Aneurysma arterio-venosum der Halsgegend.

Von Stabsarzt d. R. Dr. Max Meyer,

Regimentsarzt des Lehrkursus für Offizieraspiranten, Sennelager.

Die Kasuistik der arteriell-venösen Aneurysmen der großen Halsgefäße um einen weiteren Fall zu vermehren, läßt sich nur rechtfertigen, wenn dieser Fall bemerkenswerte Besonderheiten aufweist. Sie entstehen ausschließlich durch Traumen, und zwar bei weitem am häufigsten durch Schußverletzungen der Gefäße. Wenn sie bis zum Beginne dieses Krieges immerhin zu den Seltenheiten zu rechnen waren — gibt doch der Sanitätsbericht der deutschen Heere aus dem Kriege 1870/71 nur 44 traumatische Aneurysmen an, von denen wiederum nur 2 die A. carotis betrafen — so war durch die Beteiligung größerer Heeresmassen und die Art und Wirkungsweise des modernen Gewehrgeschosses in diesem Kriege mit einer starken Vermehrung der Beobachtungen arteriell-venöser und auch arterieller Aneurysmen zu rechnen. In der Tat liegen bereits stattliche Beobachtungsreihen vor, ich nenne nur die bedeutendsten von Bier (1), v. Haberer (2), Zahradnický (3), Pribram (4) und Küttner (5). Simon (6) hat die Literatur von 1870/71 bis Anfang 1916 zusammengestellt und bringt eine Tabelle über 982 Fälle, von denen 44 auf den Krieg 1870/71, 357 auf die Kriege von 1899 bis 1914 (Burenkrieg, nord-chinesische Wirren, russisch-japanischer Krieg, Balkankrieg) entfallen, 581 bereits deutscher- und österreichisch-ungarischerseits aus dem Weltkriege mitgeteilt sind.

Der von mir beobachtete Fall erscheint mir deshalb mitteilenswert, weil der Träger des Aneurysmas, das er sich durch einen Hals- und Gesichtsschuß zugezogen hat, mit diesem Aneurysma vier Monate wieder Frontdienst getan hat und den schweren Shock eines Sturzes infolge Granatexplosion, ohne Schaden zu nehmen, ertrug.

Musketier W. R., 22 Jahre alt, Gärtner, wurde am 22. Juni 1916 durch Gewehrscuß durch Mund und Hals verwundet.

Einschuß rechte Halsgegend unterhalb der Haargrenze, hinter dem Sternokleidomastoideus, verschorft, kaum druckempfindlich. Ausschuß vernalbt, an der Unterlippe in der Nähe des linken Mundwinkels. Linker unterer Eckzahn und ein Mahlzahn sowie oberer äußerer Schneidezahn links fehlen. Schleimhaut noch frisch ulzeriert. Alveolarhöhlen noch nicht geschlossen. Am Zungengrunde fühlt man deutlich eine derbe Narbe. R. behauptet, daß an dieser Stelle die Zunge durchschossen war und daß durch das Geschoß beim Verlassen der Mundhöhle die oben aufgezählten Zähne herausgeschossen wurden. Nach der Verwundung will R. mehrere Tage Blut gehustet und ausgeworfen haben.

Am 4. Juli 1916 klagte R. über Kopfschmerzen. Herzdämpfung und -töne normal, Spitzenstoß hehend; starke Beschleunigung der Pulsfrequenz.

Die Einschußwunde war am 20. Juli geheilt.

Nachdem R. verschiedentlich beurlaubt war, klagte er am 11. September 1916 über Spannungsgefühl auf der rechten Halsseite am Kieferwinkel. Bei Betastung ist ein deutliches Schwirren im Verlauf der Karotis nachweisbar, das auch auskultatorisch sehr deutlich wahrzunehmen ist. Beim Bücken tritt keine Verschlimmerung ein. Keine Tumorbildung.

Nach dem zurzeit bestehenden Befunde muß es dahingestellt bleiben, ob es sich um ein sich ausbildendes Aneurysma handelt oder um Wirbelbewegung, die durch einen Narbenstrang und daraus sich ergebender Abknickung bzw. Verengung der Karotis hervorgerufen wird.

Befund am 14. Oktober 1916: Einschußwunde in der rechten Halsgegend und Ausschußwunde an der linken Unterlippe sind vollkommen verheilt. Unterer Eckzahn, ein Mahlzahn sowie äußerer oberer Schneidezahn links fehlen. Bei Betastung und Behorung der rechten Halsseite derselbe Befund wie am 11. September 1916. Es wird ein Aneurysma arterio-venosum eines Nebenastes der Karotis angenommen. Da R. einen operativen Eingriff konsequent verweigert, wird er als a.v. zu seinem Ersatztruppenteil entlassen.

Am 2. Januar 1917 kam R. wieder an die Front. In der Nacht vom 30. April auf den 1. Mai 1917 wurde er infolge Einschlagens einer Granate zu Boden geschleudert und empfand sofort nach dem Sturze Schmerzen in der rechten Halsseite, war überhaupt leicht benommen. Er wurde am 1. Mai 1917 in ein Feldlazarett aufgenommen und am 6. Juni einem Reservelazarett der Heimat überwiesen.

Aufnahmebefund am 9. Juni 1917 deckt sich mit dem im Feldlazarett erhobenen Befunde.

Ueber der ganzen rechten Halsseite fühlt man lebhaftes Schwirren, das auch beim Aufsetzen des Stethoskops laut hörbar ist. Ueber der linken Halsseite Pulsationsgeräusche normal. Puls regelmäßig, beschleunigt, 120 in der Minute während der Ruhe. Krankheitsbezeichnung: Aneurysma der Halsschlagader.

Patient klagt über gelegentliche Kopfschmerzen, über ein klopfendes Gefühl in der rechten Halsseite.

Am 30. Juni 1917 wurde von chirurgischer Seite folgender Befund erhoben: Das Schwirren reicht von ungefähr drei Querfingerbreiten unterhalb des horizontalen Unterkieferastes entlang dem vorderen Rande des M. sternocleidomastoideus bis herauf an den hinteren Unterkieferwinkel, nahezu ans rechte Ohr läppchen. Man hört neben dem dauernden Sausen auch ein kontinuierliches Schwirren der Carotis externa. Beim Komprimieren der Venen noch deutliches Pulsieren der Karotis hörbar mit Schwirren. Röntgendurchleuchtung und Aufnahme am 26. Juni bzw. am 4. August ergibt nichts Besonderes, auch keine Absprengung von Halswirbelkörpern oder -fortsätzen.

15. August. An der rechten Halsseite oberhalb und rechts vom Adamsapfel eine flache, nicht umschriebene Geschwulst, über der Schwirren fühlbar ist. Bei Druck auf die rechte Carotis communis läßt das Schwirren etwas nach. Es handelt sich um ein Aneurysma arterio-venosum, wahrscheinlich im Bereiche der A. carotis externa. Da laut fachärztlichem Urteil einstweilen Operation nicht in Frage kommt, wird R. als a.v. H. zu seinem Ersatztruppenteil entlassen.

Am 26. September 1917 kam R. zum Arbeitspersonale des Lehrkurses für Offizieraspiranten. Damals wurde derselbe Befund erhoben, der auch im Verlaufe der Beobachtung bis 5. Februar 1918 unverändert geblieben ist.¹⁾

Die Diagnose eines Aneurysma arterio-venosum eines Nebenastes der A. carotis externa ist sehr wahrscheinlich. Nach Lage des Punctum maximum des Geräusches und der neben dem rechten Mundwinkel am umschriebener Stelle sichtbaren Pulsation darf vielleicht ein Aneurysma der A. maxillaris externa angenommen werden, wenn auch zugegeben werden muß, daß die Ausbildung des Kollateralkreislaufs Ursache der am rechten Mundwinkel wahrnehmbaren Pulsation sein kann.

Indes muß auch die Möglichkeit einer Beteiligung der A. vertebralis in der Regio suboccipitalis (Strecke II—III nach Küttner) nach der Richtung des Schußkanals immerhin in Betracht gezogen werden. Küttner (7), der die Verletzungen und traumatischen Aneurysmen der Vertebralgefäße am Halse und ihre operative Behandlung in einer größeren Arbeit dargestellt hat, betont mit Recht, daß die Diagnose der Quelle des Aneurysmas nur ausnahmsweise vor der Operation gestellt werden kann, und hebt die Schwierigkeiten dieser Operationen ganz besonders hervor. Er fordert daher auch,

¹⁾ Nachtrag bei der Korrektur: R. ist heute am 27. 5. 18 fast ohne Beschwerden, empfindet nur geringes Sausen und hat sich an den Zustand gewöhnt. Er versieht Ordonnanzdienst.

daß bei jedem hochsitzenden, an das Hinterhauptbein grenzenden Vertebralaneurysma gründlich zu überlegen sei, ob die Gefahren des Eingriffs im Verhältnis zur Prognose des konservativen Verfahrens stehen, und verlangt Zurückhaltung in der Indikationsstellung bei arterio-venösen Vertebralaneurysmen ohne besondere Wachstumstendenz und ohne zu lebhaften Beschwerden. Er berechnet eine Mortalität von 20% für die nach 1880 operativ behandelten Fälle.

Man darf die von Küttner für die Vertebralaneurysmen aufgestellten Grundsätze wohl auf die Aneurysmen der Halsgegend überhaupt übertragen und wird die Berechtigung dazu aus der Darstellung zweier Fälle herleiten, die er selbst in seiner Arbeit angeführt hat.

Der erste Fall betrifft einen Reservisten, der am 28. August 1914 durch einen Halsschuß verwundet wurde und bei dem Küttner am 18. Februar 1915 wegen der Annahme eines Aneurysmas im Bereiche der Carotis externa diese unterbunden und durchtrennt hat. Außerdem wurden die Thyreoidea superior, die Lingualis und Maxillaris externa ligiert und durchschnitten. Nach der Wundheilung wurde nur von dem Patienten ein schwaches Geräusch empfunden, objektiv konnte nichts festgestellt werden. Am 15. Januar 1916 — elf Monate nach der Operation — sah Küttner den Mann als Militärkrankenwärtler beschäftigt und voll arbeitsfähig wieder. Er gab an, daß das Geräusch wieder so stark sei wie vor der Operation. An der Stelle der früheren Operation war eine kaum sichtbare Narbe, an und unter dem Kopfnicker ist kein Geräusch nachzuweisen. Dagegen fühlt und hört man ein sehr lautes Schwirren weiter nach hinten, seitlich der Halswirbelsäule. Es erstreckt sich bis zum Hinterhaupte nach oben, doch ist die Gegend der A. occipitalis frei. Die seitliche Halspartie erscheint, wenn Patient den Atem anhält, etwas voller als die der anderen Seite, auch treten dabei erweiterte und geschlängelte Venen hervor, die bei gewöhnlicher Atmung und körperlicher Ruhe kaum nachweisbar sind. Küttner nimmt ein arterio-venöses Aneurysma der A. vertebralis (Strecke III) an.

Der zweite Fall betrifft eine Beobachtung von Kluyskens (1840) (8). Bei einem 23jährigen Manne war drei Monate nach einer Stichverletzung der linken Halsseite dicht unter dem Warzenfortsatze die Carotis communis unterbunden worden, weil deren Kompression die Erscheinungen des Aneurysmas beseitigt hatte. Trotzdem blieben sie nach der Operation bestehen, weshalb ein Aneurysma der A. vertebralis angenommen wurde. 4½ Jahre nach der Verletzung erfolgte durch eine Verblutung aus dem Aneurysmasacke der Tod. Die Sektion wurde nicht gestattet.

Im Vergleiche mit diesen beiden Fällen muß auch in meinem Falle die Frage, ob ein Aneurysma der A. carotis externa oder A. vertebralis vorliegt, unbeantwortet bleiben. Vielleicht gehören diese Fälle doch nicht ausschließlich der operativen Therapie, worauf ja Küttner bereits hingewiesen hat. Dafür wäre der mitgeteilte Fall nach dem bisherigen Verlaufe ein Beweis.

Literatur: 1. Bier, D. m. W. Nr. 5 u. 6. — 2. v. Haberer, Langenbecks Arch. f. klin. Chir. 107. 1916. — 3. Zahradnický, W. kl. W. 1915 Nr. 37. — 4. Pribram, M. m. W. 1916 S. 582. — 5. Küttner, B. kl. W. 1916 Nr. 5 u. 6. — 6. Simon, D. Zschr. f. Chir. 142. 1917. — 7. Küttner, Bruns Beitr. z. kl. Chir. 108. 1917. — 8. Kluyskens, zit. nach Küttner.