Miscellanea : Akute Lepra-Reaktion : Bericht eines Krankheitsfalles mit Bemerkungen zum Auftreten von Lepra in Europa

Autor(en): **Heinemann, H.**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Acta Tropica**

Band (Jahr): **6 (1949)**

Heft 3

PDF erstellt am: **25.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-310240

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Akute Lepra-Reaktion.

(Bericht eines Krankheitsfalles mit Bemerkungen zum Auftreten von Lepra in Europa.)

Von H. HEINEMANN, Amsterdam.

(Eingegangen am 25. Mai 1949.)

Anläßlich einer Vertretung in der Schweiz hatte ich Gelegenheit, einen Europäer mit akuter Lepra-Reaktion zu behandeln.

Anamnese: Vor mehr als zwanzig Jahren in Europa linksseitige tuberkulöse Lungenerkrankung mit Hämoptoe. Günstiger Verlauf. Vor fünfzehn Jahren nochmals Hämoptoe. Wiederum günstiger Verlauf. Arbeitsfähig.

Nach 14jährigem Aufenthalt in den Tropen repatriierte Patient nach Europa, wo ein roter Fleck der rechten Wange und ein ähnlicher auf der Brust als leprös erkannt wurden (Bestätigung der Diagnose durch Biopsie). Behandlung: Injektionen von Ol. Chaulmoograe (1947).

1948. Nach mehrstündigem Aufenthalt an heißen Sommertagen in der Sonne Auftreten von hohem Fieber, papulösen Effloreszenzen im Gesicht, auf der Brust, am Rücken und an den Armen. Da die Temperatur trotz Penicillin hoch blieb und sich eine heftige Bronchitis links einstellte, wurde Patient der Klinik überwiesen.

Befund: Fieber (Abendtemperatur 39,6° C); schwerkranker Eindruck. Auf rechter Wange ein flaches Leprom, gerötet, oberflächlich mit z. T. eingetrocknetem, z. T. frischem Sekret bedeckt; ein ähnliches Leprom auf linker Wange. Am Körper hochrote Papeln von verschiedener Größe. An der Streckseite des linken Ellenbogens ein ausgebreitetes Infiltrat.

Im Gewebssaft des Leproms der rechten Wange und nach einigen Tagen auch im Sekret des inzwischen oberflächlich ulcerierten Infiltrats am linken Ellenbogen *Hansen*-Bacillen mikroskopisch *positiv*. (Im Nasenschleim dagegen waren Hansen-Bacillen bei wiederholter Untersuchung *negativ*.)

Beide Nn. ulnares waren verdickt.

In den oberen Partien der linken Lunge war vorn sowohl wie hinten kleinblasiges, feuchtes, klingendes Rasseln zu hören. In rechter Fossa supraclavicularis knisternde Rhonchi. Im Sputum zahlreiche säurefeste Bacillen. (Das Hygienische Institut der Universität Basel stellte sowohl kulturell als im Tierversuch Tuberkelbacillen fest.)

Diagnose: Lepra im Stadium der akuten Reaktion.

Tuberkulose der beiden Lungen.

Behandlung: Thiocalciom (Zyma) und Antistin (Ciba).

Verlauf: Am Tage nach der Aufnahme haben sich am Rücken und an den Armen — und spärlicher an den Beinen — neue Infiltrate gebildet. Darnach Abklingen der Reaktion und lytischer Temperaturabfall.

Am 8. Aufnahmetage wiederum Temperaturanstieg und erneutes Auftreten unzählbarer Infiltrate am ganzen Körper von Erbsen- bis Frankenstückgröße. Sehr schweres Krankheitsbild. Kurzatmigkeit. Knöchel- und Fuß-Oedeme. Das Fieber hält 7 Tage als Continua an. Pseudokrise. Nochmals 3 Tage anhaltendes Fieber und dann ständig normale Temperatur.

Mit Beginn des zweiten Reaktions-Schubes (am 8. Aufnahmetage) breitete sich eine *Bronchiolitis* über die ganze linke Lunge und über das rechte Ober-

und Mittelfeld aus. In diesen Bezirken überall kleinblasiges, feuchtes, klingendes Rasseln. Vesiculäres Atmen.

Behandlung: Penicillin, Coramin, Cardiazol, Ol. camphor.

Weiterer Verlauf: Am dritten fieberfreien Tage ist nur noch links vorn oben und links hinten oben kleinblasiges, feuchtes klingendes Rasseln feststellbar.

Röntgenuntersuchung — die während des schweren Krankheitsstadiums nicht möglich war — wird nachgeholt und ergibt eine vorwiegend cirrhotische Tuberkulose beider Oberlappen (und rechten Mittellappens?) mit starken Hilusschatten. Ein kleiner Ringschatten (Caverne?) unter rechter Clavicula.

Nach Temperaturabfall zur Norm Abklingen der Reaktionserscheinungen der Haut. Die Mehrzahl der während der beiden Reaktionsschübe entstandenen Papeln flachen ab und hinterlassen bräunlich-pigmentierte Flecken. Am Rücken und an den Beinen haben sich verschiedene Effloreszenzen zu tuberkuloiden Herden gruppiert (in deren Centren warm und kalt nicht unterschieden werden). Andere Herde zeigen deutlich lepromatösen Charakter.

Mitsuda-Reaktion ist negativ.

Beurteilung: Es handelt sich in diesem Krankheitsfalle (dessen Erscheinungen ich nur in Kürze und keineswegs vollständig mitteile) um *Lèpre intermédiaire* (Leprosy intermediate) und um eine beiderseitige Lungentuberkulose.

Die Mitteilung dieses Krankheitsfalles scheint mir berechtigt, und zwar aus zweierlei Gründen. Die — die Reaktion begleitende — *Bronchiolitis* ging weit über die im Röntgenfilm sichtbaren tuberkulösen Veränderungen hinaus. Es ist möglich, daß die Bronchiolitis Folge einer entzündlichen Reaktion tuberkulöser Herde der Luftwege war (die das Röntgenbild nicht in ihrer Ausdehnung erkennen ließ) oder Symptom einer Ausbreitung. Auch an die Möglichkeit einer Stauung (Oedem) habe ich gedacht, da eine Herzschwäche während der schweren Krankheitstage offensichtlich war. Drittens aber besteht die Möglichkeit, daß es sich um eine *leprose* Reaktion auf Schleimhäuten der feineren Bronchialwege gehandelt hat, und auf *diese* Möglichkeit hinzuweisen, ist der eine Grund dieser Veröffentlichung.

Die Publikation des Krankheitsfalles scheint mir aber weiterhin berechtigt, weil die Beobachtung in der Schweiz erfolgte. Die Zahl der Lepra-Kranken hat in Europa seit dem zweiten Weltkriege erheblich zugenommen, nachdem Europäer als Soldaten oder als Insassen von Gefangenenlagern in Gebieten endemischer Lepra unter unhygienischen Verhältnissen zu leben gezwungen waren. Es ist anzunehmen, daß die Zahl europäischer Lepra-Kranker noch zunehmen wird, einmal da die Inkubationszeit eine sehr lange sein kann und zweitens, da die politische Unruhe in Asien auch heute noch der Unhygiene in die Hand arbeitet. Auch in der Schweiz sollte der *angehende* Arzt mehr als bisher auf die Lepra als aetiologischen Faktor aufmerksam gemacht werden, und der Unterricht sollte sich nicht darauf beschränken, dem angehenden Arzte nur die ausgesprochenen *End*stadia dieser Krankheit zu zeigen. Die modernen Mittel der Demonstrationstechnik machen es möglich, in einem der letzten klinischen Semester ein Kolleg zu lesen, das insbesondere der Frühdiagnose der Lepra Rechnung trägt (auch wenn Kranke zur Demonstration nicht zur Verfügung stehen). Es ist die *Frühdiagnose,* die dem Kranken die beste Besserungs- oder Heilungschance bietet, und es ist die *Früh*diagnose, die der Ansteckung vorbeugt.