III. Aus der medicinischen Klinik des Prof. Dr. Nothnagel zu Jena.

Zwei ätiologisch bemerkenswerthe Fälle von Lungengangrän.

Mitgetheilt von

R. Ramdohr, Assistent der med. Klinik.

(Schluss aus No. 7.)

Fall. II.

Lungengangrän in einer phthisischen Caverne sich
entwickelnd.

F. G., 42 Jahre alt, Müller aus Jena.

Anamnese. Lungenkrankheiten sind in der Familie des Pat. nicht vorgekommen. — Den ersten Anstoss zu seinem jetzigen Leiden soll eine Durchnässung, die er sich kurz vor Ostern 1876 zugezogen, gegeben haben. Er litt von dieser Zeit ab an Husten und Auswurf, und zwar trat ersterer besonders heftig Nachts auf. Der Auswurf war Anfangs mehr schleimig, nahm dann eitrig-eitrige Beschaffenheit an und nur einige Male zeigte er geringe blutige Streifen; grössere Mengen Blut will Pat. nie ausgeworfen haben. — Auffallend ist ihm noch eine starke Abmagerung während der Dauer seines Leidens gewesen.

Ausserdem besteht noch seit etwa 5 Jahren ein fortwährender Durchfall, über dessen Ursache und Entstehung Pat. nichts Genaueres anzu-
geben weiss.

Stat. praes. 3. Juli 1876.

Active Lage im Bett. Sensorium frei. Knochenbau normal. Muskulatur atrophisch, nicht gerade schlaff; Panniculus adiposus dünn. Leichtes Oedem an den Unterschenkeln um die Knöchel herum, weniger am Fussrücken. — Gesichtsausdruck frei; Gesichtsfarbe gebräunt; augenblicklich leicht cyanotische Färbung der Lippen und Wangen. Haut am Rumpf trocken. Temperatur 38,6. 100 Pulse; 24 Respirationen.

Art. rad. weich, nicht geschlängelt, gut gefüllt; Spannung etwas unter der Norm; Welle hoch; etwas Pulsus celer.

Appetit gut, Durst vermehrt. Zunge feucht, roth, leicht grau belegt. Keine Uebelkeit und Erbrechen. Täglich 4—5 dünne Stühle. Am After keine eigentliche Hämorrhoidalknoten, nur ganz leichte Venenectasien.

Thorax etwas kurz, unten ziemlich breit, oben schmal. Angulus Ludovici stark prominent. Die Fossae supra- et infraclaviculares sind ziemlich stark eingefallen.

Die linke Thoraxhälfte wird beim Athmen mehr ausgedehnt als die rechte.

Schall in der Fossa supraclavicularis R. gedämpft und hoch, L. an gleicher Stelle ebenfalls Dämpfung, jedoch ist hier der Schall etwas tiefer als R. Auf der Clavicula und in der Fossa infraclavicularis R. Schall gedämpfter und höher als L.; im 2. I.C.R. R. noch leichte Dämpfung und Bruit de pot. felé. Vom 3. I.C.R. ab Schall tief und laut. Untere Lungengrenze R. an der 6. Rippe nicht beweglich. L. sonst normaler Schall. In der Axilla R. Schall mässig tief und laut, weiter abwärts in der Seitenwand leicht gedämpft. In der linken Seitenwand normale Percussionsverhältnisse.

Hinten am Thorax in beiden Fossae supraspinatae gedämpfter und hoher Schall und zwar R. stärker als L. Im Interscapularraum R. bis zu dessen unterer Grenze starke Dämpfung; weiter abwärts wird der Schall tiefer und lauter, bleibt aber immer höher als L.

Auscultatorisch hört man in der Fossa supraspinata beiderseits Bronchialathmen, ebenso R. im obern Theile des Interscapularraums; daneben mässig reichliches, kleinblasiges Rasseln. R. hinten weiter abwärts scharfes, fast unbestimmtes Athmen, daneben Rasseln. L. hinten sonst überall Vesiculärathmen.

In der Foss. supraclav. L. Bronchialathmen und Rasseln, weiter abwärts Vesiculärathmen. In der Foss. supraclav. R. fast amphorisches Athmen und knarrendes Rasseln; dasselbe in der Foss. infraclav. und im 2. I.C.R. Vom 3. I.C.R. unbestimmtes, fast vesiculäres Athmen und mässig reichliches Rasseln.

Sputum spärlich, besteht aus einzelnen schleimig-eitrigen, ziemlich zähen, geruchlosen Ballen.

Herztöne dumpf, aber rein.

Die Untersuchung der übrigen Organe ergibt durchaus normale Verhältnisse.

Urin von normaler Menge; gelbroth, klar. Spec. Gew. 1018. Reaction sauer. Kein Eiweiss.

Der Zustand des Pat. blieb bis zum 20. Juli 1876 fast unverändert. Die Höhe des sehr unregelmässigen Fiebers schwankt zwischen 38—40° C. Patient wurde sehr heiser und hustete viel, wobei er zuweilen Speisen erbrach.

Am 20. Juli 1876 fanden sich früh im Auswurf auffallend viel Blutcoagula. Percutorisch war über den Lungen im Wesentlichen nichts verändert. Auscultatorisch ist das Rasseln R. bis zum 2. I.C.R. deutlich klingend geworden. Acht Tage darauf ebenfalls klingendes Rasseln in der linken Spitze. Im Sputum von jetzt ab täglich eine grössere oder geringere Menge Blutcoagula.

Ende Juli 1876 nähert sich das Sputum immer mehr dem homogenen, pflaumenbrühartigen; es riecht nicht und mikroskopisch werden nur rothe und weisse Blutzellen nachgewiesen.

Als Ursache der Heiserkeit findet sich starke Röthung der Aryknorpel und kleine Ulcera an den freien Rändern der wahren Stimmbänder.

In der Nacht vom 30./31. Juli hatte Pat. viel phantasirt, war sehr aufgeregt, so dass er auf einen andern Pat. mit dem Messer losging. Temp. 38,8° C.

Die Untersuchung des Sputums am 31. Juli ergibt zum ersten Male einen widerwärtigen Geruch; es beträgt etwa 3 Esslöffel voll. Es besteht aus einer dünnflüssigen, homogenen Masse, in der einzelne Ballen vorhanden sind; die Farbe ist ein schmutziges Rothbraun; eine Schaumschicht ist darauf nicht vorhanden. Bei näherer Betrachtung findet man eine grössere Menge weisser Fetzen und Bröckel darin zerstreut; einzelne derselben sind schwärzlich pigmentirt, und ihre Grösse schwankt zwischen der eines Hirsekorns und Stecknadelspitze. Mikroskopisch findet man in diesen Fetzen eine grosse Menge elastischer Fasern, schwarzes, körniges Pigment und viele Bakterien.

Es besteht starke Heiserkeit. In der Foss. supraclav. R. Schall gedämpft und hoch mit deutlich tympanitischem Beiklang; L. etwas lauter als R. und nicht tympanitisch. Die Dämpfung R. reicht bis zur 3. Rippe; L. sonst dieselben Verhältnisse wie früher.

Hinten R. dieselben Dämpfungsverhältnisse wie früher, nur intensiver; L. hinten Schall etwas höher als früher, besonders nach unten zu.

In der Foss. suprapinnata R. hört man beim ruhigen Athmen und beim Husten deutlichen Metallklang; dasselbe in der Foss. infrapinn. neben amphorischem Athmen. L. über den gedämpften Partien Bronchialathmen; sonst L. nichts verändert.

Von jetzt ab behielt das Sputum seine oben beschriebene Beschaffenheit bei. — Die objectiven Symptome blieben im Wesentlichen dieselben, und am 2. August Abends 10 Uhr starb der Pat. unter den Erscheinungen des Lungenödems.

Sectionsbefund v. 3. August 1876. (Prof. Dr. W. Müller.)

Linke Lunge normal collabirt, rechte durch allseitige kurze, straffe Adhäsionen mit Costal- und Zwerchfellpleura verwachsen und am Collaps gehindert. Linke Lunge nur im Bereich der Spitze und den untersten Abschnitten des Unterlappens durch vereinzelte strangförmige Adhäsionen mit der Costalpleura verwachsen. Pleura der linken Lunge im Bereich der Spitze weisslich getrübt und verdickt, in den hinteren Partien in ganzer Ausdehnung mit graugelben, leicht abziehbaren Fibrinbelegen überkleidet, zahlreiche Sugillationen zeigend. In der linken Pleurahöhle etwa 100 Ccm. röthlich gelber, trüber Flüssigkeit. Die Spitze des Oberlappens im Umfang eines Hühnereies eingenommen von graugelblichen, derben Knötchen, vollkommen luftleer, von einem schiefrig indurirtem Hof umgeben. Das übrige Gewebe des Oberlappens grösstentheils lufthaltig, ödematös, eine grosse Anzahl derber Tuberkelknötchen, theils vereinzelt, theils zu Gruppen von verschiedener Grösse vereinigt, einschliessend. Unterlappen lufthaltig, ödematös, viel Tuberkelknötchen enthaltend. Leichte Atheromflecken der Intima der Lungenarterienverzweigungen.

Pleura der rechten Lunge allenthalben weisslich getrübt und verdickt, im Bereich der oberen Hälfte des Oberlappens, sowie an einer umschriebenen, etwa hühnereigrossen Partie im Bereich des hintersten Abschnittes des Unterlappens graugrünlich verfärbt.

Die obere Hälfte des Oberlappens der rechten Lunge in einen nahezu kindskopfgrossen Brandheerd verwandelt; das denselben begrenzende Lungengewebe stellenweise nur einige Millimeter dick, sehr derb, graugrünlich missfarbig, nach Innen zu in Form unregelmässiger, schwarzbrauner, missfarbiger Zotten vorragend.

Im Innern des Heerdes finden sich schwarz-blaugraue, stinkende, breiige Massen. — Das übrige Gewebe des Oberlappens gleich dem des Mittellappens lufthaltig, durchsetzt von einer grossen Anzahl von Tuberkelknötchen. — Unterlappen lufthaltig, stark ödematös von Tuberkelknötchen durchsetzt.

Unter der oben erwähnten missfarbigen Partie der Pleura ein etwa hühnereigrosser Brandheerd von der Beschaffenheit wie jener des Oberlappens. — Intima der Lungenarterie wie links. Schleimhaut der Bronchien der rechten und linken Lunge ziemlich beträchtlich geröthet und geschwellt, im Lumen schaumiges Secret in beträchtlicher Menge. Schleimhaut des Larynx leicht geröthet, die der Trachea durchweg schiefergrau verfärbt, mit einer Anzahl zackiger Ulcerationen versehen, welche im Bereich der Bifurcation sich begrenzen.

In den übrigen Organen findet sich nichts Wesentliches.

Epikrise.

Das Interesse der beiden vorstehend mitgetheilten Fälle von Lungengangrän knüpft sich an die dabei in Betracht kommenden ätiologischen Verhältnisse.

Wir wollen deshalb auch nur diese Punkte kurz hervorheben.

Dass in der That beide Fälle das vollkommene klinische Bild einer Lungengangrän darbieten, wird in's Besondere durch die Beschaffenheit der Sputa zur Genüge bewiesen und glauben wir von einer eingehenden Beweisführung für die Richtigkeit der Diagnose absehen zu können.

Der Zusammenhang der Erscheinungen im ersten Falle dürfte folgender sein: Primäres Sarcom des Hodens, secundäre Sarcombildung in der linken Niere, den Retroperitonealdrüsen und in der rechten Lunge.

Auf die Entwicklung der Neubildung in der Lunge sind die in der Anamnese angegebenen, unbestimmten Klagen des Kranken bez. des Respirationsapparates zurückzuführen. Als der Kranke in die Klinik aufgenommen wurde, bot er das gewöhnliche Bild einer Lungengangrän mit Hohlraumbildung, wie es so häufig beobachtet wird, dar. Nicht das Mindeste, sei es im physikalischen Befunde, sei es in der Beschaffenheit der Sputa, verrieth jemals, dass ein Neoplasma in der Lunge sich entwickelt hätte.

In der Literatur wird allerdings angegeben, dass das klinische Bild der Lungengangrän durch Neubildungen hervorgerufen werden könne, aber dabei handelt es sich, soweit wir die Literatur übersehen, immer um eine Entstehung der Lungengangrän durch Perforation eines benachbarten (meist Oesophagus-) Krebses in einen Bronchus.

Dass wie in unserem Fall ein in der Lunge selbst entstandenes, nicht durch Verwachsungen von Nachbarorganen auf dieselbe übergegangenes Sarcom unter dem Bilde einer Lungengangrän verlaufen kann, davon ist uns nur ein Beispiel bekannt, welches Stokes anführt und welches sich auch noch erheblich von unserem Falle unterscheidet. Stokes nämlich erwähnt in einem Falle von Lungenkrebs¹⁾ Folgendes: „Einige Zeit vor seinem Tode warf der Kranke plötzlich eine stinkende, eiterartige Flüssigkeit aus, und ward dieselbe mehrere Tage hintereinander in so reichlicher Menge ausgeleert, dass man vermuthete, es habe sich ein brandiger Abscess gebildet.“

Bei unserem Kranken jedoch bestand eben Wochen lang hindurch das Bild einer reinen Lungengangrän, und bei der Autopsie fand sich ein zerfallenes Sarcom.

Den zweiten Fall anlangend, so handelt es sich um einen Kranken mit zweifelloser tuberculöser Phthise, bei welchem, wie die klinischen Symptome lehrten und die Autopsie bestätigte, in den letzten Tagen des Lebens eine Lungengangrän in einer Caverne sich entwickelt hatte.

Wir theilen diesen Fall deshalb mit, weil auch die neuesten Autoren über Lungengangrän die Seltenheit, wie Leyden²⁾ sich ausdrückt, sogar „äusserste Seltenheit“ der Gangrän in tuberculösen Cavernen hervorheben.