

Bibliothèque numérique

medic@

Dictionnaire des maladies
éponymiques et des observations
princeps : **Fröhlich (syndrome de)**

**FRÖHLICH, Alfred. - Ein Fall von
Tumor der Hypophysis cerebri ohne
Akdremegalie**

*In : Wiener klinische Rundschau, 1901, Vol. 15, pp.
883-6*

WIENER KLINISCHE RUNDSCHAU

Organ für die gesamte praktische Heilkunde

sowie für die

Interessen des ärztlichen Standes

unter ständiger Mitwirkung der Herren
F. Alt (Wien), St. Bernheimer (Innsbruck), A. Biedl (Wien), A. Bing (Wien), E. Blaschoff (Klosterneuburg), E. v. Braun-Fernwald (Wien), R. v. Braun-Fernwald (Wien), L. v. Ditzel (Wien), S. Ehrmann (Wien), A. Fischer (Wien), E. Flitsch (Wien), E. Frankl-Hochwart (Wien), A. v. Frisch (Wien), J. Fritsch (Wien), E. Fronz (Wien), R. Gottlieb (Hofstiegenberg), J. Grünbaum (Wien), E. Finger (Wien), L. v. Frankl-Hochwart (Wien), H. v. Hebra (Wien), E. Hering (Prag), P. Heymann (Berlin), J. P. Karplus (Wien), G. Kobler (Sarajevo), A. Kreidl (Wien), H. Loos (Wien), M. Lorenz (Wien), J. Mannaberg (Wien), F. Mraček (Wien), C. F. Müller (München), Jul. Neumann (Wien), J. Nevijnny (Innsbruck), L. Oser (Wien), H. Puschkin (Wien), E. Reith (Wien), F. Rinckel (Wien), J. Pollak (Wien), J. Preindlsberger (Sarajevo), E. Redlich (Wien), M. Richter (Wien), O. Rosenbach (Berlin), E. Savov (Wien), J. Scheffner (Wien), A. Schiff (Wien), H. Schlesinger (Wien), J. Schnitzler (Wien), E. Schwarz (Wien), O. Seifert (Würzburg), L. Seifelder (Wien), G. Singer (Wien), Fr. v. Pfungen (Wien), E. Wertheim (Wien), O. Zuckerkandl (Wien).

Redigirt von den Privatdozenten

Dr. F. Obermayer und Dr. Carl Kunz.

Bezugsort für den Buchhandel: Zitter's Zeitungsverlag, Wien, VIIth, Mariahilferstrasse 62.

Die „Wiener klinische Rundschau“ erscheint jeden Sonntag im durchschnittlichen Umfange von 3 Bogen. — Prämienpostkarte für Österreich-Ungarn: ganzjährig 20 K., halbjährig 10 K., vierteljährig 5 K.; für das Deutsche Reich ganzjährig 20 M., halbjährig 10 M., vierteljährig 5 M.; für die übrigen Staaten ganzjährig 25 Fr., halbjährig 12.50 Frs.

Bestellungen übernimmt die Administ. der „Wr. klinischen Rundschau“, Wien, VIIth, (Telephon Nr. 7551), zu welche auch die Inseratenanträge zu senden sind und alle Nachrufe, Anzeigen und Postkarten. Inseratenvertretung für Berlin: Annencon-Expedition Arthur Moser, Berlin, Schild und Briefkastenstr. 1. — Für die Redaction bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe, Umschreibungen) sind an die „Wr. klinische Rundschau“, VI. Mariahilferstr. 87, zu richten. (Telephon Nr. 9330).

XV. Jahrgang.

Wien, 23. November 1901.

Nr. 47.

INHALT: Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern. Aus der I. medicinischen Klinik des Herrn Hofrates Prof. N. Nothnagel. Ein Fall von Tumor der Hypophysis cerebri ohne Akromegalie. Von Dr. Alfred Fröhlich. — Klinischer Beitrag zur Biologie der Gonosozonen. Von Dr. G. Nobl (Schluss). Aus der I. k. psychiatrischen Universitätsklinik (Professor Dr. e. Wagner) in Wien. Geistesstörungen bei den Juden. Von Dr. Alex. Pilzer.

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine. K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien. — III. Congress tschechischer Naturforscher und Ärzte in Prag.

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen. — Dr. B. Buxbaum. Lehrbuch der Hydrotherapie. — Josef Hyrtl. Der Schädel der Mödlinger Krypta. — Prof. Dr. Friedrich Reinke. Grundzüge der allgemeinen Anatomie. — Dr. Ladislans Szymonowicz. Lehrbuch der Histologie und der mikroskopischen Anatomie. — Dr. Rudolf Loos. Bau und Topographie des Alveolaftersatzes im Oberkiefer.

Zeitungsschau. Berliner klinische Wochenschrift 1901, Nr. 41, 42, 43. — Zeitschrift für Tuberkulose und Heilstättenwesen. — Behandlung von Hautepitheliomen mit konzentriertem Licht. — Mastdarmgeschwüre in Folge von Incision eines gonorrhoeischen Pseudoadenocarcinoma. — Über späte Condyome der Lippen- und Mundschleimhaut. — Über Pararethritis gonorrhoeica. — Über die Bedeutung und die bakteriologische Untersuchung der Urinfäden bei Urethritis nach Gonorrhoe mit spezieller Berücksichtigung des Culturverfahrens. — Über Periurethritis gonorrhoeica. — Zur Histologie des Rhinoceromons. — Über den heutigen Stand der Lehre der Leukoplakie (Schwimmer). — Vorläufige Mitteilungen über Syphilisimpfungen am Thiere. — Zur Kenntnis der leprösen Affectionen an der Glans penis. — Zur Klinik der Lepra des männlichen Geschlechtsapparates.

Therapeutische Rundschau. — 78. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Hamburg. — Tagesnachrichten und Notizen. — Aerztliche Gesellschaften. — Curse. — Aerztliche Stellen.

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Aus der I. medicinischen Klinik des Herrn Hofrates Prof. H. Nothnagel.

Ein Fall von Tumor der Hypophysis cerebri ohne Akromegalie.

Von Dr. Alfred Fröhlich.*)

M. H.! Ich möchte mir erlauben, Ihnen einen Fall zu demonstrieren, den ich in dem von Herrn Professor v. Frankl-Hochwart geleiteten Nerven-Ambulatorium der Klinik des Herrn Hofrates Nothnagel zu beobachten Gelegenheit hatte und der mir in mancherlei Hinsicht bemerkenswertes darzubieten scheint.

R. D., ein 14-jähriger Knabe, steht seit November 1899 in unserer Beobachtung. Damals gab seine Mutter an, dass er zweimal wöchentlich, zuweilen in 14 tägigen Intervallen von der Schule mit Kopfschmerz nachhause kam. Er musste sich zu Bett legen; zwei Stunden nachher Erbrechen, mitunter Erbrechen gleich beim Nachhausekommen. Dieser Zustand bestand seit April 1899. Kopfschmerz links, zuweilen beiderseits, meist im Vorderkopf. Er lernt gut, gutes Gedächtnis, keine Zeichen von Nervosität oder Hysterie. Keine früheren Erkrankungen, kein vorangegangenes Trauma. Sehen gut. Sonst keinerlei subjective Beschwerden.

Keine Blasen- und Mastdarmstörungen. Objectiv konnte keinerlei pathologischer Befund festgestellt werden. In der Krankengeschichte erscheint der Status des negativen Befundes ungeachtet detailliert erhoben. Fundus normal. Der Augenhintergrund ist, wie die Mutter mittheilt, zu jener Zeit auch von Professor Königstein untersucht und normal befunden worden. Wir nahmen angesichts des negativen Befundes einen Zustand von Hemicranie an und ertheilten dementsprechende therapeutische Rathschläge. Dann verloren wir Pat. aus den Augen.

*) Nach einer am 12. October 1901 in der Wanderversammlung des Vereines für Psychiatrie und Neurologie in Wien gehaltenen Demonstration.

Am 19. August 1901 erschien er wieder, diesmal mit einer Reihe ernster Beschwerden. Die Mutter gibt Folgendes an: Seit März 1899 begann Pat., der bis dahin ein mageres Kind war, rapid an Körpergewicht zuzunehmen. Jänner 1901 klagte er über Herabsetzung der Sehkraft am linken Auge, der aber keine weitere Beachtung geschenkt wurde. Juli 1901 begannen die Kopfschmerzen neuerdings aufzutreten und in der Folgezeit an Intensität zunehmend. Gleichzeitig klagte er über Müdigkeit. Oftes Erbrechen, besonders im Anschluss an Mahlzeiten. Weitere Abnahme der Sehkraft des linken Auges, dann Erblindung links. Später nahm auch die Sehkraft rechts ab.

Am 23. September 1901 konnte ich folgenden Befund erheben: Seit einigen Wochen subjektiv Besserung. Weniger Kopfschmerz, kein Schwindel. Seit 10 Tagen kein Brechreiz, Körpergewicht nimmt ab: 51 1/2 kg gegen 54 kg im Mai 1901. Appetit, Schlaf gut. Objectiv: Intelligenz, Sprache durchaus normal. Kopfbewegungen frei. Die linken Schläfengrube und nur diese auf Percussion schmerzempfindlich.

Keine Störungen des Geschmacks, Geruchs, sowie der Sensibilität im Gesicht. Gehör normal. Uebrige Hirnnerven normal. Motilität und Sensibilität an den Extremitäten und am Rumpfe durchaus normal. Sehnenreflexe, namentlich Knie reflexe lebhaft. Kein Fussclonus, kein Romberg'sches Phänomen. Sphincter O. Innere Organe normal. Urin frei von Zucker und Eiweiß.

Augenuntersuchung (Doc. Dr. Kunz): Pupillen ca. 4 mm weit, gleich. Die linke Pupille reagiert auf Lichteinfall nicht, auf Accommodation sehr gut. Rechts prompte Reaction auf Licht und Accommodation. Bulbi frei beweglich, kein Nystagmus. Fundus: genuine Atrophie N. optici sin.; rechts normal. Links Amaurose, rechts 5/20 (Gläser bessern nicht); temporale Hemianopsie rechts.

Die Gesichtsfeldgrenzen des rechten Auges sind in der nasalen Hälfte ganz normal. Die schmale nasale Partie grenzt sich gegen die blinde temporale durch eine nahezu verticale Trennungslinie ab, welche aber nach aussen vom Centrum verläuft, dasselbe in einem sanft geschwungenen Bogen umgreifend. Die Papilla n. opt. ist leicht herabgewinkelt, sehr scharf begrenzt; an den Gefäßen keine Veränderungen.

*) Bei der letzten ophthalmoskopischen Untersuchung am 12. Nov. war die innere Hälfte der rechten Papille stark gerötet, opak und leicht geschwollen (Neuritis).

Zu der in den letzten Wochen aufgetretenen Besserung im Befinden, sowie zur Gewichtsabnahme muss bemerkt werden, dass Pat. seit 9. September mit Schilddrüsentabletten behandelt wurde.

Die Deutung dieser Symptome bietet wohl keinerlei nennenswerte Schwierigkeit. Alle weisen auf einen Prozess hin, der an der Schädelbasis lokalisiert ist, u. zw. in der Gegend des Chiasma opticum. Der Beginn mit Kopfschmerz und Erbrechen, der langsame Verlauf deuten auf einen allmählich fortschreitenden raumbeschränkenden Prozess selbst; das ungleichmäßige Befallensein beider Augen (Atrophia N. optici und reflectorische Pupillenstarre links, temporale Hemianopsie rechts, Herabsetzung der Sehschärfe rechts) lässt die Annahme einer Neubildung der Hypophysis cerebri oder wenn man genauer sein will, der Hypophysen g e g o n d w o h l als sicher erscheinen. Warum man hier an eine Neubildung der Hypophyse selbst zu denken berechtigt ist, soll weiter unten ansehnandergesetzt werden.

Vorerst möchte ich mir erlauben, einen kurzen Streifblick auf die vorliegende Literatur der Hypophysengeschwülste zu werfen. Ich betone ausdrücklich, dass ich hier stets nur von solchen Geschwülsten der Hypophyse sprechen will, die nicht mit Akromegalie vergesellschaftet sind, sowie dass es nicht im Rahmen dieser Zeilen liegt, auf das Verhältnis von Gl. pituitaria und Akromegalie einzugehen.

Schon in früher Zeit wurde den Erkrankungen des Hirnanhangs Aufmerksamkeit geschenkt und soweit ersichtlich, geht die erste Erwähnung dieses Organs bei krankhaften Prozessen in das Jahr 1771 zurück; Greding berichtet über Vergrößerung der Hypophyse bei Geisteskrankheiten. Die Beobachtungen in der ersten Hälfte des Jahrhunderts sind noch recht sporadisch. Es erschienen die Erkrankungen der Hypophyse jedoch in einzelnen trefflichen Abhandlungen bereits gewürdigt, so insbesondere durch Rayer (37), Friedreich (15), Ladame (26), Rosenthal (40). Bernhardt (5) verfügt im Jahre 1881 erst über 5 Fälle von Tumoren der Hypophyse aus der neuern Literatur (seit 1865), beobachtet von Petrina (35), Habershon, Eisenlohr (14), Loeb und Arnold (30), Rosenthal (40); dazu kommen noch 10 Fälle von „Tumoren der Pituitargegend“, d. h. solchen Geschwülsten der vordersten Abtheilung des basis crani, welche meist die Hypophysis in sich haben aufgehen lassen. Bei Bernhardt finden sich die von früheren Forschern aufgestellten Regeln für die Diagnose von Geschwülsten des Hirnanhangs wieder gegeben. Er selbst formuliert diese, wie folgt: „Zeitlich und nacheinander sich entwickelnde Amblyopie mit progressivem Charakter und zu vollständiger Blindheit führend. Da diese nicht von den allgemeinen Hirndruckerscheinungen abhängt, sondern meist durch Compression der Tractus N. optici, des Chiasma oder der Schnerven, so fehlt Stauungspapille in den meisten Fällen. Es handelt sich in der Regel um primäre Atrophie. Ferner Apathie, kindisches Wesen, verlangsamte Sprache, heftiger Kopfschmerz, Mangel von Sensibilitäts- und charakteristischen Motilitätsstörungen. Selten Diabetes melitus und terminale Hyperpyrexie.“

Ladame betont das Fehlen von Sprachstörungen, Petrina Schlafsucht, Gedächtnisschwäche, Störungen der Sinnesorgane.

Diese Symptome werden als für Tumoren der Hypophyse oder der „Pituitargegend“ charakteristisch hingestellt.

Die im Verlauf der Erkrankung hinzutretenden Symptome sind durch die Ausbreitung des pathologischen Prozesses auf die Gebilde der Nachbarschaft bedingt und zeigen eine außerordentliche Verschiedenheit je nach der Richtung, in der das Wachsthum erfolgt.

Nach dem Erscheinen von Bernhardt's Buche mehren sich die Beobachtungen von Tumoren des Hirnanhangs, und nachdem Pierre Marie das Krankheitsbild der Akromegalie beschrieben, folgten bald zahlreiche Befunde, in denen

Erkrankung des Hirnanhangs mit dieser Krankheit vergesellschaftet erschien. Man hat demgemäß die Fälle von Hypophysentumoren mit Akromegalie von solchen ohne diese Erkrankung scharf zu trennen. Sonderbarer Weise sind in der durchaus nicht spärlichen älteren Literatur über Hypophysentumoren Andeutungen, die auf das Vorhandensein von akromegalischen Symptomen schliessen lassen, selten. Blos der von Wadsworth (51) 1885 mitgetheilte Fall von Myxœdem mit Atrophie der Optici kann wohl kaum anders denn als Akromegalie gedeutet werden. In Sternberg's „Akromegalie“ erscheinen einige andere derartige Beobachtungen erwähnt von Henrot, Brigid, Cunningham u. a. Ich will, wie erwähnt, von den Fällen mit Akromegalie abscheiden und nur die Fälle von Tumoren des Hirnanhangs ohne akromegalische Symptome hier heranziehen.

Oppenheim's (33) Fall, eine gummosc Erkrankung des Chiasma ist durch Durst und Polyurie (7 l. pro die) ausgezeichnet. Dieser Autor berichtet über eine Reihe von Fällen von bitemporaler Hemianopsie, in denen das gleiche Symptom zur Beobachtung kam (von v. Graefe, Del Monte, Berry, Brecht, Rosenthal), so dass wohl ein causal Zusammenhang angenommen werden muss. In Anderson's (2) Fall wurden paroxysmale Geschmacksempfindungen verzeichnet. In Massot's (31) Fall bestand gleichfalls Polyurie und kam intermittierende Blindheit zur Beobachtung.

Selten erscheint Exophthalmus im Krankheitsbild, so in Lawson's und Habershon's Fällen, wohl meist verursacht durch Eindringen der Tumormassen in die Fissuræ orbitales.

In dem von Cunningham (13) mitgetheilten Falle bestand Diabetes melitus. Roscioli (39) berichtet über einen Fall von Adenocarcinom der Hypophyse, bei dem die Erblindung plötzlich eingesetzt hatte; die gleiche Erscheinung berichten v. Bonsdorff und Homén (7).

Die vollständigste der neuern Zusammenstellungen über Hypophysenvergrößerungen und -Geschwülste verdanken wir der überaus sorgfältigen Arbeit von Boyce und Beadles (8, 9), die außer 7 eigenen noch 92 Beobachtungen Anderer registrieren.

Bei der Formulirung der diagnostischen Regeln für Tumoren des Hirnanhangs weichen die letztgenannten Forscher von den bis dahin zunächst gelgenden dahin ab, dass sie die Fälle mit acutem Verlauf von solchen mit chronischem Verlaufe trennen. Als für die acute Form charakteristisch haben folgende Symptome zu gelten: Kopfschmerz, Erbrechen, Schwindel, Convulsionen, Bewusstseinsverlust, Photophobia oder plötzliche Erblindung, Protrusio bulborum, Delirium, Coma. Die Ursache der acuten Formen sind Abscesse, Granulome, Haematome, sowie sehr rasch wachsende Geschwülste. Für die Fälle mit langsamerem Verlauf ist auf das Auftreten folgender Zeichen zu achten: Kopfschmerz mitunter in die Stirne localisiert, Erbrechen, Augensymptome, Ptosis, Exophthalmus, Pupillendifferenz, Schlaftrigkeit, Gedächtnisverlust, allgemeine psychische Störungen, Delirien, Störungen der Sensibilität und Motilität, meist spät eintretend, gelegentlich Polyurie, Verlangsamung der Sprache, Störungen des Geruchs oder Gehörs. Nach dem Erscheinen dieser Arbeit finden wir noch eine ganze Reihe von Fällen mitgetheilt, die meisten von der bisher gegebenen Beschreibung nicht abweichend. Dahn gehörte die Fälle von Handford (19), Bickardt, Mensinga, Schuster, Stirling (47), Burr und Riesmann (11), J. und T. W. P. Lawrence (27), Stewart (46), Lloyd (29), Socia (44), Beadles (3), Cassirer (12).

Es möge an dieser Stelle Erwähnung finden dass eine verhältnismäßig grosse Zahl von Fällen sich als zufälliger Leichenbefund herausstellte, bei Lebzeiten keine Erscheinungen.

nungen gemacht hatte. Aus der neuen Literatur (seit 1880) seien hervorgehoben die Fälle von Ribbert (38), Beck (4), Wolf (55), Sachs (41), Boltz (6), Jokeloff (24), u. a. Namentlich scheinen Geschwülste des Hirnanhangs oftmals symptomlos zu verlaufen.

Ferner verdient das Verhältnis von Hypophysentumoren zu Störungen der Psyche besondere Beachtung.

Apathie, Somnolenz, mitunter geradezu zu Schlafsucht sich steigernd, Demenz, Delirien werden zwar als häufige Begleiterscheinungen von Hypophysentumoren erwähnt, ganz auffallend erscheinen aber die diesbezüglichen Angaben von Boyce und Beadles (9). Diese Autoren verfügten über 3000 bei Geisteskranken erhobene Sectionsbefunde. Unter diesen 3000 Autopsien fanden sie zwanzigmal Hirntumoren verzeichnet und 6, also beinahe ein Drittel davon, waren Tumoren der Hypophyse — gewiss ein auffallendes Verhältnis!

Die Erklärung des Zustandekommens der meisten unter den angeführten Symptomen fällt nicht schwer. Ein Theil derselben, wie Kopfschmerz, Schwindel, Erbrechen, Convulsions ist allen raumbeschränkenden Proceszen im Schädelinnern gemeinsam. Ein anderer Theil findet durch locale Compressionswirkungen seine Erklärung. So die Störungen von Seite des Geruchs, die Augenmuskelstörungen und in erster Linie die Sehstörungen. Das Zustandekommen derselben und ihr besonderes Verhalten bei Proceszen in der Gegend des Chiasma ist bereits so oft erörtert worden, dass ich wohl von einer Darlegung dieser Verhältnisse absehen kann. Nur das Eine zu betonen erscheint mir nicht überflüssig, dass nach Zander's (56) Untersuchungen die Hypophyse nicht hinter dem Chiasma, sondern häufig vor demselben liegt, so dass Hypophysentumoren sich meist vor dem Chiasma zwischen den Sehnerven in die cisterna chiasmatis vorwölben. Die einschlägigen Verhältnisse kommen in Zuckerkandl's Atlas der topographischen Anatomie I. Heft p. 56 u. 76 vortrefflich zur Geltung.

Ferner ist nach den Untersuchungen dieses Autors das Chiasma in 60% der Fälle deutlich nach rechts oder links verlagert, wobei keine Seite in auffälliger Weise bevorzugt erscheint. Wächst die Neubildung in seitlicher Richtung, so comprimiert sie den entsprechenden N. opticus, in welchem Gebilde es sodann zur Atrophie kommt, woraus völlige Erblindung des betreffenden Auges resultiert, während durch Druck auf das Chiasma von vorne das Bild der reinen bitemporale Hemianopsie hervorgerufen wird. Die Fälle von Hypophysentumor, in denen sich völlige Erblindung des einen Auges mit temporaler Hemianopsie des anderen paart, sind recht häufig. Als Curiosa sei hier der Fälle von Knapp und Weir Mitchell gedacht. In Knapp's (25) Fall waren in einem Zeitraum von 8 Tagen zuerst am einen und dann am anderen Auge hochgradige Sehstörungen und zwar bitemporale Hemianopsie mit hochgradiger Amblyopie, Kopfschmerz, Erbrechen, aufgetreten. Die Autopsie ergab ein Atherom des Circulus Willisi. Die hochgradig rigid Arterien hatten offenbar zu beiden Seiten des Chiasma auf die Abgangsstellen der Optici gedrückt — ein neuer Beweis, dass diese Augensymptome durch Erkrankungen ganz heterogener Natur hervorgerufen sein können. Auf ähnliche Verhältnisse stossen wir im Falle von Weir Mitchell (53). Hier war die vorhandene bitemporale Hemianopsie durch eine Geschwulst auf der Sella turcica bedingt, welche sich als ein Aneurysma eines anomalen Arterienastes, der unter dem Chiasma verlief, entpuppte.

Auch in Fällen, wo die Sehstörungen durch Geschwülste des Hirnanhangs selbst bedingt waren, ist der Mechanismus ihres Zustandekommens ein verschiedener. So war in den Fällen von Türk (48) und Sachs (41) die Einschnürung der Sehnerven durch gespannte Gefäße der

Hirnbasis, welche durch den emporwachsenden Tumor in die Höhe gedrängt wurden, bedingt. Hippel (21) gibt folgenden Versuch einer Erklärung für die Seltenheit der Stauungspapille bei Tumoren der Hypophyse: Erstens seien die in der Sella turcica liegenden Tumoren, solange sie nicht eine sehr erhebliche Größe erreichen, nicht im Stande, den nötigen Druck in der Schädelhöhle hervorzubringen und zweitens könnte es sein, dass durch rascheres Wachsthum der Geschwulst die Sehnervenscheiden so comprimiert würden, dass die Cerebrospinalflüssigkeit in dieselben nicht eintreten kann.

Die Seltenheit der Stauungspapille gegenüber der einfachen Sehnervenatrophie ist jedenfalls eine sehr auffällige Erscheinung. Für die einigemale notierte plötzliche Erblindung wäre wohl die zweite der von Hippel gegebenen Erklärungen zu verwerthen. Der in einigen Fällen berichtete Exophthalmus kommt am leichtesten durch das gleichfalls constatierte Eindringen von Tumormassen in die Orbitae zu Stande. Für einige der selten beobachteten Symptome, wie hohe terminale Temperaturen (Loeb und Arnold (30), Breitner (10), subnormale Temperatur Petrin (35), intermittierende Blindheit Massot (31), Schlafsucht Socia (44), Mensinga, Diabetes melitus Cunningham (13), Loeb, Rosenthal (40), Polyurie Oppenheim (34), Massot (31), mangelt es bisher an zufriedenstellender Erklärung.

Wir können somit keinem der bisher besprochenen Symptome eine pathognomonische Bedeutung für die Diagnose der Tumoren des Hirnanhangs zuschreiben und wir müssen H. Schlesinger (43) Recht geben, wenn er erst auf Grund von vorhandenen Wachstumsanomalien auf eine Beteiligung der Hypophyse selbst schliessen möchte. Und auch diesen komme keine gleiche Wertigkeit zu; so sei der partielle Riesenwuchs, die Arthropathie-hypertrophante pneumique für die Diagnose nicht zu verwerten, auch nicht das akromegalieähnliche Aussehen einzelner Extremitäten, als auch bei spinalen Erkrankungen vorkommend. „Nur eine voll ausgebildete Akromegalie mit Beteiligung des Gesichtes und Kopfes, im Zusammenhang mit cerebralen Localsymptomen könne zur Diagnose einer Hypophysikerkrankung berechtigen.“

Auch in dem Falle unserer Beobachtung drängt alles auf die Annahme eines raumbeschränkenden Proceses an der Basis cranii in der Nähe des Chiasma hin. Da jedoch, wie erwähnt, alle Zeichen von Akromegalie durchaus fehlen, so müssten wir uns mit einer rein topischen Diagnose zufriedengeben. Ich möchte dennoch den Versuch unternehmen, über eine solche hinaus auf die Erkrankung eines bestimmten Organes zu schliessen und erlaube mir daher, auf einige Symptome näher einzugehen, welche mir bedeutungsvoll erscheinen. In erster Linie möchte ich auf den Fettreichtum am Körper unseres Kranken hinweisen.

Wir haben es mit einem gut entwickelten und anscheinend überaus wohlgenährten Individuum zu thun. Das Körpergewicht dieses 14jährigen Knaben betrug im August d. J. 54 kg; das Durchschnittsgewicht eines gleichaltrigen Knaben von gleicher Größe beträgt 39—40 kg. Wir müssen aus der Anamnese hervorheben, dass die ersten Zeichen seiner Erkrankung vor 2½ Jahren mit Kopfschmerz und Erbrechen einsetzen, und dass erst nach dem Auftreten dieser Symptome Patient, der bis dahin ziemlich mager war, rapid an Körpergewicht zuzunehmen begann. Er wiegt gegenwärtig 51 kg. Drei Kilogramm hat er seit der vor 3 Wochen eingeleiteten Schilddrüsenterapie verloren. Dessen ungeachtet bietet er noch immer das Bild eines sehr wohlgenährten Menschen. Die Finger sind mit Ausnahme der Endphalange dick, die Hände erscheinen wohlgepolstert. Dabei ist das Knochensystem in keiner Weise an der Volumszunahme beteiligt. Die stärksten Anhäufungen von Fett finden sich in der Haut des Rumpfes, namentlich

am Abdomen und in der Nähe des Genitale. Dasselbst sind die Fettmassen so mächtig, dass sie sich rund um das Genitale stark vorwölben. Der Penis, der übrigens normal entwickelt ist, erscheint dermassen zwischen diese Fettanhäufungen eingelagert, dass das Genitale sich dem femininen Typus nähert. Die Hoden sind in der Tiefe der Fett-



massen palpabel und bieten infantile Verhältnisse^{*)} dar. In der Gegend der Mammillen finden sich gleichfalls fühlbare Fettansammlungen. In den Brustdrüsen sind einige Knöpfchen palpabel, Flüssigkeit lässt sich nicht ausdrücken. Die Behaarung der Achselhöhlen fehlt, am Genitale finden sich nur vereinzelte Häärchen.

Die Haare am Schädel sind spröde, kurz, spärlich und sind seit dem Beginne der Erkrankung in continuierlichem Ausfall begriffen.

Zur Charakteristik der Haut sei noch angeführt, dass sie trocken, stellenweise schilfartig ist. An vielen Stellen, so namentlich am Rumpfe, lässt sie sich mit dem unter ihr liegenden Fette in dicken Falten abheben. An anderen Orten, so namentlich an den Fingern, am Handgelenk wird bei der Palpation das Gefühl erweckt, dass es sich hier um eine Dickenzunahme der Haut handelt.

Als ich den Kranken im September 1901 sah, dachte ich zunächst an einen mit Myxoedem verbundenen Tumor der Hypophyse. Aber das Fehlen einer charakteristischen Ausbildung der Hautveränderungen, die vollkommen Intelligenz, das Vorhandensein der Schilddrüse, mussten Zweifel auftreten lassen. Immerhin muss der spärliche Haarwuchs, der seit Beginn der Erkrankung eingetretene Haarausfall, der Umstand, dass stellenweise, so namentlich an Fingern und Hand die Haut deutlich verdickt und schwer in Falten aufzuheben ist, sowie die Angabe, dass es unsern Pat. auch im Sommer ungeachtet hoher Lufttemperatur stets fröstelt, wenigstens als Andeutung eines myxoedematösen Zustandes aufgefasst werden. Jedenfalls bleibt die Adipositas das hervorstechendste Symptom.

(Schluss folgt.)

Klinischer Beitrag zur Biologie der Gonococcus.*)

Von Dr. G. Nobl,
emeritirter Assistent der II. Syphilis-Abtheilung des k. k. allgemeinen Krankenhauses.

Aus der Summe meiner eigenen Wahrnehmungen welche die klinisch verfolgbare, thermische Toleranz der Gonococcus bezeugen, möchte ich nun an dieser Stelle nur einige wenige Beispiele hervorheben, welche bei der Coincidenz der Blennorrhœa mit anderweitigen protrahiert verlaufenden Infektionsproceszen, in besonders instructiver Weise die Widerstandsfähigkeit der Neisser'schen Mikrobe auf ihrem natürlichen Nährhoden, d. h. im menschlichen Organismus darthun.

I. *Blennorrhœa acuta posterior. Typhus abdominalis.*
M. S. 25 Jahre alt, Privatbeamter. Der bisher stets gesunde Patient acquirierte März 1898 eine Blennorrhœa, welche von mässigen Entzündungsphänomenen begleitet 3 Wochen hindurch seitens des Kranken mit kombinierten Injectionen von Protargol und Zinc. sulfuric. bekämpft wurde. In dem spärlich abgesonderten Urethralsecret waren 3 Wochen nach der Infection Gonococci noch in reichlicher Menge nachweisbar. In der vierten Krankheitswoche wurde Patient unter Erscheinungen von Kopfschmerz, Mattigkeit und leichten Früchten bettlägerig, aus welchen einleitenden Erscheinungen sich in den nächsten Tagen das typische Symptomenbild des Abdominaltyphus entwickelte. Aus den seitens des behandelnden Internisten mir freundlichst zur Verfügung gestellten Temperaturtabellen war es ersichtlich, dass es sich um einen schweren, von Relapsen durchsetzten Verlauf handelte. Bereits am 5. Krankheitstage hatte das Fieber 40,5° erreicht, um erst am Beginne der dritten Woche Remissionstemperaturen unter 39° zu weichen. Dabei ist wiederholt ein Aufsteigen bis 41° zu verzeichnen. Während der ganzen Krankheitsdauer soll der urethrale Process kann irgend welche Erscheinungen dargeboten haben, nur ab und zu war die für gewöhnlich minimale Secretion von einer beträchtlicheren Eiterabsonderung abgelöst. Eine mikroskopische Exploration des Secretes wurde zu jener Zeit nicht ausgeführt. In der zweiten Woche der Convaleszenz bekam ich den sehr herabgekommenen Patienten wieder zu sehen. Die Blennorrhœa präsentierte sich in voller Blüte: In dem profus abgesonderten purulenten Secrete war ein besonderer Reichtum an intracellulär gelagerten, gut entwickelten, saturiert tingierten Gonococcus nachzuweisen, die bei einer auf Blutserumagar vorgenommenen Aussaat des Eiters, das üppigste Wachsthum darboten. Der Process hatte nach wie vor nur im Verlaufe der Harnröhre seinen Sitz ohne die Prostata und den Blasenhals in Mitleidenschaft zu ziehen. Nach einer weiteren sechswöchentlichen spezifischen Localbehandlung war die Heilung der Blennorrhœa zu constatieren.

II. *Blennorrhœa acuta urethrae. Typhus abdominalis.*
Der Fall betrifft einen 18jährigen Studenten, der nach dem glücklichen Überstehen eines äußerst schweren, an Complicationen reichen Typhus, im Stadium der Convaleszenz, unter rasch verlaufenden, nervösen Symptomen dennoch den Folgen der Infection zum Opfer fiel. Aus dem mir ärztlich übermittelten Anamnese erfuhr ich, dass M. N. durch mehrere Wochen bereits an einem den verdorren Harnohrentact occupyingen venösen Katarrh litt, als sich die ersten Erscheinungen der typhosen Invasion geltend machen. Schon in den allersten Krankheitstagen war ein rapides Aufsteigen der Temperatur zu constatieren, die sich von da ab in der fast constanten Höhe von 39,5° bis 40,5° erhielt, um erst nach 12tägigen Beständen einen Nachlass der Exacerbationen aufzuweisen. In dieser Periode des amphibolen Verhaltens, welche bis in den Anfang der 4. Woche hin zu verfolgen war, betrug die Maximaltemperatur immer noch 39°. Eine bedeutende Remission wies der Fieberverlauf am Ende der 4. Krankheitswoche auf. Bereits nach eingetretener vollständiger Entfieberung, etwa 6 Wochen vom Beginne der Krankheit an gerechnet,

* Siehe Wiener klinische Rundschau 1901, Nr. 46.