig grosse Beweglichkeit des Herzens vorkommt. Er belegt dieselbe mit dem Namen „Kardiopiose“, ein Ausdruck, den ich für nicht besonders glücklich gewählt halte. Es handelt sich doch hierbei nicht um ein *πικνω* = fallen oder herabsinken des Herzens, sondern nur um eine bei abnormer Körperhaltung entstehende Drehung desselben, deswegen dürfte der von Pick eingeführte Name „Cor mobile“ oder der von Rumpf angegebene „Wanderherz“ den Vorzug verdienen; ausserdem auch bedeutet „cardia“ — ich erinnere nur an Cardialgie — auch den Eingang des Magens und würde der Ausdruck „Kardiopiose“ auch in dieser Beziehung zu Mißverständnissen Anlass geben können.

Die Bedeutung des Cor mobile aber für die Vortäuschung einer acuten Herzdilatation möchte ich hier ganz besonders betonen. Ein fest aufgehängtes Herz wird bei Emporsteigen des Zwerchfells vorzugsweise nach oben hin ausweichen, während das locker befestigte Herz, welches schon unter normalen Verhältnissen sehr häufig den Weg nach links gemacht hat, bei Empordrängen des Zwerchfells zunächst auch nach links ausweichen und dadurch den Spitzenstoss nach auswärts verlegen wird. Ob Retraction der Lunge hierbei noch besonders in Frage kommt, wie sie Jürgensen und v. Noorden in den Vordergrund stellen, lasse ich dahingestellt. Jedenfalls aber macht ein solches zur Seite gedrängtes Herz, wie die angeführte Krankengeschichte zeigt und wie, sobald man nur darauf aufmerksam ist, häufig beobachtet wird, unter Umständen lebhafte Beschwerden. Es muss also in allen Fällen, in denen man glaubt, eine acute Erweiterung des Herzens vor sich zu haben, der Stand des Zwerchfells einerseits, die Beweglichkeit des Herzens andererseits geprüft werden, und letztere, wie ich an anderen Orten bereits ausführte, speziell durch Constatirung der Verlagerung des Spitzenstosses oder durch Radioskopie, da die Percussion in linker Seitenlage unsicher ist, weil die durch den zusammengepressten Thorax nicht zur rechten Entfaltung kommende linke Lunge oft einen leicht abgedämpften Schall giebt. Interessant wäre auch zu constatiren, ob das Cor gravidarum, von dem es durch Gerhardt's Untersuchungen feststeht, dass es oft, ohne selbst erweitert zu sein, eine Vergrösserung vortäuscht, ebenfalls besonders beweglich ist. Es scheint mir das Emporwandern des Spitzenstosses bei einer anscheinenden Dilatation, wie auch v. Noorden schon hervorhob, trotz der entgegengebrachten Einwendungen immer mehr für eine scheinbare, als für eine echte Dilatation zu sprechen. Der Spitzenstoss beschreibt eben um die Ansatzstelle der grossen Gefässe bei Cor mobile einen Theil eines Kreisbogens, er wird deshalb bei linker Seitenlage oder beim Empordrängen des Zwerchfells stets entweder in demselben Intercostalraum bleiben oder hinter die nächst höhere

Rippe verlagert werden, während bei echter Dilatation der Spitzenstoss durch die grössere Schwere und Vermehrung der Länge des Herzens, sowie durch die ungleichmässige Dilatation der einzelnen Herzabschnitte nicht diesen Kreisbogen innehält, sondern meist mehr nach abwärts rückt. Ein grosser Theil der vorzüglichen Abbildungen von Henschen zeigt aber dieses nach aufwärts und aussen wandern des Spitzenstosses, der ausserdem in manchen Fällen eine ganz ungewöhnliche Beweglichkeit hat, indem er anscheinend sehr häufig seinen Platz wechselt.

Dies dürfte bei der Beurtheilung der Fälle zur Vorsicht mahnen, ebenso verhält es sich mit der Rosenbach-Herz'schen¹⁾ Hyperdiastole des Herzens, die an und für sich bisher nur hypothetisch ist. Auch hier wird man das spezielle Verhalten des Zwerchfells und die Beweglichkeit des Herzens zu würdigen haben, ehe man eine solche abnorme Function des Herzens annimmt. Es wird sich bei Beurtheilung dieser Umstände die Zahl der mit acuter Herzdilatation behafteten Kranken wahrscheinlich erheblich vermindern, und die zu einer ganz gewöhnlichen Erscheinung gewordene acute Herzerweiterung wird dadurch vielleicht viel seltener werden.

¹⁾ Ueber functionelle Herzkrankheiten. Wiener medicinische Wochenschrift 1899, No. 12 und 13. — Die paroxysmale Tachycardie. Wiesbaden 1900, S. 142.

²⁾ Vortrag im Verein für innere Medicin (diese Wochenschrift No. 15, S. 242).