Cardiologia 1957;31:343

Ein temporäres fokalbedingtes Wolff-Parkinson- White Syndrom

L.		Bischoff
----	--	----------

Lugano.

Resume.

Ein 36-jähriger Mann bekommt nach hochfieberhafter Angina im Herbst 1955 ein WPW-Syndrom. Nach der Fokalsanierung Verschwinden des WPW. Das normale Ekg. wie das normale Vektorkardiogramm bleiben bis heute bestehen. Ein Jahr vor der Erkrankung wurde bei einer allgemeinen Untersuchung in Budapest im Ekg. nichts Pathologisches festgestellt. In der Anamnese nie paroxysmale Tachycardien.

Unsere Aufnahmen wurden mit dem Karajan ausgeführt, wobei die Empfindlichkeit des H.-Verstärkers erhöht und ein stärkerer Motor eingebaut wurde. Die Elektroden für die Vektoren werden immer nach Duchosal angelegt.

Diapositiv I: Sie sehen das Delta in II, III und aVF. Der langsame Aufstieg von R sieht man hauptsächlich in den Thoraxableitungen. In allen Abteilungen P-Q-Verkürzung. Im Horizontalvektor (oder Transversalvektor) sieht man deutlich, daß die Schleife kreisförmig und nach vorne (ventral) gerichtet ist, und sie, wie bei normalem Vektor, gegen den Uhrzeigersinn (oder negativ) verläuft. Die Umlaufszeit ist am Anfang sehr verlangsamt, was man aus der Zeitmarkierung erkennt (1/400 sec). Die T-Schleife ist außerhalb der QRS-Schleife und ist nach links hinten gerichtet. Im Frontalvektor zeigt die QRS Schleife nach links unten (kaudal). Die T-Schleife ist hier in der QRS-Schleife.

Diapositiv II: Ein normales Ekg. des Patienten. Die Horizontalschleife des Vektors ist nach links und hinten ausgespitzt gerichtet, bei -30° C (also in Bereich der Norm). Die T-Schleife liegt in der QRS-Schleife, jedoch in einem gewissen Winkel zum Hauptvektor.

Gillmann schreibt: «Bei einer Diskussion über WPW im letzten Jahr in New York (wobei der alte Wolff auch anwesend war), standen sich die verschiedenen Erklärungen gegenüber. Die Differenzierung intra vitam ist in den seltensten Fällen möglich. Die Fokalsanierung war das einzige, auf das sich alle einigten.»

In unserem Fall hat die Fokalsanierung das WPW-Syndrom zum Verschwinden gebracht.

Was die Lage der Vektorschleife anbetrifft, berichtet mir Grisham vom Mount Sinai Hospital:

«Von unseren 18 (!) Fällen finden wir nur 2 ähnliche Fälle, bei denen in der horizontalen Projektion die Schleife praktisch ganz nach vorne (ventral) gerichtet ist.» Er nimmt an, daß dies durch die mehr anteriore und inferiore Rotation, ohne Unterschied in der Leitung, bedingt ist.

Die Präexzitation (oder die Antesystole nach Holzman) beginne bei allen hinten, in der Gegend der Vorhöfe und ziehe nach vorne und kaudal oder schließlich links kranial.

Demonstration von räumlichen Vektormodellen: a) bei WPW; b) bei normalen Patienten.