

Perikarditis nach Lungenschüssen.

Von Dr. H. Flörcken (Paderborn), Stabsarzt d. Res.

S. Kaminer und H. Zondek aus der Klinik His (Berlin) sprechen in Nr. 22 dieser Wochenschrift über Herzbeschwerden nach Lungenschüssen. Während ein Teil dieser Herzbeschwerden als Folge einer Ueberanstrengung aufzufassen ist, waren die Beschwerden in anderen Fällen mechanischer Natur, es fanden sich im Röntgenbild Zwerchfell-Pleuraadhäsionen rechts oder links, die die Aktionsfähigkeit des Herzens einschränkten.

In einigen Fällen waren außerdem noch Verwachsungen des Perikards mit der Pleura diaphragmatica nachweisbar; hier kommen zu dem rein mechanischen Faktor, der bei den Zwerchfell-Pleuraadhäsionen eine Rolle spielt, als Komplikation noch sensible Reizerscheinungen seitens des sehr empfindlichen Perikards.

Ist diese Erklärung für die Kaminer-Zondekschen Fälle vollkommen ausreichend, so möchte ich doch hervorheben, daß, wie wir im Feldlazarett beobachten konnten, nach Lungenschüssen zuweilen eine echte Perikarditis vorkommt, zumal Kaminer und Zondek schreiben, daß die Geschoßverletzungen der Lunge „noch nicht als ursächlicher Faktor für die Entstehung von Herzbeschwerden beschrieben worden sind.“

Ich gebe die Fälle kurz wieder.

Fall 1. Granatsplittersteckschuß, Einschuß Fossa supraspinata links, Hämoptoe, Dyspnoe, Dämpfung links hinten unten. Nach wesentlicher Besserung bei Bettruhe Kodein und Morphinum, nach ungefähr acht Tagen ziemlich plötzlich stärkere Dyspnoe, Zyanose, Verfall, Exitus. Bei der Sektion findet sich der Granatsplitter zwischen Pleura und Perikard in der Gegend des linken Vorhofs, Zertrümmerungsherd der linken Lunge, im Herzbeutel das ausgeprägte Bild der serofibrinösen Perikarditis.

War in diesem Falle eine direkte Infektion des Perikards durch das Geschoß denkbar und wohl als das Nächstliegende anzunehmen, so fehlt in den beiden nächsten Fällen der direkte Zusammenhang zwischen Schußkanal und Perikard.

Fall 2. Granatsplittersteckschuß, linke Lunge. Handbreite Dämpfung links hinten unten. Dyspnoe, Hämoptoe, bei Bettruhe unter Kodein, Morphinum rasche Besserung, vom achten Tage ab Puls klein, irregulär, zunehmende Dyspnoe, Zyanose. Untersuchung durch den Internen und Chefarzt des Lazarets, Stabsarzt Dr. Trembur: Handbreite Dämpfung links hinten unten, die das Bild nicht erklärt. Verbreiterung der Herzdämpfung nach rechts und links über allen Ostien und besonders über dem Punkt V ein leises schabendes Geräusch. Daraufhin Punktion des Herzbeutels, Entleerung von etwa 300 ccm klarer Flüssigkeit; schon während der Punktion ändert sich das ganze Bild: Der Puls wird kräftig, regelmäßig, Verschwinden der Dyspnoe, Lippen färben sich wieder rot. Nach fünf Tagen nochmalige Punktion. Später wegen eines Empyems Rippenresektion; der Fall wurde von einem anderen Lazarett übernommen und ist geheilt.

Fall 3. Granatsplittersteckschuß. Einschuß Fossa supraspinata links. Rechts hinten unten Dämpfung, Atmungsgeräusch herabgesetzt, Dyspnoe, Hämoptoe. Unter Kodein, Morphinum zunächst Besserung. Temperatur am 2. und 4. Tag 38° (abends), dann Abfall zur Norm, am 9. Tag 38,5°, stärkere Dyspnoe, Puls klein, frequent, irregulär, 10. Tag 39°. Punktion der Pleura rechts hinten unten (300 ccm blutig seröse Flüssigkeit) ohne wesentliche Besserung. Untersuchung durch den Internen, Stabsarzt Dr. Trembur: Herz: Grenzen nicht verbreitert, Töne hier unrein, kein Reiben zu hören. — Digalen. Nach vorübergehender Besserung am 17. Tage Exitus. Bei der Sektion findet sich neben einer ausgedehnten Zertrümmerung der rechten Lunge eine frische, fibrinöse Perikarditis (Cor villosum mit wenig Exsudat). Endokard frei.

In den beiden letzten Fällen wenigstens kam es im Anschluß an eine Granatsplitterverletzung der Lunge (einmal rechte, einmal linke Seite) zur Entwicklung einer Perikarditis, die in dem letzten Fall als Todesursache anzusprechen ist. Wie häufig diese Komplikation vorkommt, entzieht sich meiner Kenntnis. Nach unserem Material schätzen wir die Häufigkeit auf etwa 2–3 % der Lungenschüsse.

Man muß annehmen, daß es sich in diesen Fällen um eine Fortleitung der Infektion (Temperatursteigerung!), wohl auf dem Lymphwege handelt. Die rechtzeitige Diagnose ist für den Patienten natürlich

von großer Wichtigkeit. Stellen sich im Verlaufe eines Lungenschusses nach einem freien Intervall erneut schwere Erscheinungen: Dyspnoe, Zyanose, Temperatursteigerung, Pulsveränderungen ein, so läge besonders, wenn der Lungenbefund die Erscheinungen nicht restlos erklärt, die Möglichkeit einer Perikarditis vor. Der Ausgang wird abhängig sein einmal von der Virulenz der Erreger, weiter von etwaigen therapeutischen Maßnahmen, zu denen besonders bei großem Exsudat die Punktion des Herzbeutels zu rechnen ist, die uns im Fall 2 so gute Dienste leistete, eventuell käme eine Drainage des Herzbeutels in Frage.

Es leuchtet ein, daß außer solchen schweren Perikarderkrankungen im Anschluß an Lungenschüsse auch leichtere Formen von Perikarditis vorkommen können, die eventuell später zu Herzbeschwerden, wie sie Kaminer und Zondek beschreiben, führen können.