Ein Fall von „Lungenatrophie“.

Von

Dr. A. Bauer.

Der Mitteilung liegt folgender Fall zugrunde:

Als an Lungentuberkulose leidend kam die Fabrikarbeiterin R. K. in die Heilstätte zu R. In der allgemeinen Anamnese war von Schwächlichkeit und Blutarmut die Rede, Menses sollten mit dem 15. Lebensjahr eingetreten, schwach, aber stets regelmässig gewesen sein.

Patientin will wegen Heiserkeit und Trockenheit im Halse, unter der sie seit letztem Frühjahr besonders litt, zum Arzte gegangen sein, der Kehlkopfkatarrh annahm, Lungentuberkulose diagnostizierte und eine Heilstättenkur beantragte.

Die etwas übermittelgrosse 21 Jahre alte Patientin fiel, als sie zur Untersuchung ins Zimmer trat, durch sehr ausgeprägte Sattelnase, bei Gegenüberstellung sofort durch einen ganz abscheulichen Geruch auf, der von vornherein Ozäna feststellen liess. Doch wurde die Nasenuntersuchung aufgeschoben und sofort zur Aufnahme des Allgemeinzustandes und zur Untersuchung der Brustorgane geschritten.

Ausser den obigen Zeichen bot sie von Besonderheiten sehr blasser fahler Gesichtsfarbe, blasser Schleimhäute und eine geringe Struma dar; Schädelbau und Augen fielen auf, wurden aber nicht näher beschrieben, die Möglichkeit eines Basedow nur entfernt oder nebenhin erwogen. Der Status der Brustorgane lautete:

Inspektion: Die Symmetrie der beiden Brusthälften ist gestört durch Abflachung der rechten vorderen Brustwand besonders im oberen Teil; Ober- und Unterschlüsselbeingrube sind rechts gegenüber der linken Seite ziemlich stark vertieft.

Bei anbefohlener tiefer Atmung schleppt die rechte Seite sehr deutlich nach, bei seitlicher Betrachtung erweist sich die rechte Thoraxhälfte von geringerer Tiefe als die linke.

Der Brustumfang schwankte selbst bei tiefster Atmung nur zwischen 77 und 81 cm, die Atmung ist im ganzen ziemlich frequent, beträgt 22–24 Züge in der Minute.

Lungen:

Perkussion: LVO. bis zur 2. Rippe, LHO. bis etwas unter Spina leichte Schallabschwächung;

RVO. bis 3. Rippe, RHO. bis Mitte Schulterblatt Dämpfung.

RHU. untere Grenze weniger verschieblich als links.

Isthmus rechts = 2 cm, links = $2\frac{3}{4}$ cm.

Auskultation: Atmung links von oben bis unten pueril bis rauhscharf, aber ohne Nebengeräusche. Atmung rechts im Dämpfungsbezirk „broncho-vesikulär“ mit ganz vereinzelt „trockenen Rhonchi“ RHO., die aber nicht als spezifisch-tuberkulös anzusprechen und eigentümlich sind, weiter unten Atmung fast wie links, stellenweise mehr „stenotisch“.

Sofort wird die Aufmerksamkeit besonders erregt durch den Kontrast zwischen dem Inspektions- und Perkussions-Ergebnis einerseits und dem Auskultationsbefund andererseits besonders hinsichtlich der rechten Seite.

Es wird nunmehr zur Untersuchung von Nase, Hals und Kehlkopf geschritten:

Die Sattelnase ist schon hervorgehoben. In den Nasen kleben bis in die Choanen reichende ausgedehnte schmierige schmutziggraue Borken und membranöse Auflagerungen, die den widerwärtigen Geruch verbreiten; sie lassen sich leicht mittelst Pinzette entfernen, danach tritt die glatt glänzende hier und da etwas blutende tief dunkelrote Schleimhaut hervor.

Im Munde wird ein ziemlich gutes Gebiss festgestellt, das insbesondere nicht die erwarteten und gesuchten Hutchinsonschen Schneidezähne zeigt. Dagegen kleben an der hinteren Rachenwand eine grössere Anzahl graugelbbraune trockene Borken und zwischen ihnen zeigt sich die dunkelrote wie „gefirnist“ aussehende glatte glänzende Schleimhaut. Es folgt die Kehlkopfuntersuchung:

Schon vorher ist die Sprache der Patientin aufgefallen, die der eines etwa 8—10jährigen Mädchens entspricht, sich durch eine eigentümliche Tonlosigkeit und Schwäche — weniger Heiserkeit und Einförmigkeit auszeichnet.

Die Epiglottis ist dünn, von links nach rechts verfolgt leicht asymmetrisch, vom höchsten Punkte des freien Randes bis zum Petiolus, d. h. der Höhe nach geschätzt ziemlich niedrig. Der freie Rand ist glatt und wenig gebogen, die Flächenkrümmung der Epiglottis im ganzen gering.

Die Kehlkopfschleimhaut sieht schmutzig graurot aus, besonders missfarbig im Bereiche der vorderen Kommissur.

Die beiden Hälften des Kehlkopfbildes sind etwas ungleich, die rechte Hälfte kleiner wie die linke, insbesondere ist das rechte Stimmband gegenüber dem linken etwas kürzer als dieses.

Daher kommt es, dass zwei näher den hinteren Enden der Stimmbänder sitzende ziemlich flache Einkerbungen bei Inspirationsstellung nicht zu korrespondieren scheinen. Die Stimmbänder sind schmal, leicht graurötlich verfärbt.

Bei Inspirationsstellung des Kehlkopfes sieht man auf der tiefroten Trachealschleimhaut Borken derselben Art kleben, wie sie sich auf der hinteren Rachenwand zeigten, nur erscheinen sie im Kontrast zu dem roten Grunde — eben der Trachealschleimhaut, der sie anhaften — mehr grüngelb.

Nach Einspritzung von 10%igem Mentholöl in den Kehlkopf werden solche Borken ausgehustet und sehen im farblosen Speiglas gelb aus, sind ziemlich konsistent, riechen aber im Gegensatz zu den Nasenrachenborken sehr viel weniger.

Patientin will solchen borkigen oder brockigen Auswurf in sehr wechselnder Menge und nur in gewissen nicht regelmässigen Intervallen, aber in letzter Zeit öfter und mehr als früher bemerkt haben.

Tuberkelbazillen wurden in dem Auswurf nicht gefunden, dagegen massenhafte Diplokokken und dazwischen viele Diplobazillen.

Patientin war immer fieberfrei, hatte ausser dem Gefühl von Trockenheit im Halse keine Klagen von seiten anderer Organe, und die Herzgrenzen sind entsprechend, die Töne rein, die Aktion leicht irregulär, etwa 78 Schläge, Puls sonst o. B. Lymphdrüsen waren nicht geschwollen, nur im linken supraklavikularen Dreieck eine kleine fühlbar. Der Urin war frei.

An den Augen keine entzündlichen Veränderungen, insbesondere kein objektiver oder anamnestischer Anhalt für frühere Keratitis.

Das rechte Trommelfell ohne deutlichen Reflex, etwas getrübt, keine bewussten Gehörsstörungen, Hörschärfe nicht eingehender geprüft.

Die spätere genauere auf hereditäre Lues abzielende Anamnese ergab wenig, immerhin einiges Gravierende:

Vater Invalid, über 60 Jahre alt, wegen „Rheumatismus“; Mutter ebenfalls über 60 Jahre alt, gesund, nervenschwach, von Fehlgeburten nichts bekannt. Ältester Bruder der Patientin, jetzt 35 Jahre alt, verheiratet, Vater gesunder Kinder, hatte als Kind „so einen grossen Kopf“, der sich aber so umbildete, dass der Mann Soldat wurde. 2 Schwestern im Alter von 2 und 4 Jahren gestorben.

2 Brüder erwachsen und gesund. Eine erwachsene Schwester, Mutter gesunder Kinder, starb an Blutvergiftung. Patientin selbst hatte mit 4 Jahren einen „Karbunkel“ an der rechten Wange, der aber wieder verging ohne Einschnitt und besondere Behandlung, entwickelte sich sonst ungestört, offenbar ohne geistige Defekte oder zentralnervöse Störungen, ist quoad vitam sexualem intakt.

Die während der dreitägigen Beobachtung vorgenommenen Massnahmen bestanden diagnostisch in:

Blutentnahme zur Einsendung und Vornahme der Wassermannschen Reaktion und mehrfacher Sputumuntersuchung;

therapeutisch in:

täglicher Reinigung der Nase, des Rachens und der Trachea durch Auspuffung — Mentholöl, Wasserstoffsuperoxyd — bzw. Atzung — Argent. nitricum 2% Lösung.

Patientin musste dann leider als nicht tuberkulös entlassen werden, obwohl auch die Heilstättenkur an ihr bei gleichzeitiger Schleimhautpflege sicher Gutes geleistet hätte, unter Umständen mit Jodkali nebenher.

Welche einheitliche Auffassung lässt sich in dem Falle gewinnen? Gehören die sich so vordringenden Erscheinungen seitens der oberen Luftwege zusammen mit dem eigentümlichen Lungenbefund? — In der Erkrankung der oberen Luftwege liegt ein mit Atrophie einhergehender chronisch entzündlicher Schleimhautprozess vor, den wir ohne weiteres bezeichnen dürfen als Rhinitis, Pharyngitis, **Laryngitis, Tracheitis atrophica foetida**. Es fügt sich eines ans andere ohne Künstelei.

Wie steht es mit der Lunge? — Die Abflachung des oberen Teiles der vorderen Brustwand, die auffällige Vertiefung der rechten Ober- und Unterschlüsselbeingrube, die geringere Exkursionsbreite der ganzen rechten Thoraxhälfte beim Atmen — Nachschleppen — liessen einen groben physikalischen Befund erwarten. Denn solche

Zeichen pflegen sich im Gefolge von parenchymatösen Zerfalls- oder interstitiellen Schrumpfungsprozessen einzustellen. Dann liegt aber ein entsprechend grober physikalischer Befund mit brettharter Dämpfung oder stark-tympanitischem Beiklang, Schallwechsel und der ganzen Janitscharenmusik von Rasselgeräuschen bei harter bronchialer oder fauchender bronchoamphorischer Atmung vor.

In dieser Beziehung enttäuscht nun der vorliegende Fall gewaltig: die Dämpfung rechts darf nur als leichte, höchstens als mittlere bezeichnet werden; sie wurde als Dämpfung bezeichnet, mutete aber als in kein Schema passend von vornherein und bei allen Nachprüfungen an; der Atemcharakter ist ins Schema als „bronchovesikular“ eingetragen, war aber auch aussergewöhnlich. Die wenigen Rhonchi wurden als „nicht spezifisch tuberkulös“ bezeichnet, d. h. negativ ausgedrückt, weil ein passender positiver Ausdruck dafür nicht gefunden wurde, auch bei den Nachuntersuchungen nicht.

Also zwei Kontraste,

1. derjenige zwischen Thoraxkonfiguration und physikalischem Befund überhaupt,

2. innerhalb des physikalischen Befundes derjenige zwischen Auskultation und Perkussion.

Angesichts des gesamten Krankheitsbildes ergeben sich sofort 2 Fragen:

a) Ist der Lungenbefund der Ausdruck einer, der sich in einer ursprünglich gesunden Lunge entwickelt hat?

b) Oder aber liegt seitens der Lunge auch eine krankhafte Entwicklung vor, so wie sie sich in den oberen Luftwegen, Sattelnase usw. dokumentiert?

Bei Bejahung der ersten Frage wäre das Nächstliegende eine allmählich entstandene Atelektase; man würde deduktiv von Tracheitis auf Bronchitis und auf allmähliche Verlegung der Atemwege kommen. Aber keineswegs stimmt dazu der Befund, die Atelektasen, die wir bei Relaxationen oder Kompressionen finden, machen jedenfalls ganz andere Erscheinungen; — keine Spur von „Schachtelton“ oder zahlreichem feinblasigen Rasseln im vorliegenden Falle. Um es vorwegzunehmen, ich habe mich für Bejahung der 2. Frage entschieden und zwar auf Grund einer Sektion, die ich an einem Anenzephalus gemacht habe.

Es fanden sich in diesem Falle in der an sich atelektatischen fötalen Lunge in beiden Flügeln, aber in dem einen mehr wie in dem anderen, verstreute kirsch kern- bis weichselkirschgrosse graugelbliche kugelförmige Herde, ebenfalls luftleer, aber von ganz anderer, be-

sonders derberer Beschaffenheit als sonst atelektatisches Lungengewebe Neugeborener ist. Ich wurde damals, als ich sofort die Diagnose auf hereditäre Lues stellte, zunächst belehrt, dass es sich um embryonales Gewebe handle, später wurde jedoch der Spirochätennachweis darin noch erbracht.

Sofort kam mir beim Überlegen des vorliegenden klinischen Falles der skizzierte anatomische in Erinnerung.

Bereits ehe das Untersuchungsergebnis des Blutserums vorlag, liess nach meiner Beurteilung das Krankheitsbild der oberen Luftwege — Rhinitis bis Tracheitis — keine andere Erklärung zu als die hereditärer Lues.

Nunmehr ist mir vom bakteriologischen Institut zu Jena mitgeteilt worden, dass die Wassermannsche Reaktion in der Sternschen Modifikation ein positives Resultat ergab.

Ich habe auch von vornherein eine auf hereditär-luetischer Grundlage beruhende Entwicklungsstörung der Lunge und zwar des ganzen oberen Abschnittes des rechten Flügels, vielleicht auch der linken Spitze annehmen zu müssen geglaubt. Höchstwahrscheinlich ist dann eine „gewisse Atelektase“ im Spiel bei dem sonderbaren Lungenbefund, aber keine Atelektase im gewöhnlichen Sinne, wie die Skizze des Befundes bei jenem Anenzephalus sehr deutlich zeigt.

Ich habe daher die Bezeichnung „Lungenatrophie“ gewählt.

Leider fehlt mir alles für eine objektive Reproduktion des Befundes, auch ein Röntgenapparat.

Ich hoffe bestimmt, den Fall noch vor das Forum klinischer Kritik zu bringen, vielleicht auch einmal Lungenärzten vorzustellen.

Nachzutragen ist, dass die Patientin, die hier nur wenig charakteristischen Auswurf nach der Reinigung mehr hatte, schon wenige Tage nach ihrer Entlassung Auswurf einschickte, der so roch, wie man sich hoch konzentrierten Schweissfussgeruch mit entsprechender Phantasie vorstellen muss.

Der Auswurf enthielt frisch untersucht: Kristalle, obenan sehr viele Fettsäurennadeln, Fettkörnchenzellen, Epithelien mit fettiger Degeneration und massenhaften Detritus; keine faserigen Bestandteile, geschweige denn elastische Fasern.

Nachdem das mit Essigsäure ausgefällte Muzin abfiltriert war, ergab das Filtrat eine ausserordentlich starke Eiweisreaktion auf Ferrozyankalizusatz, was die Beschreibung des Falles noch vervollständigen mag.