

XXII.

Kleinere Mittheilungen.

1.

Zur Casuistik der Tumoren der Hypophysis.

Von Dr. C. Eisenlohr,

Assistenzarzt am allgem. Krankenhause in Hamburg.

Die Existenz einer wahren Struma pituitaria von ansehnlicher Grösse ist durch die Beobachtungen von W. Müller (Jen. Zeitschr. f. Med. und Naturw. Bd. II. Virchow u. Hirsch Jahresber. 1871. 1.) und neuerdings von Weigert (dieses Archiv Bd. LXV. 1875) sicher gestellt. Beide wiesen Hyperplasien des eigentlichen Drüsengewebes des Vorderlappens der Hypophyse nach. Ich beabsichtige im Folgenden einen Befund mitzuthellen, der in dieselbe Kategorie gehört. Der betreffende Fall war unter dem Bilde einer acuten Erkrankung verlaufen, mit Symptomen, welche die Annahme einer Meningitis, allerdings unter Berücksichtigung der Möglichkeit eines gleichzeitig vorhandenen Tumors, zu rechtfertigen schienen.

Lina Schütt, ein 23jähriges Dienstmädchen von robuster Constitution, wurde am Abend des 3. November 1875 auf die Abtheilung des Herrn Dr. Goldschmidt aufgenommen. Nach Angabe des bisher behandelnden Arztes war sie am 1. November mit fieberhaftem Unwohlsein, öfterem Erbrechen und Empfindlichkeit des Abdomen erkrankt, bald gesellte sich Kopfschmerz und eine gewisse Benommenheit des Sensorium hinzu. Durch spätere Nachfragen liess sich von der Umgebung der Pat. eruiren, dass sie allerdings schon in gesunden Tagen von etwas perversen geistigen Qualitäten, beschränkt und thöricht gewesen sei: eigentliche Geistesstörungen waren jedoch ebenso wenig als irgend welche Lähmungserscheinungen oder Störungen der Sinnesorgane vorausgegangen.

Die Beeinträchtigung des Sensoriums machte sich zur Zeit der Aufnahme in einem so hohen Grad geltend, dass von der Pat. überhaupt nur selten und durchaus keine für die Vorgeschichte der Krankheit verwertbare Antwort zu erhalten war. Hin und wieder Klagen über Kopfschmerz, fortwährende Unruhe und Jactation, eine ziemlich markirte Spannung der Muskeln der rechten Oberextremität mit Beugecontractur bei ausgesprochener Schwäche der übrigen Körpermusculatur, Pupillen mässig dilatirt, gleich, von träger Reaction. Im Gebiet der Hirnnerven sonst keine auffallende Anomalie, kein Strabismus. Schlingact geht ziemlich gut von Statten Zunge belegt, Lippen trocken. Die Brustorgane ohne physikalische Abnormität.

Im Abdomen weder Druckempfindlichkeit, noch palpable Veränderungen: kein Milztumor. Temperatur 39,6, Puls 120, Radialarterie von geringer Weite, starker Spannung. Der mit dem Catheter entleerte Urin klar, concentrirt, ohne Albumin.

Die Nacht vom 3. zum 4. verlief unter fortdauernder Unruhe, doch ohne Delirien. Am Morgen des 4. war Pat. vollkommen unbesinnlich, lag ruhig, gab keine Antwort. Pupillen weiter als gestern, ohne Reaction. Temp. M. 39,8, P. 116. — Abds. T. 39,4. Obstipation. — Am 5. derselbe Zustand vollkommener Bewusstlosigkeit und Somnolenz. Beide oberen Extremitäten in den Ellenbogengelenken stark contrahirt, die unteren Extremitäten zeigen keine Muskelspannungen, Hals- und Rumpfmuskeln schlaff. Urin geht ins Bett. Temp. M. 38,8, P. 140, Abds. T. 39,0. Kalte Uebergiessungen im warmen Bad ohne jede Wirkung.

Die Temperatur ging am Morgen des 6. bis 37,0, der Puls auf 116 herab. Die Reactionslosigkeit gegen alle Eindrücke dagegen bestand fort, ebenso die Beugecontractur der oberen Extremitäten. Pupillen sehr weit, unbeweglich; Schlucken geht schlecht von Statten. Am 7. nichts verändert. Wiederholte kalte Begiessungen hatten kein besseres Resultat als das erste Mal. Exquisite Taches cérébrales beim Streichen der Hautoberfläche. T. 38,0, P. 120 am Morgen, 37,4 am Abd.

Am 8. und 9. lag Pat. in tiefem Sopor mit kleinem frequentem Puls, starren weiten Pupillen, allgemeiner Resolution der Muskeln. Die ophthalmoskopische Untersuchung hatte ausgeprägte Stauungspapille ergeben. Temp. am 8. M. 38,4, P. 120, Abds. 37,8, am 9. M. 37,8, P. 140, Abds. 38,8.

Am 10. November früh 5 Uhr erfolgte der Tod. Eine postmortale Temperaturbestimmung wurde leider versäumt.

Die Section wurde 8 Stunden post mortem vorgenommen; ich referire nur den Befund der Schädelcontenta ausführlicher.

Starke Todtenstarre, reichlich entwickeltes Fettpolster, rothbraune Musculatur. Schädeldach dünn, ohne Abnormität. Die Dura an einzelnen Stellen mit der Pia verwachsen, ziemlich stark gespannt. Im Subarachnoidalraum reichliche Mengen von Serum.

Bei Herausnahme des Gehirns zeigt sich an der Stelle der Hypophysis ein stark über die Sella turcica prominirender Tumor. Derselbe liegt unterhalb der Dura, ist stark kirschengross, von rundlicher Gestalt, sitzt mit etwas breiter Basis der Sella turcica auf und hängt mit dem Gehirn durch das wohl erhaltene Infundibulum zusammen. Er ist elastisch, ziemlich prall gespannt, fast fluctuirend und von einer derben Membran umschlossen, die fest mit dem Boden der Sella turcica und den Wänden der Sinus cavernosi zusammenhängt. Nach Präparation desselben aus der Sella turcica zeigt sich, dass er den Boden derselben ziemlich tief usurirt, die vordere Wand derselben theilweise zerstört hat, so dass er in die Keilbeinhöhle hineinragt. Die hintere Sattellehne ist derart consumirt, dass die Process. clinoid. post. mit einer dünnen Leiste beweglich auf der unteren Partie derselben aufsitzen. Zu beiden Seiten adhärirt die Hülle des Tumors den Sinus cavernosi, die zwar etwas comprimirt sind, deren Lumen jedoch frei erscheint. Ebenso lassen die zur Seite verlaufenden Nerven, Oculomotor., Trochlear. und Abducentes, keine Veränderung erkennen. Dagegen ist das Chiasma Nn. optico- und die Nn. optici selbst eine Strecke weit deutlich von unten nach oben flach gedrückt; die Farbe normal. Die übrigen Theile an der Basis des Gehirns, in specie die Gefässe durchaus normal. Die Pia ödematös, durchsichtig.

Die Hirnsubstanz stärker durchfeuchtet, ziemlich anämisch, besonders die

grane Substanz der grossen Ganglien, von guter Consistenz, nur das Corpus callosum auffallend weich und zerreisslich, von weisser Farbe. Das Ependym der Ventrikel klar und zart, die Flüssigkeit in den Ventrikeln kaum vermehrt.

Der rechte N. opticus wurde durch die Orbita bis zum Bulbus verfolgt; die Scheide desselben erwies sich als prall ausgedehnt, am Eintritt eine Ampulle bildend, die Papille prominirend. Herz und Herzbeutel ohne Veränderung.

Die linke Lungenspitze zeigt eine Adhäsion mit der Pleura costalis, in ihrer Substanz ein erbsengrosser verkalkter Heerd, in dessen Umgebung die Wandungen der kleineren Bronchen verdickt. Schleimhaut der Bronchen beider Lungen katarrhalisch. Die Bronchialdrüsen an der Theilungsstelle hart, von Kalkconcrementen durchsetzt.

Milz beträchtlich vergrössert, von ziemlich derber Consistenz, Follikel nicht deutlich.

Leber von normaler Grösse, Schnittfläche von trübem Aussehen, Centra der Acini grauroth, Peripherie graugelb. In den portalen Lymphdrüsen Kalkablagerungen. Nieren anämisch.

Das Colon in sämmtlichen Partien von Gas stark aufgetrieben. Die Schleimhaut des Coecum stark geröthet, mit dichtstehenden stecknadelkopfgrossen Puncten besetzt, von denen einzelne im Centrum eine kleine Einsenkung zeigten. Dieselbe Veränderung im Colon in abnehmender Stärke. Die unteren Abschnitte des Ileum ebenfalls hyperämisch und mit leicht prominenten Follikeln versehen, während die oberen Partien des Dünndarms normale Schleimhaut zeigten. Mesenterialdrüsen ohne Veränderungen.

Der herauspräparirte Tumor wurde sofort in Alkohol gehärtet. Auf dem Durchschnitt zeigte sich, von einer dicken Bindegewebshülle umschlossen, eine grauröthliche, sehr brüchige Substanz, mit mehreren braunrothen Blutextravasaten durchsetzt. Flächenschnitte durch verschiedene Partien ergaben eine Zusammensetzung desselben aus unregelmässig rundlichen Zellen von wechselnder Grösse, die vollkommen den Zellen der normalen Hypophyse glichen, einen, selten zwei Kerne besaßen, zum Theil durch Blutfarbstoff mehr oder weniger gelblich tingirt waren. An zahlreichen Stellen war noch eine der Norm entsprechende Anordnung dieser Zellen in strangförmigen Bildungen oder ein acinöser Bau zu sehen, an anderen waren die Zellenhaufen regellos durcheinander geworfen durch Anhäufungen von rothen Blutkörperchen, die sich grossentheils in der Umgebung stark gefüllter, dünnwandiger Gefässe fanden. Am regelmässigsten zeigten sich die Cytoblasten in der Peripherie, in unmittelbarer Nähe der lamellos geschichteten, bindegewebigen Hülle gelagert; hier bildeten sie oblonge Reihen, theils mit, theils ohne Lumen; hier war auch am deutlichsten das zarte bindegewebige Stroma, das die Zellenreihen trennte, nachzuweisen. Spuren von Verfettung fanden sich in Form von feinen Fettkörnchen überall, doch nirgends in erheblicherem Grade.

Colloidmassen waren nicht vorhanden. Gelbrothes Pigment in amorphen Häufchen lag überall in der Umgebung der hämorrhagischen Stellen zerstreut. Der hintere Lappen der Drüse war nicht zu finden: an der Stelle der Einsenkung des Infundibulum waren nur Zellenmassen, die den übrigen durchaus glichen, und fettiger Detritus anzutreffen.

Die Untersuchung feiner Querschnitte des N. opticus dext. ergab keine Zeichen von Degeneration der Nervelemente.

Der mikroskopische Befund erwies demnach eine bereits ziemlich entwickelte wahre Hypertrophie des Drüsenlappens der Glandula pituitaria mit Gefässbildung, in deren Begleitung — ganz analog den Vorkommnissen bei der Struma thyroidea — Hämorrhagien erfolgt waren. Durch letztere scheint eine acute Volumsvergrößerung der Geschwulst erfolgt und der Verlauf beschleunigt worden zu sein.

Ob diese Eventualität im Zusammenhang stand mit den durch die Section erwiesenen übrigen Veränderungen, der Schwellung der folliculären Apparate im Darm, dem Milztumor, ob die febrilen Erscheinungen lediglich abhängig zu denken sind von den Veränderungen im Schädelcavum, dürfte schwer zu entscheiden sein.

Wie aus der Krankengeschichte hervorgeht, war irgend welches charakteristische Symptom für einen Tumor in der Sella turcica während und aller Wahrscheinlichkeit nach auch vor der Beobachtung niemals vorhanden gewesen¹⁾. Es erklärt sich dies leicht aus der offenbar sehr raschen Volumszunahme der Geschwulst (durch die Blutungen) von einer Grösse, die noch keine hervorstechenden Druckwirkungen hervorgebracht, zu einem Umfang, der die Circulation in der Schädelhöhle rasch in irreparable Unordnung brachte,

¹⁾ S. über die Zeichen der Tumoren der Pituitargegend bes. Friedreich, Beiträge zur Lehre von den Geschwülsten innerhalb der Schädelhöhle. Würzburg 1853.