

## XXIX.

## Kleinere Mittheilungen.

## 1.

## Zwei seltenere Missbildungen.

Aus der therapeutischen Abtheilung des Herrn Dr. Dunin im  
Hospital Kindlein Jesu in Warschau.

**I. Ueber eine Defectmissbildung einiger Rippen und Muskeln als  
Ursache einer seltenen Abnormität im Bau des Thorax  
(Fissura thoracis lateralis).**

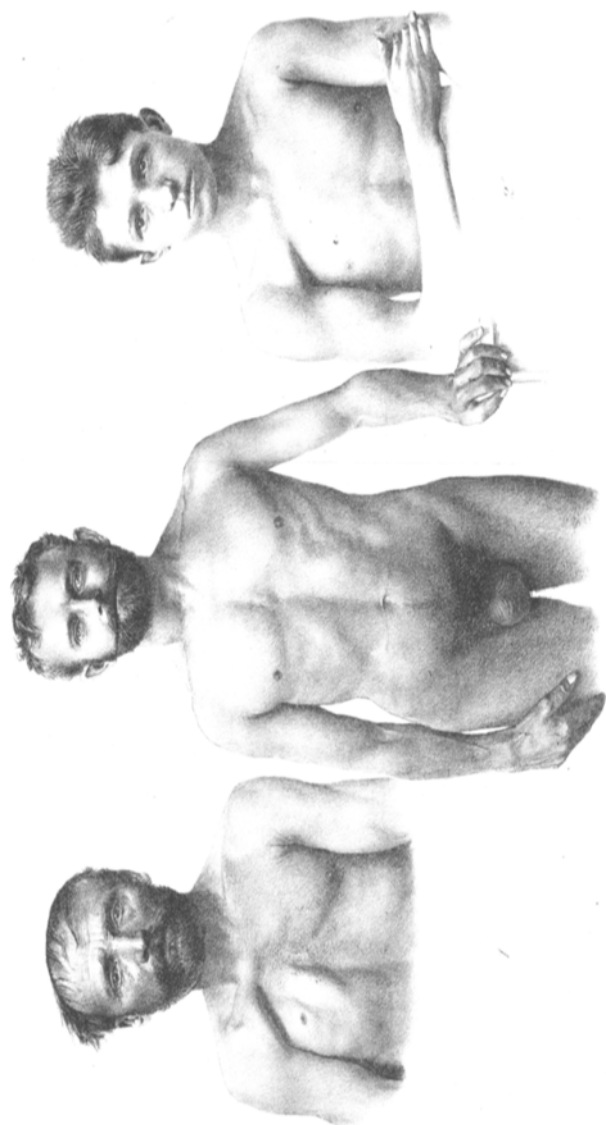
Von Dr. A. Pulawski, Assistenzarzt der Abtheilung.

(Hierzu Taf. X. Fig. 1.)

Im November 1887 kam auf unsere Abtheilung Brzozowski Carl, Lohnarbeiter, 36 Jahre alt, mit den Erscheinungen einer croupösen Lungenentzündung des linken Oberlappens. Die Pneumonie verlief normal und endete mit Genesung. Der Patient war für uns in anderer Beziehung interessant. Derselbe zeigte nemlich eine angeborene Abnormität im Bau des Thorax<sup>1)</sup>. Die Anamnese des Patienten bietet nichts Interessantes dar: er stammt aus einer gesunden Familie und war bis zu letzter Zeit vollständig gesund. Die Abweichung vom normalen Bau des Thorax, von der unten die Rede, besteht bei ihm von Kindheit auf, allein beanspruchte dieselbe, da sie kein Hinderniss für ihn bildete, niemals seine Aufmerksamkeit.

Der Patient ist von mittlerer Körpergrösse, guter Ernährung, die Muskeln kräftig entwickelt. Die linke Hälfte des Brustkorbes normal gebaut. Die rechte mehr als die linke nach hinten hervorgebuchtet, vorn von der Clavicula bis zur 6. Rippe ist dieselbe bedeutend abgeflacht, was auf den ersten Blick den Eindruck des sog. Rétrécissement thoracique macht. Clavicula verdickt, stark hervorragend, indem die zugleich die Supraclaviculargrube, die mehr als auf der normalen Seite vertieft erscheint, beschränkt. Das Sternum ist bedeutend kürzer, als es normal der Fall zu sein pflegt (die Länge = 12 cm, während dieselbe bei einem normalen Menschen von derselben Körpergrösse 24 cm beträgt). Dasselbe ist in seinem oberen dem Manubrium ungefähr entsprechenden Abschnitte abgeflacht, rechts ist das-

<sup>1)</sup> Ich habe den Patienten in der klinischen Sitzung der Warschauer medic. Gesellschaft am 15. Januar 1887 demonstrirt.



selbe nach hinten (nach innen) verkrümmt. Der rechte Rippenbogen ragt stark hervor und ist bedeutend verdickt. Die Mamilla liegt 2 cm höher, als auf der linken Seite (vgl. die Zeichnung). Bei der genauen Untersuchung der Rippen von unten nach oben zeigt sich, dass der aufsteigende Abschnitt der 6. Rippe sich nach dem Sternum zu unter einem scharfen Winkel biegt. Die 5. Rippe ist seines eigenen Knorpels beraubt und haftet dem aufsteigenden Theil der 6. Rippe an. Die 4. Rippe, die parallel der 5. ist, endet blind in der Entfernung von  $4\frac{1}{2}$  cm vom Sternum als eine knopfartige Verdickung. Die 3. und 2. Rippe, die sehr dünn und schmal sind, liegen parallel neben einander und enden ebenfalls blind den falschen Rippen analog. Die 1. Rippe scheint einen normalen Ansatz zu haben. Die Inter-costalräume sind rechts bedeutend breiter.

Die Haut ist an der Stelle der Einziehung des Brustkorbes glatt, trocken, ohne jede Spur von Warzigkeit und des Haares beraubt. Das subcutane Fettgewebe, sowie die entsprechenden Muskeln, wie der *M. pectoralis minor et major* sind unter der Haut gar nicht zu fühlen. Es ist blos die claviculare Portion des letzteren Muskels entwickelt, die sternale Portion ist durch ein fibröses, 2 cm breites Band ersetzt<sup>1)</sup>.

Bei tiefer Expiration, hauptsächlich beim Husten, wölbt sich die Haut an der eingesunkenen Stelle des Thorax in Form eines sphärischen Dreieckes hervor.

Wenn wir den Patienten von hinten betrachten, constatiren wir Folgendes: Hochstand des rechten Arms und leichte Verkrümmung der Wirbelsäule; das rechte Schulterblatt steht vom Brustkorb ab (*Scapula alata*), die Spina etwas emporgehoben, der innere Rand um 4 cm der Wirbelsäule mehr genähert und der untere Winkel um 2 cm höher als auf der entgegengesetzten Seite stehend. Bei Hebung des Armes bis zur senkrechten Linie macht die Scapula ihre gewöhnliche Bewegung nach vorn nicht mit und der Arm kann deshalb nicht genau bis zur Senkrechten gehoben werden.

An den entsprechenden Stellen des Thorax sind die Bäuche des *M. serratus anticus* nicht zu fühlen. Alles dies zusammen spricht für den vollständigen Mangel desselben.

Der Patient ist mit Ausnahme der Hebung des Armes bis zur Senkrechten im Stande, alle übrigen Schulter- und Armbewegungen genau und mit gehöriger Kraft auszuführen. Beim Gehen kann man eine leichte Neigung des Kopfes und des Rumpfes nach der gesunden Seite hin constatiren.

Der oben geschilderte Fall gehört zu den in der Teratologie unter dem Namen *Monstra per defectum* (Foerster) bekannten Missbildungen. Unser Patient hatte in Folge von mangelhafter Entwicklung der 2., 3., 4. und 5. Rippe eine seitliche Thoraxspalte (*Fissura thoracis late-*

<sup>1)</sup> Diese membranöse Verbindung des Thorax mit der benachbarten Extremität ist unter dem Namen der Flughautbildung geschildert worden. (J. Benario, Ueber einen Fall von angeborenem Mangel des *Musculus pectoralis major und minor*. Berl. klin. Wochenschr. 1890. No. 10.)

ralis, Ahlfeld). Ahlfeld<sup>1)</sup> erklärt die Entstehung ähnlicher Spalten auf solche Weise, dass an der Stelle der später entstandenen Spalte eine Verwachsung des Amnion und eine daraus hervorgehende mangelhafte Rippenentwicklung stattgefunden hat. Gewöhnlich kommt es an dieser Stelle zu einer Hervorstülpung des Pleuralblattes, was einen sog. Lungenbruch (*Hernia pulmonalis*) zur Folge hat. Mit der Zeit wird die Lunge nach hinten weggezogen und die Oeffnung im Brustkorb erleidet eine Verkleinerung.

Ein so ausgedehnter angeborener Defect am Thorax, wie der in unserem Falle, gehört zu den grössten Seltenheiten. Haeckel<sup>2)</sup> hat in der ganzen teratologischen Literatur nur 4 ähnliche Fälle gefunden (Volkmann, Frick-hoeffer, Froriep und Seitz). Der Fall von Haeckel selbst und der meinige sind fast identisch (Mangel des Pectoralis major et minor, des Serr. ant. major, Defect der Rippen, verkümmerte Entwicklung der Milchdrüse, Skoliose, einige Anomalien der Hautgebilde an der defecten Brustseite). Nur in dem Falle Haeckel's bestand eine Verkleinerung der Scapula, was ich in meinem Falle nicht bemerkt habe.

Der von uns geschilderte Fall, so selten und interessant derselbe in teratologischer Beziehung ist, bot kein klinisches Interesse. Der Patient hatte keine abnormen Empfindungen und wusste kaum von seinem Gebrechen.

Die Auscultation der Lungen an dieser Stelle zeigte keine Abweichung von den übrigen Thoraxstellen, nur bei der Percussion erhielt man einen Schall, der dem tympanitischen sehr ähnlich war.

---

## II. Ueber einen Fall von angeborenem rechtsseitigem Mangel der Musculi pectorales major et minor mit gleichzeitigen Missbildungen der rechten Hand.

Von Dr. J. Sklodowski, Assistenten der Abtheilung.

(Hierzu Taf. X. Fig. 2.)

---

Am Anfange des laufenden Jahres 1890 ist in das Hospital Kindlein Jesus der Kranke Traczyk angekommen, leidend an leichtem chronischen Gelenkrheumatismus. Neben dieser Krankheit bewies der Patient gewisse angeborene Constitutionsveränderungen, welche ich weiter kurz angebe.

Der Patient zählt gegenwärtig 20 Jahre und stammt aus einer gesunden Familie, in welcher, so viel er weiss, keine körperlichen Verunstaltungen jemals vorhanden waren. Bei seinen Eltern und seinen vier Geschwistern sind ganz bestimmt ähnliche Constitutionsveränderungen nicht aufzuweisen. Der Kranke selbst ist von mittelgrosser Gestalt, guter Ernährung und ge-

<sup>1)</sup> Die Missbildungen des Menschen. Leipzig 1882. II. Abschn. Spaltbildung. S. 182.

<sup>2)</sup> Ein Fall von ausgedehntem angeborenem Defect am Thorax. Dieses Archiv. 1888. Bd. 113. Hft. 3. S. 474.