A n h a n g .

Wahrscheinliche Bronchiektasieentwicklung nach Lungensteckschuss.

Von

Dr. Adolf Bauer.

Nachuntersuchung eines am 31. X. 16 wegen Lungensteckschusses entlassenen
Rentenempfängers. Begutachtet 9. I. 1918.

Für Lungenleiden keine erbliche oder familiäre Belastung. Dagegen leiden Mutter und ein älterer Bruder angeblich an Ohnmachten und Schwindelanfällen. — 27 Jahre alter, früher Land-, jetzt Bahnarbeiter. Mit 4 oder 5 Jahren Kopfverletzung durch Schlag einer Hacke gegen den Kopf durch einen älteren Knaben. Ältere reizlose Narbe in Wirbelgegend. In Kindheit und Schulzeit gesund, aber schwer gelernt, aus der 2. Schulklasse entlassen, dann in Landarbeit. Mit 15 Jahren Schwindel- und Ohnmachtsanfälle, die anfänglich wöchentlich 1—2 mal auftraten, dann ein 1 Jahr aussetzten und sich später nur ganz vereinzelt wiederholten. Mit 20 Jahren Lungenentzündung, 6—8 Wochen deshalb im Krankenhaus Lommatsch. Bis zur Einziehung in Landwirtschaft voll gearbeitet. Eingez. 22. VIII. 14. Am 21. X. 14 ins Feld. Am 13. X. 15 durch Gewehrerschuss während aufrechten Gehens in die rechte Brustseite getroffen.

Laut Krankenblättern und Akten: Vom 13. X.—24. XI. 15 wegen Lungensteckschusses Feldlaz. Von dort in Erholungsheim. Am 6. XII. 15 nach Feldlaz. überwiesen. In der Krankengeschichte 2 asthmaähnliche Anfälle von Atemnot besonders beschrieben. Vom 11. V.—29. VI. 16 Res.-Laz. Döbeln zur Beobachtung wegen Krämpfen. Von dort mit Versorgung entlassen.

Er gibt an: Er sei unmittelbar nach seiner Entlassung am 1. XI. 16 in den Bahndienst getreten als Streckenarbeiter und sei ununterbrochen als solcher bis zur jetzigen Lazarettbeobachtung tätig gewesen. Einige Male wäre er wegen Verschleimung zum Arzt gegangen.

Klagen: Bei starker Anstrengung Husten. Auswurf in wechselnder Menge, einmal geringe Blutbeimengung. Stechen in der rechten Brustseite, Kurzatmigkeit bei schnellem Laufen.

Befund.

162 cm langer, 52,5 kg schwerer Mann. Haut des Gesichts von frischer Farbe. Bindehäute gut durchblutet. Zunge o. B. Gebiss ziemlich gut in Ordnung. Knochenbau kräftig. Muskulatur gut entwickelt. Ernährungszustand mittel.

Herz: Spitzenstoss nicht sichtbar, an der üblichen Stelle un-
deutlich fühlbar. Auffallende Pulsation dicht unter dem Schwert-
fortsatz. Geringe Verbreiterung nach rechts. Töne rein.

Puls: Im ruhigen Stehen 78 Schläge. Brustausdehnung 80/86 cm. Bei tiefer Atmung bleibt die rechte Seite deutlich zurück. Auf der rechten Brustseite 3 Querfingerbreiten von der Brustwarze schräg nach oben und nach der Mitte zu eine kleine rundliche ältere reizlose Narbe von etwa Erbsengrösse. Wirbelsäule gerade. Brusthälften symmetrisch.

Linke Lunge: Klopfeschall o. B. Atmung hinten über Spitze sakkadiert, unrein. Sonst o. B.

Rechte Lunge: Klopfeschall hinten unten etwa von Schulterblattmitte abwärts heller und lauter als links. Verschieblichkeit nach unten etwas geringer als links. Atmung in diesem Bezirk r. h. u. leise, etwas schnarchend, begleitet und zeitweise übertönt von „Knittern“, „Knattern“. Hier selbst auch wechselndes mittel- bis grossblasiges Rasseln und etwas „Schaben“. Stimmchwirren leicht vermehrt.

Röntgenbild: Herzschatten im ganzen vergrössert, nach rechts verbreitert. Lungenspitzen frei. Hiluszeichnung beiderseits kaum verstärkt. Rechts unten zwischen der 8. und 10. Rippe, die 9. fast rechtwinklig kreuzend, näher der Wirbelsäule, der Schatten eines mit der Spitze nach oben liegenden Infanteriegeschosses, das von dem Herzschatten überdeckt ist. Unmittelbare Umgebung des Geschosses daher nicht deutlich zu übersehen. Komplementärraum und seitliche Brustwand rechts verschleiert.

Auswurf: schleimig-eitrig, goldgelb. Tuberkelbazillen darin nicht zu finden. Quinckescher Versuch beim Rücken deutlich positiv.

Temperatur fieberfrei. Bauch o. B. Urin frei von Zucker und Eiweiss. Gliedmassen o. B.

Nervensystem: Intelligenz gering — epileptoider Schwachsinn geringen Grades? — Kopfrechnen im kleinen Einmaleins unsicher. Sonst o. B.

Rechtseitiger Lungensteckschuss mit Unterlappenbefund, der als traumatische Rippenfellentzündung angesprochen werden muss und eine Bronchiektasieentwicklung wahrscheinlich macht. Für letztere spricht der Befund wie die Anamnese. Denn gerade

das Wechselnde des Auswurfs, die Art, wie er entleert wird — vergleiche bei Anstrengung und beim Bücken — und sein Aussehen sind charakteristisch. Auffallend ist die Lage des Geschosses mit Spitze nach oben. Es ist nicht von der Hand zu weisen, dass das Geschoss offenbar aus weiter Entfernung gekommen ist, erst horizontal gelegen und sich bei den sehr starken asthmatischen Anfällen, die im Dezember 1915 ärztlich beobachtet wurden, aufwärts gedreht hat, und dass es, sei es direkt durch seine Lage, sei es indirekt durch narbige Veränderungen eine Bronchus-Stenose bedingt, unterhalb von der eine Ektasie sich gebildet hat, wie es für sogenannte Fremdkörperbronchiektasien als typisch gilt.

Ob die geringe Herzverlagerung damit in Zusammenhang gebracht werden muss, mag dahin gestellt bleiben, da Herzstörungen subjektiv und objektiv fehlen.

Zusatz: Wenn auch unter Fremdkörperbronchiektasien im strengen Sinne nur solche verstanden werden, welche durch Fremdkörperaspiration entstanden sind, so kann doch auch hier im weiteren Sinne „Fremdkörperbronchiektasie“ angenommen werden. Man muss alsdann direkt durch Aspiration und indirekt durch Trauma entstandene unterscheiden.