Kurze klinische Mitteilungen.

Ein Fall von chronischer Pneumonie, möglicherweise Lungensyphilis.

Von

Sven G. Lindblom.

(Eingegangen 15. 5. 1921).

Demonstration auf den Svenska Tuberkuloseläkoreföreningen.

Frau, 39 Jahre alt. Keine Heredität in bezug auf Tuberkulose. Auf dem Lande aufgewachsen. Während der ersten Kindheitsjahre war Pat. bei einer Pflegemutter in Pflege, die, wie Pat. später erfahren hat, „venerisch infiziert“ war. Nach Stockholm kam Pat. im Alter von 20 Jahren; hatte dort zuerst eine Stelle als Dienstmädchen. Verheiratete sich mit 26 Jahren (1907). Der Mann, soweit Pat. weiß, gesund. Partus 1907 und 1909; das erste Kind zwei Monate zu früh geboren, starb nach einigen Tagen; das zweite wurde rechtzeitig geboren, starb, 3½ Monate alt, an Lungenkatarrh. Kein Abort. — Als Kind hatte Pat. Masern und Scharlach. Im Alter von 7 Jahren Pneumonie; weiß nicht, auf welcher Seite, oder ob sie möglicherweise doppelseitig war. Seit der Kindheit hat Pat. gehustet und auch Expektorat gehabt, doch haben weder Husten noch Expektorat nennenswerte Beschwerden bereitet. Im übrigen war Pat. im allgemeinen gesund. — Vor ungefähr 10 Jahren, also ein paar Jahre nach ihrer Verheiratung, begann eine allgemeine Herabsetzung ihres Kräftezustandes einzutreten; sie wurde müde, bekam leicht Herzklopfen und Atemnot bei körperlichen Bewegungen. Gleichzeitig begann der Husten zuzunehmen, und der Auswurf, der vorher unbedeutend gewesen, wurde nun reichlich. Die Beschwerden nahmen allmählich zu. Nach einem Anfall von spanischer Krankheit im Sommer 1918 raschere Verschlechterung. Pat. hat ihres Wissens keine Pneumonie bei der spanischen Krankheit gehabt. Im Herbst 1919 verschärften sich die Symptome noch weiter, weshalb sie einen Arzt aufsuchte, der sie dem Krankenhaus in Söderby zuschickte. Sie wurde dort am 15. Okt. 1919 in die Abteilung von Dr. Gullbring aufgenommen. Pat. verblieb im Krankenhause bis zum 8. Nov., wo sie auf eigenen Wunsch entlassen wurde.

Pat. zeigte während des ganzen Krankenhausaufenthaltes einen guten Allgemeinzustand. Fettpolster und Muskulatur recht gut entwickelt. Keine Nagelveränderungen. Sie litt bei körperlichen Bewegungen an Atemnot und Herzklopfen; bei Körperruhe bestand nie Atemnot. Die Temperatur war leicht subfebril mit Mittagstemperatur 37,2—37,6° und prämenstrueller Erhöhung bis auf 37,8°. Puls ungefähr 80. Keine bemerkenswerten Lymphome. — Pupillen gleichgroß, eckig, reagierten sehr träge sowohl auf Licht als in bezug auf Akkommodation. Patellarreflexe lebhaft. Romberg negativ. Wassermannsche Reaktion im Blute bei zwei verschiedenen Gelegenheiten positiv. — Herz und Bauchorgane ohne Besonderheiten. Harn ohne Eiweiß, ohne Zucker. Diazoreaktion negativ.

Pat. hatte einen recht beschwerlichen Husten mit Auswurf wechselnd zwischen 3l und 75 g. Der Auswurf war dick, gelb, eitrig, schichtete sich nicht. Bei mehrmaligen Untersuchungen konnten Tuberkelbazillen nicht angetroffen werden; auch keine elastischen Fasern oder Eiweiß.

Inspektion des Thorax zeigte eine geringe Einsenkung der Fossae; im übrigen keine Schrumpfung und kein Nachschleppen.

Die Lungen zeigten eine mäßige Dämpfung auf beiden Hinterseiten von der Mitte bis zur Basis. Über die gedämpften Gebiete hin hörte man Bronchialatmung, zischend besonders beim Expirium; ferner waren zu hören harte, mittelgroße Rasselgeräusche, bisweilen recht wenige, bisweilen in mäßiger Menge.

Auf der Röntgenplatte sah man den unteren Teil des rechten Lungenfeldes deutlich verdichtet; möglicherweise einige Verdichtung auch des unteren Teiles des linken Lungenfeldes. Die rechte Lunge außerdem in ihrer Gesamtheit diffus dichter als die linke, mit deutlicherer Bronchienzeichnung als normal.

Nach 0,1 mg Alttuberkulin intrakutan mäßige Hautreaktion. Nach subkutaner Injektion von bzw. 1, 3 und 5 mg Alttuberkulin trat keine Temperatursteigerung und keine Übelkeit ein. Die Stichreaktion war alle Male recht unbedeutend.

Es handelt sich also um eine Frau, deren Krankengeschichte und Lungenstatus ohne weiteres angeben, daß sie ein doppelseitiges chronisches Lungenleiden hat. An beiden Lungen finden sich Dämpfungen, Bronchialatmung und harte Rasselgeräusche von der Mitte bis zur Basis. Die Abwesenheit von Tuberkelbazillen in den reichlichen, eitrigen Auswurf geben zu der Vermutung Anlaß, daß es sich nicht um Tuberkulose handelt. Die Vermutung erhält eine weitere Stütze durch den Umstand, daß Untersuchung sowohl auf elastische Fasern als auf Eiweiß im Sputum negativ ausfällt. Da die Patientin außerdem nicht auf subkutane Tuberkulininjektionen von bzw. 1, 3 und 5 mg reagiert, wird die Diagnose noch weiter unwahrscheinlich. Man bleibt somit bei der Diagnose Pneumonie chron. bilat., wahrscheinlich non tuberculosa stehen, und es gilt zu versuchen, die Ätiologie der Pneumonie festzustellen. — Anlaß an eine Pneumonokoniose zu denken, liegt nicht vor. In der Anamnese kommt Pneumonie im Alter von 7 Jahren vor; seit der Kindheit hat auch Patientin Lungensymptome gehabt, Husten und Auswurf. Es wäre daher sicher nicht unmöglich, sich den Fall ganz einfach als eine chronische Pneumonie zu denken, entstanden nach der in der Kindheit durchgemachten akuten Pneumonie. Indessen weist der Fall gewisse Umstände auf, welche bewirken, daß man nicht ohne weiteres geneigt ist, eine solche Erklärung gutzuheißen. Teils ist es ja nicht so ganz gewöhnlich, daß derartige chronische Pneumonien doppelseitig sind. Ferner waren die Lungensymptome bis vor ungefähr 10 Jahren (Pat. war damals 29 Jahre alt) ganz unbedeutend und wenig beschwerlich. Zu jener Zeit trat eine augenfällige Veränderung des Krankheitsbildes ein. Die früheren Symptome, Husten und Auswurf, nahmen in beträchtlichem Grade zu; neue Symptome traten auf, nämlich Atemnot und Herzklopfen bei auch recht unbedeutenden körperlichen Bewegungen. Außerdem begann der Allgemeinzustand eine Beeinträchtigung zu erfahren. Die Krankheit machte dann allmählich Fortschritte. Dieses Verhalten stimmt ja nicht recht gut zu der Annahme einer chronischen Pneumonie, entstanden nach einer akuten Pneumonie in der Kindheit. Dazu kommt, daß wir in diesem Falle das Vorhandensein eines anderen möglichen ätiologischen Faktors in Betracht zu ziehen haben. Pat. hat eine aktive Lues. Schon die Symptome vom Nervensystem her zeigen, daß Pat.luetisch infiziert ist, und die positive Wassermannreaktion sagt uns, daß ein aktiverluetischer Prozeß irgendwo vorliegt. Wann Pat. sich ihre Infektion zuzog, weiß sie nicht; es kann bereits in der Kindheit geschehen sein; die Möglichkeit, daß es in der Ehe geschehen ist, läßt sich ja auch nicht ausschließen;

für die letztere Möglichkeit könnte die geringe Lebensfähigkeit ihrer Kinder sprechen. Im Hinblick auf die aktive Lues der Pat. liegt natürlich der Verdacht nahe, daß Lungensyphilis vorliegen könnte. Lungensyphilis ist ja eine ziemlich seltene Krankheit. Hier im Verein hat Gullbring 1916 einen Fall demonstriert, bezüglich dessen ich auf seinen Aufsatz in der Zeitschrift „Hygiea“ vom selben Jahre verweise. - Was die Symptome der Lungensyphilis betrifft, so sind keine besonders charakteristischen vorhanden. Doch pflegt, worauf Gullbring in seinem Aufsatz hinweist, hervorgehoben zu werden, daß der Allgemeinzustand oft bemerkenswert gut ist, und daß der Lungenprozeß sich langsamer als bei Tuberkulose entwickelt. Beides würde ja recht gut zu dem vorliegenden Fall stimmen. Von subjektiven Symptomen wird (nach Gullbring) besonders starke Dyspnoe angeführt, die oft bereits frühzeitig in Form asthmatischer Anfälle auftritt. Etwas Derartiges liegt ja in unserem Falle nicht vor. Dyspnoe wird zwar erwähnt, aber sie ist nicht besonders ausgesprochen und tritt nicht anfallsweise auf. Was die Lokalisation betrifft, so finden sich sowohl einseitige als doppelseitige Fälle beschrieben. Der Auswurf variiert, er kann fehlen, kann aber auch reichlich sein. Die Temperatur ist meistens afebril oder subfebril, was ja auch mit unserem Fall übereinstimmt.

Indessen muß gesagt werden, daß es für Lungensyphilis spezifische Symptome offenbar nicht gibt. Die Diagnose dürfte daher in den meisten Fällen mit Sicherheit entweder erst post mortem oder auch möglicherweise ex juvenibus gestellt werden können. In diesen Fällen scheint man nämlich eine günstige Wirkung durch antiluetische Behandlung erzielt zu haben. Die Abwesenheit eines Effektes der Behandlung scheint andererseits nicht gegen die Diagnose Lungenlues zu sprechen, da einige Formen, besonders die indurativen, ziemlich unbeeinflussbar sind.

Was nun unseren Fall betrifft, so ist natürlich die Diagnose Lungensyphilis durchaus nicht sicher; sie ist es um so weniger, als die Möglichkeit einer anderen Ätiologie nachweislich vorliegt. Bemerkenswert ist ja aber, daß die Krankheit der Patientin seit 10 Jahren ständige Fortschritte gemacht hat. Dies stimmt zu der Annahme, daß Pat. zu Beginn ihrer Eheluetisch infiziert worden ist. Möglicherweise könnte man sich denken, daß in diesem Falle eine Kombination der zwei ätiologischen Faktoren vorliegt, die hier diskutiert worden sind. Der Verlauf wäre dann folgender: Nach Pneumonie in der Kindheit entstehen chronische Veränderungen in den unteren Lappen beider Lungen, welche Veränderungen zu einem ziemlich unbedeutenden Husten mit geringem Auswurf Anlaß geben. Einige Jahre nach Erwerbung derluetischen Infektion entstehenluetische Veränderungen in den bereits vorher in ihrer Vitalität herabgesetzten unteren Lungenlappen gemäß dem Satze vom Locus minoris resistentiae.

Indessen sind dies ja nur Annahmen. Die Diagnose muß bis auf weiteres lauten: Pneumonia chronica bilateralis, möglicherweiseluetica. Eine sichere Diagnose dürfte auch hier erst entweder post mortem oder auch vielleicht ex juvenibus zu erreichen sein. Während des Aufenthaltes im Krankenhause in Söderby wurde mit KJ-Medikamentation begonnen, und Hg sollte eben verabreicht werden, als Patientin auf eigenen Wunsch entlassen wurde.