

VIII.**Eine seltene Missbildung des Thorax.**

Von Dr. C. Seitz,

Assistenten der medicinischen Poliklinik in München.

(Hierzu Taf. IX. Fig. 1.)

Da die Literatur der Missbildungen, soweit ich dieselbe überblicken konnte, nur zwei allenfalls hiehergehörige Fälle aufweist¹⁾), dürfte die Veröffentlichung des im Folgenden zu beschreibenden Falles genügende Berechtigung finden.

Es handelt sich um einen angeborenen Defect von Knochen- und Muskelpartien der linken Thoraxhälfte mit Lungenhernie. Anamnestisch liess sich über den Fall Folgendes ermitteln:

Martin L., 28 Jahre alt, ist das jüngste von 9 Geschwistern, die mit Ausnahme eines an Wassersucht gestorbenen alle leben, gesund und normal entwickelt sind. Der Vater erfreut sich bester Gesundheit und steht im 84. Lebensjahr, die Mutter starb mit 79 Jahren der Beschreibung nach an einer chirurgischen Krankheit. Sie gebar diesen Sohn in ihrem 51. Lebensjahre nach 5jähriger Gebärpause. Pat. selbst war mit Ausnahme einer nach 3ätigem Spitalaufenthalt gebesserten „Nierenentzündung“ nie krank. Die Geburt desselben verlief gut ohne Kunsthülfe, doch soll er als schwächliches Kind zur Welt gekommen sein. Während der Schuljahre nahm er unbehindert an den Spielen der Altersgenossen Theil; später kam er seiner Beschäftigung als Bauernknecht ohne Beschwerde nach und stellte auch, weil jähzornig, bei den landesüblichen Raufereien seinen Mann. Erst seit $\frac{1}{2}$ Jahr ermüdet er eher als sonst und treten bei angestrengter Arbeit Athembeschwerden auf. Der linke Arm war immer etwas schwächer. Die bestehende Abnormität der linken Brustseite machte ihn militärfrei. Ein Trauma irgend welcher Art hat er niemals erlitten. Ueber eine oberhalb der 2. linken Rippe in der vorderen Axillarlinie befindliche 2 cm lange schräg verlaufende verschiebbliche Narbe weiss er keine Auskunft zu geben; nach Aussage des Vaters ist dieselbe „angeboren“. Seine geistigen und körperlichen Functionen sind normal.

¹⁾ Frickhöffer, Dieses Archiv Bd. 10 S. 474 (erwähnt in Ahlfeld's Missbildungen S. 177). Froriep's neue Notizen a. d. Gebiete der Natur- und Heilkunde für 1839, No. 199 (erw. in Ammon die angeborenen chir. Krankheiten des Menschen S. 62).

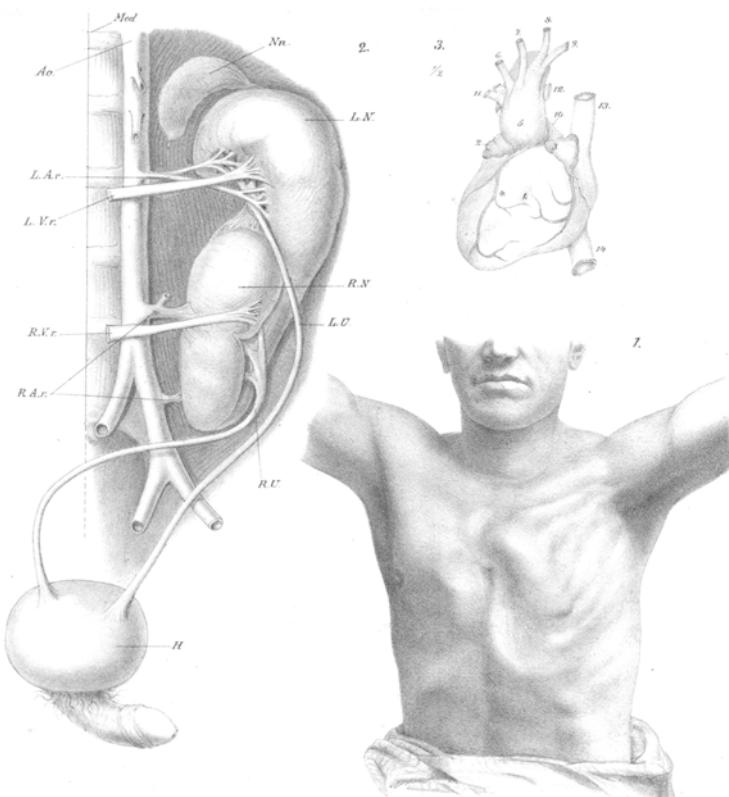


Fig. 2. W. Geckmann's Bol.

Afb. Schmitz. Lief. Smeek. Berlin.

Patient ist von grosser Statur, normaler Hautfarbe; Musculatur und Skelett — mit Ausnahme der unten zu beschreibenden Partien — kräftig entwickelt; nirgends Spuren von Rhachitis. Die Inspection und Palpation des Thorax ergiebt Folgendes:

Linke Clavicula tiefer stehend, verdickt, stärker nach vorn gekrümmmt als die rechte. Die vordere Thoraxfläche ist ganz asymmetrisch, rechts kräftig entwickelt von normaler Wölbung, links an Stelle der letzteren eine pfannenartige Vertiefung von 18 cm Länge, 12 cm Breite und 1,5 cm Tiefe (unter dem Sternum) mit diversen Hervorragungen. Die linke Mamilla fehlt vollständig. Der Umfang der rechten Thoraxhälfte über der Mamilla beträgt 46 cm, der linken in gleicher Höhe 42,5 cm. Die Wirbelsäule zeigt eine leichte Scoliose nach links. Das Sternum — 16,5 cm lang — zeigt statt der Ansatzstelle der 2. Rippe links einen halbmondförmigen Defect (3 cm unterhalb der Incis. semilun. manubrii) von 3 cm Länge und bis 1,5 cm Breite; unterhalb desselben ist der linke Sternalrand wesentlich nach vorn gekrümmmt, so dass er mit den Ansätzen der 6. und 7. Rippe einen Winkel von 30—40° bildet. Die 1. Rippe links zeigt keine Abnormität. Die Palpation derselben und der folgenden wird sehr erleichtert durch das Fehlen der Musculatur (wie später näher beschrieben wird). Die 2. Rippe links endet frei daumenbreit von dem beginnenden Sternaldefect mit einer Verdickung und prominirt. Die 3. Rippe endet gleichfalls frei in der linken Parasternallinie gerade nach abwärts verlaufend von Federkieldicke 6,5 cm entfernt vom defecten Sternum. Die 2. und 3. Rippe sind in der vorderen Axillarlinie verwachsen; die 4. und 5. Rippe endigen gleichfalls frei 4 cm vom linken Sternalrand, vorne zusammen verschmolzen in eine Zweimarkstückgrosse flache Platte. Die 6. Rippe zeigt keine Continuitätstrennung, doch ist sie sehr stark nach abwärts gekrümmmt und zeigt an der tiefsten Stelle eine haselnussgrosse Verdickung, unterhalb welcher eine thalergrosse Vertiefung folgt. Die 7. Rippe endlich zeigt wieder nahezu normales Verhalten.

Ausser obigen Defecten des Skelettes ergeben sich auch noch solche in der Musculatur. Vom M. pectoralis major sin. besteht nur die Portio clavicularis, während der M. pectoralis minor s. gänzlich fehlt (auch die Prüfung mit dem constanten Strom ergiebt negative Resultate), auch die Mm. intercostales fehlen an der linken vorderen Thoraxhälfte. Der M. latissim. dorsi und der M. serrat. antie. maj. sind sehr schwach entwickelt. Dagegen ist die Pars clavicular. m. deltoid. sin. und der M. cucullar. sin. stärker entwickelt als rechterseits (weil sie wohl vicariirend eintreten). Obige Defecte in der Musculatur ermöglichen genaue Palpation der abnormen Rippen und gestatten auch vollständiges Umgreifen des Process. coracoid. sinistr. Auch das Fettpolster ist im ganzen Gebiete der Abnormität vollständig geschwunden. Dadurch entstehen an den Stellen der Knochendefekte tiefe Gruben, die sich inspiratorisch einziehen, bei forcirter Exspiration sich dagegen bis 2 em hervorwölben (Herniae pulmonales). Die Lunge bläht sich in dem Skeletdefect in einer Länge von 12 cm und Breite von 6 cm auf in birn-

förmiger Gestalt, daneben bestehen seitlich zwischen 3. und 4., ferner zwischen 5. und 6. Rippe noch zwei kleinere den Intercostalhäumen entsprechende Lungenhernien.

Bei der Inspection ist noch auffallend der Mangel des Spitzentusses an normaler Stelle; derselbe findet sich unterhalb des Proc. xiphoideus, deutliche Pulsation sieht man ferner in dem halbmondförmigen Defect am Sternum und unterhalb der abnormen Rippen herab von der Art. pulmonal. resp. mammaria intern. herrührend. Obigem Befund entsprechend lässt sich percutorisch die Verlagerung des Herzens so feststellen, dass dasselbe unter dem Sternum und dem von demselben mit den beiden letzten Rippenansätzen gebildeten Winkel liegt. Die Lungen zeigen normale Grenzen, nirgends Dämpfung, allenthalben exquisites Vesiculärathmen, am schönsten durch direkte Auscultation über der Hernie. Die Leber überragt den Rippenbogen fingerbreit. Herzton rein, Action regelmässig, Puls von mittlerer Völle, weich, 62—66. Auch die übrigen Organe zeigen nichts Abnormes. Die beigefügte Abbildung möge die Schilderung des Falles vervollständigen.

Was die Pathogenese betrifft, so werden wir schon durch den Mangel irgend eines anamnestischen Momentes auf den intrauterinen Ursprung der Deformität hingewiesen. Auch eine Abnormalität in der Keimanlage scheint mir ausgeschlossen durch die Art der Missbildung. Es dürften nur zwei Möglichkeiten in's Auge zu fassen sein. Es kann eine Extremität, wahrscheinlich der Arm der betreffenden Seite, über die Brust gelagert und durch irgend ein Moment (Tumor?) dauernd so angedrückt gewesen sein, oder es hat eine Geschwulst des Uterus (Myoma?), die sich in der 5jährigen Gebärpause entwickelt hat und dabei die Conception nicht ausschliesst, Druck gegen die linke vordere Thoraxfläche ausgeübt. In beiden Fällen musste der abnorme andauernde Druck die Entwicklungshemmung einzelner Theile erklären.