

3.

G. H. Mühlig, Cas rare de blessure pénétrante du coeur, suivie de guérison. Constantinople 1860.

Den drei von Velpeau, Laugier und Latour d'Orléans mitgetheilten Fällen penetrirender Herzwunden, bei denen die betroffenen Individuen nicht sofort zu Grunde gingen, reiht Verfasser (Arzt der preussischen Gesandtschaft) folgende Beobachtung an:

Am 8. August ward von Dr. Léon im französischen Hospitale zu Constantinopel die Section eines neapolitanischen Maurers gemacht, welcher vor 10 Jahren einen Stilettstich in die Brust erhalten hatte, links vom Sternum, woselbst sich noch die Narbe vorfand; für kurze Zeit schien sein Leben gefährdet, doch erholte er sich so gut, dass er sein Handwerk ohne Beschwerde fortsetzen konnte; nur bemerkte er von da an in seinem Herzen ein Blasebalggeräusch, das ihn übrigens nicht beunruhigte. — Vor acht Monaten kam er zum ersten Male in das französische Hospital mit Zeichen einer Dyspepsie und einem suborbitalen Schmerz, der sich bis in die Augäpfel fortsetzt, besonders stark auf der linken Seite. Er ward bald geheilt entlassen. Indess fand er sich vor wenigen Wochen wieder ein, diesmal mit sehr beunruhigenden Symptomen starker Dyspnoe, mit Husten und beginnendem Anasarca. Das schon früher constatirte Blasebalggeräusch war stärker geworden und zwar war es nach Angabe des Dr. Léon an Stelle der Herztöne sowohl bei Systole als Diastole. Die bedeutende Schwellung des Hodens und der untern Extremitäten machte einige Scarificationen nothwendig; in Folge derselben trat Gangrän ein, welcher der Kranke erlag.

Aus der Section, die 36 Stunden nach dem Tode gemacht wurde, ist Folgendes hervorzuheben: An der linken Seite des Sternum, unmittelbar unterhalb der knorpeligen Verbindung mit der 4. Rippe bemerkt man auf der Haut eine lineäre Narbe, $\frac{1}{2}$ Zoll lang, von schräger Richtung. Nach Fortnehmen des Sternum zeigt sich, dass sich dieselbe bis auf die innere Fläche fortsetzt, und hier, an der Insertion des 4. Rippenknorpels ist am Sternum ein leichter Vorsprung, der auf der rechten Seite fehlt. Die linke Lunge ist auf ihrer ganzen Oberfläche durch alte Adhäsionen mit der Thoraxwand und dem Pericardium verwachsen; das Pericardium in seinem ganzen Umfange fest an die Herzwand geheftet. Am rechten Ventrikel fühlt man durch das Pericardium einen harten prominenten Körper. Das Herz bedeutend vergrößert, etwa wie zwei Fäuste eines Erwachsenen. Durch starke Tractionen lässt sich von ihm das Pericardium trennen mit Ausnahme der Stelle, wo der harte Körper zu fühlen war. Die sehr bedeutende Hypertrophie betrifft wesentlich den linken Ventrikel, während der rechte nur einem Anhange gleicht, um so mehr, als das Septum ventric. mit convexer Fläche in denselben hineingedrängt war. Auf der Innenfläche des rechten Ventrikel bemerkt man in der Wandung eine runde, mit Narbengewebe ausgekleidete Oeffnung, gross

genug, um die Spitze des kleinen Fingers eindringen zu lassen. Durch die Oeffnung gelangt man in einen Sack von der Grösse einer kleinen Nuss, auf dessen Boden sich ein harter mit zahlreichen rauen Vorsprüngen bedeckter Körper befindet, wie ein cariöser Knochen anzufühlen. Dieser Körper ist derselbe, der zuvor für ein Residuum der Pericarditis gehalten war. Bei Oeffnung des Sackes sieht man, dass es sich hier um ein geheiltes Aneurysma des Herzens handelt, dessen Wand einzig und allein durch die beiden miteinander verwachsenen Blätter des Pericardium gebildet wird, an denen sich keine Spur von Muskelfaser nachweisen lässt. Auf dem Grunde des Sackes befindet sich ein incrustirtes fibrinöses Gerinnsel. Dieses Aneurysma sitzt an der Vereinigungsstelle der beiden oberen mit dem unteren Drittel der Ventrikelwand. Dem Aneurysma gerade gegenüber sieht man im Sept. ventric. ein Loch, kaum so gross, wie die Spitze des kleinen Fingers, welches in den linken Ventrikel führt. Die Oeffnung, welche da wo sie in den linken Ventrikel mündet, die doppelte Weite hat, ist ganz mit Narbengewebe ausgekleidet, das sich noch mehrere Linien weit in den linken Ventrikel hineinerstreckt. Die Semilunarklappen der Aorta zeigen auf ihrer unteren Fläche nahe dem freien Rande und in gleichem Abstände von der seitlichen Insertion, eine Blumenkohlartige Wucherung von etwas mehr als Erbsengrösse. Auf der oberen, dem Lumen der Aorta zugekehrten Seite ist an der Klappe, in geringem Abstände von ihrem freien Rande eine Continuitätstrennung, eine wahre Spalte; die hier eingeführte Sonde führt mitten durch die Fungositäten der unteren Fläche hindurch. Die Aorta ascendens selbst ist etwas erweitert und mit kleinen atheromatösen Plaques besät; die Mitralis leicht verdickt, an einigen kleinen Stellen, nahe der Insertion, ossificirt. Die Tricuspidalis so wie die Art. pulmonal. bieten nichts Abnormes dar. Die Herzsubstanz ist von blassrother Färbung mit gelblichen Streifen, schlaff und zerreiblich. Die Herzohren erweitert und mit verdünnten Wandungen. Die Vena cava inferior durch schwarzes, unvollkommen coagulirtes Blut stärker ausgedehnt.

Nach diesem Befunde ist ersichtlich, dass das Stilett nicht allein in den rechten Ventrikel gedrungen ist, sondern sogar das Sept. ventric. durchstossen hat und so in den linken Ventrikel gelangt ist. Es war hierbei kein fremder Körper in dem Herzen gebildet, der die Wunde verschlossen hätte, wie es in den meisten Fällen von penetrirenden Herzwunden, die zur Heilung führten, stattgefunden zu haben scheint, und doch ist hier Heilung erfolgt, wenn auch das Individuum an den Folgeerscheinungen der Verletzung zu Grunde ging. G. Siegmund.
