Es handelt sich um einen Knaben, der wegen Verdacht auf Lungentuberkulose in die Kinderheilstätte zur Kur geschickt wurde. Der Knabe wurde von mir im Juni dem Düsseldorfer Ärzteverein vorgestellt.

Der 11jährige Junge stammt aus einer gesunden Familie. Weder Tuberkulose noch Stoffwechsel- noch Nervenkrankheiten sind in der Familie vorgekommen, auch ein gleiches Krankheitsbild wurde nicht beobachtet. Er ist das dritte Kind und hat vier gesunde Geschwister. Er hat sich ganz normal entwickelt. Als Kleinkind hat er Masern gehabt, sonst hat er keine erheblichen Krankheiten durchgemacht. Unter der Kriegsnot hat die Familie nicht mehr als der Durchschnitt gelitten. Die Abmagerung ist auch erst zutagegetreten, als wieder reichlicher Fett in der Nahrung zugeführt werden konnte. Nicht unerwähnt soll bleiben, daß der Junge Januar 1919 ins Eis eingebrochen ist, eine stärkere Erkältungskrankheit ist darauf nicht gefolgt. Zeitlich scheint dies Ereignis und der Beginn der Abmagerung zusammenzufallen. Die immer zunehmende Abmagerung beunruhigte naturgemäß die Eltern und führte sie zum Arzt. Dieser soll vor 2 Jahren Lungenerkrankung festgestellt haben, sandte 1920 den Knaben zur Kur nach Kreuznach und dieses Jahr in unsere Heilstätte. Der Knabe hat zu Hause öfter über Müdigkeit und Stiche in der Brust geklagt.

Status: Der 11jährige Knabe hat eine Körperlänge von 133 cm (— 4 cm) und Gewicht von 30 kg (— 1,5 kg nach v. Pirquet). Die außerordentliche Abmagerung des Gesichts fällt sofort auf. Infolge der hohlen Wangen treten die Jochbeine und Kieferknochen stärker hervor. Beim Lachen tritt deutliche Faltenbildung auf. Die Gesichtshaut ist elastisch und gut gespannt, sie weist zahlreiche Sommersprossen auf. Der Körperbau ist ziemlich kräftig. Das Fettpolster ist an Hals, Brust, Rücken und Oberarm gering, während es am Unterkörper, namentlich Ober- und Unterschenkel, reichlich vorhanden ist. Die Dicke der aufgehobenen Hautfalte wurde mit dem Zirkel gemessen und zum Vergleich an mehreren gleichgroßen und gleichaltrigen Jungen auf gleiche Weise festgestellt.

Patient	gleichaltriger Junge	9jährige Norm n. Feer
Wange 5 mm	15 mm	16,5 mm
Brust 5 mm	6 mm	9,5 mm
Oberarm 5 mm	6 mm	8,0 mm
Oberschenkel 16 mm	8–10 mm	17,0 mm
Unterschenkel 15 mm	8 mm	10,0 mm

Bei längerem Stehen fällt zuweilen livide Verfärbung der distalen Teile der Extremitäten auf. Die Muskulatur ist ziemlich gut entwickelt und hat normalen Tonus. Die Sehnenreflexe sind lebhaft, Hautreflexe normal. Sensibilitätsstörung ist nicht vorhanden. Die Hirnnerven sind intakt. Die Untersuchung der inneren Organe ergibt keinen pathologischen Befund, auch die Lungen werden frei gefunden. Der klinische Befund wird durch ein normales Röntgenbild bestätigt. Die Blutuntersuchung ergibt: 70% Hämoglobin (Sahli), 4 Millionen rote Blutkörperchen, 10300 weiße Blutkörperchen, davon sind 48% polynukleäre, 2,5% eosinophile, 6,5% große mononukleäre und Uebergangszellen, 43% Lymphozyten (2. Zählung 52% Lymphozyten bei 8800 weißen Blutkörperchen). Der Urin ist frei von Eiweiß und Zucker. Die intrakutane Tuberkulinprobe mit 0,1 ccm einer 1/1000 igen Lösung fiel wiederholt negativ aus. Die Körpertemperatur ist normal. Patient gerät ziemlich leicht in Schweiß. Er ist leicht aufgeregt, sonst ist sein psychisches Verhalten und seine Intelligenz normal.

Die genaue Untersuchung und Beobachtung des Knaben ergibt also, abgesehen von dem symmetrischen Schwund des Unterhautfettgewebes im Gesicht und geringen Grades am Oberkörper und mäßiger Fettanhäufung am Unterkörper, keinen wesentlichen Krankheitsbefund. Der Schwund betrifft allein das Fettgewebe, während Knochen, Muskeln und Haut intakt sind. Der Fall dürfte deshalb mit Recht als Lipodystrophia progressiva aufgefaßt werden.

Ueber Ursache und Entstehung der Erkrankung wissen wir bisher nichts. Simon faßt das Krankheitsbild als Trophoneurose auf, und es ist wohl von allen Autoren angenommen worden, daß nervöse Störungen eine Rolle spielen müssen, wenn auch am Nervensystem selbst in keinem Falle ein pathologischer Befund festgestellt werden konnte. An Störungen der inneren Sekretion zu denken, lag ebenfalls nahe, da ja bei Erkrankung der Geschlechtsdrüsen, der Hypophyse und der Thyreoidea Störung im Fettansatz beobachtet ist. Es haben sich aber in keinem Falle sichere Hinweise darauf finden lassen. Feer neigt zur Annahme einer Disfunktion der Schilddrüse. Auch Gerstmann nahm gewisse Symptome von Hyperthyreoidismus an seinen Patienten wahr. In unserem Falle könnte vielleicht die leichte nervöse Erregbarkeit, die relative Lymphozytose im Sinne einer Hyperfunktion der Schilddrüse gedeutet werden. Eine Vergrößerung des Organs war nicht nachweisbar. Die pharmakologische Prüfung des vegetativen Nervensystems ergab eine leicht erhöhte Erregbarkeit gegenüber Pilokarpin und Adrenalin. Bei Verabfolgung von 0,6 ccm der offiziellen 1/1000 igen Lösung von Suprarenin traten Tremor und Glykosurie auf, während eine alimentäre Glykosurie durch Verabfolgung von 100 g Traubenzucker nicht ausgelöst werden konnte. Das Röntgenbild des Schädels ergab nichts Besonderes.

Nach den bisherigen Erfahrungen ist der Prozeß zunächst progressiv und später stationär. Die Erkrankung scheint für den Patienten keinen anderen Nachteil als den eines Schönheitsfehlers zu haben. Therapeutische Beeinflussung ist bisher nicht gelungen. Auch die Heilstättenkur, Freiluftbehandlung, Liegekur und reichliche Er-

Aus der Kinderheilstätte „Fellingensche Stiftung Waldesheim“ in Düsseldorf-Grafenberg.

Ein Fall von Lipodystrophia progressiva.

Von Dr. Johanna Schwenke.

Simons, der 1911 zum ersten Male in der deutschen Literatur das Krankheitsbild beschrieb, das durch symmetrischen Fettschwund im Gesicht und am Oberkörper ausgezeichnet ist, nahm an, daß es sich um eine Trophoneurose handele, die ausschließlich das weibliche Geschlecht befällt, bis Husler 1914 dieselbe Erscheinung an zwei Knaben beschrieb. Weitere Veröffentlichungen haben aber gezeigt, daß das Krankheitsbild viel häufiger als beim weiblichen beim männlichen Geschlecht zur Beobachtung kommt. Es liegen außer den genannten nur noch zwei Veröffentlichungen vor, die das eine Mal einen 29jährigen Arbeiter (Gerhartz, M. m. W. 1916), das andere Mal einen 32jährigen Soldaten (Gerstmann, W. kl. W. 1916) betreffen. Diesen 4 Fällen kann ich nun einen weiteren hinzufügen.

nährung vermögen das Uebel nicht zu beheben. Unser Patient hat zwar in acht Wochen 2 kg an Gewicht zugenommen, es ist aber kein sichtlicher Ansatz im Gesicht und am Oberkörper erfolgt. Die Kenntnis des Krankheitsbildes ist vom sozialen Standpunkt aus von nicht geringer Bedeutung. Patienten dieser Art geraten eben sehr leicht in den Verdacht, tuberkulosekrank zu sein, und werden einem immerhin kostspieligen Heilverfahren ohne eigentlichen Grund und ohne sichtbaren Erfolg unterzogen.