

## VIII.

(Aus der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Weilmünster  
in Nassau.)

### Zur Kasuistik der Duraendotheliome.

Von

Dr. Frotscher und Dr. Becker.

(Mit 1 Textfigur.)



Endotheliome der Dura mater sind schon seit geraumer Zeit näher bekannt, wie z. B. schon Rindfleisch<sup>1)</sup> vor ca. 25 Jahren von ihnen schrieb: Endotheliome gehen mit Vorliebe von der Dura mater der Basis aus, bilden in der Nähe des Klivus und der Sella turcica knollig höckerige, oft recht umfangreiche Protuberanzen . . .“ Unser vorliegender Fall, den wir hier wiedergeben möchten, ist ein ganz ähnlicher, wir glauben aber die Berechtigung zur Publikation zu sehen in der Tatsache, dass in den letzten Jahren auffallend wenige diesbezügliche Fälle beschrieben worden sind, dass ferner es sich in unserem Falle um einen Geisteskranken handelt, dessen Demenz mehr oder weniger in Zusammenhang mit der Geschwulst gebracht werden könnte, und dass endlich eine leidlich gelungene Fixierung des Obduktionsbefundes auf der photographischen Platte den Fall instruktiver macht.

A. M., geboren 1837, landwirtschaftlicher Arbeiter, hereditär durch Selbstmord des Vaters und einige andere geistig minderwertige Familienmitglieder belastet, „von Kindheit an heftig und widerspenstig“, schlug sich anscheinend sein Leben lang als Gelegenheitsarbeiter auf dem Lande durch, wurde in höherem Alter durch seine zunehmende Gereiztheit so unsozial, dass er von seiner zuständigen Gemeinde der Irrenanstalt zugeführt wurde. Im August 1907 wurde er deshalb hier aufgenommen.

Auf Grund eines eingehenden körperlichen und psychischen Status bestätigte sich hier bald die Diagnose des offenbar angeborenen Schwachsinn-

---

1) Rindfleisch, Pathol. Gewebelehre. 6. Aufl. Leipzig 1886.

mit seniler Zunahme der Demenz. Als senile Stigmata kennzeichneten sich das augenfällige Misstrauen und eine eklatante Gedächtnisschwäche für die jüngste Vergangenheit. Aus dem körperlichen Status ist ferner noch erwähnenswert:

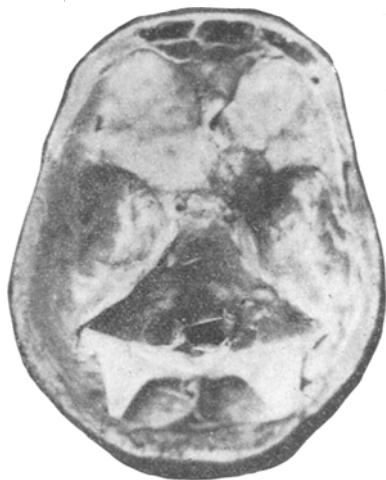
Gehör rechts schlecht, links besser.

Gesicht: Linker Augapfel atrophisch. (Im Alter von 30 Jahren etwa sei ihm das Auge von einem Mitarbeiter ausgeworfen worden.) Rechts Lidränder etwas gerötet und feucht. Pupille klein, schimmert grau, reagiert wenig. Patient sieht schlecht.

Arterien hart und besonders an der Schläfe stark geschlängelt.

Bezüglich der Beurteilung der Verstandeskraft des Patienten ist noch beachtenswert, dass er nicht lesen, nur mit Mühe und kaum leserlich seinen Namen schreiben kann und zeitlich wie räumlich nur sehr mangelhaft orientiert ist.

Ende Januar 1909 fesselte den Patienten eine influenzaähnliche Erkrankung einige Wochen ans Bett. Die damit verbundene Appetitlosigkeit und ge-



ringe Nahrungsaufnahme führte eine Inanition herbei, die ihn nach nur kurzer Wiedererholung langsam entkräftete und nach klinischer Diagnose einem allgemeinen Marasmus zum Opfer fallen liess. In den letzten Tagen bildete sich eine in vivo konstatierte hypostatische Pneumonie heraus, die am 22. Juni d. J. zum Exitus führte.

Die Autopsie ergab, neben einigen hier weniger interessierenden Befunden in Brust- und Bauchhöhle, folgenden Gehirnbefund:

Schädeldach symmetrisch gestaltet. Nähte nur undeutlich sichtbar. Schädelkappe leicht von der Dura ablösbar. Der Schädel sägt sich schwer, da die Knochen massig und verdickt; Diploe meist undeutlich, dagegen auffallend stark entwickelte Stirnhöhlen (siehe Abbildung). Die beiden Seiten der harten Hirnhaut sind beiderseits symmetrisch gewölbt und gleichmässig straff ge-

spannt. Dura von aussen glatt und von grauweisser Farbe. Längsblutleiter fast leer. Innenfläche der Dura von grauweissem spiegelndem Glanz, aber sehr derb und dick. Die weiche Hirnhaut ist in grosser Ausdehnung milchig getrübt und mit trüber Flüssigkeit durchtränkt. Beide Hemisphären erscheinen symmetrisch gewölbt. Bei der Herausnahme des Gehirns fliesst reichlich klare Flüssigkeit ab. Auf der Dura der Schädelbasis findet sich in der Nähe der Sella turcica, rechts von der Mittellinie, etwa die ganze Ala minor des Keilbeins einnehmend, eine mit dem Knochen in Zusammenhang stehende, wallnussgrosse, rundliche Geschwulst von derber Konsistenz. Sie wölbt sich kugelig in die Unterfläche des rechten Stirnlappens hinein und hat sich dort deutlich eine Mulde geschaffen, ohne mit dem Gehirn selber verwachsen zu sein (siehe Abbildung). Arterien an der Basis des Gehirns klaffen stark, die Wandungen derselben sind starr und derb. Die weiche Hirnhaut lässt sich vom Gehirn leicht und ohne Substanzverlust abziehen; die abgezogene Pia ist derb und wenig durchscheinend. Die Gyri an der Oberfläche des Grosshirns erscheinen plattgedrückt und breit. Die beiden Seitenventrikel sind erweitert und enthalten je etwa 10 ccm leicht getrühte Flüssigkeit. Der dritte Ventrikel ist leer. Die Ependymauskleidung ist überall glatt und glänzend. Der vierte Ventrikel enthält ebenfalls etwas Flüssigkeit, seine Ependymauskleidung ist glatt. Die weisse Substanz beider Grosshirnhälften ist durchweg von weichlicher Konsistenz, weiss und feucht; auf dem Durchschnitt treten überall zahlreiche Blutpunkte auf. Die Rindensubstanz zeigt im ganzen eine blassgraurote Färbung, weiche Konsistenz und eine durchschnittliche Dicke von nur 2—3 mm. Im Streifen- und Sehhügel ist die weisse Substanz von der grauen nicht überall scharf abgesetzt, auch hier ist die Konsistenz eine weichliche.

Im Linsenkern der rechten Seite, und zwar in der lateralen Hälfte, findet sich ein gut erbsengrosser Erweichungsherd mit braunrotem Inhalt und ebenso gefärbter Wandung. Kleinhirn, Balken und Medulla oblongata bieten nichts Besonderes. Die Knochen am Schädelgrund sind überall glatt. Der Tumor wurde im Zusammenhang mit seiner knöchernen Unterlage herausgemeisselt und zur pathologisch-anatomischen Untersuchung dann dem pathologischen Institut zu M. zugesandt.

Von dort kam folgende Nachricht: „Ein ca. wallnussgrosses Gewebstück, das einer dünnen Knochenplatte aufsitzt, an deren Seite Karotis- und Optikusreste liegen. Der Tumor hat eine kleinhöckerige Oberfläche und besitzt ziemlich feste Konsistenz, graurötliche Farbe. Auf dem Durchschnitt erkennt man eine fein radiär gestreifte periphere Zone und ein etwas erweichtes graurötliches Zentrum. Das mikroskopische Bild zeigt ein faseriges, derbes Grundgewebe, das einem Duralgewebe entspricht. Zwischen diesen derben Bindegewebszügen liegen feinere spindelzellige Bündel, die teils längs-, teils quergetroffen sind und Gefässcheiden darstellen. Sie erinnern an Adventitiawucherungen. Auf dem Durchschnitt lassen sie eigentümliche konzentrische, kugelige Anordnung erkennen. Ihr Zentrum ist vielfach verkalkt und entspricht Psammomkugeln und -Nadeln.

Diagnose: Endothelioma psammosum“.

Die angeborene Imbezillität können wir somit wohl als sicher annehmen, denn die enorm erweiterten Stirnhöhlen, die nach Kurella<sup>1)</sup> einen atavistischen Rückschlag bedeuten, bestätigt uns dieselbe, falls sie nach der Anamnese und dem Status noch nicht ganz sicher schien. Ebenso möchten wir die starke Arteriosklerose der Hirngefäße mit der angenommenen senilen Demenz in Einklang bringen. Daneben aber scheint uns auch der Tumor die weitere Abnahme der Verstandesfähigkeit im höheren Alter veranlasst zu haben. Wenigstens sprechen die abgeplatteten Windungen und die damit vielleicht zusammenhängende Atrophia corticis dafür, ohne dass die Mitwirkung des Hydrocephalus internus und externus<sup>2)</sup> verkannt werden soll.

Welche Ausfallserscheinungen das Endotheliom im Einzelnen gemacht hat, darüber gibt uns leider die Krankengeschichte wenig Auskunft; wir wissen nur, dass der Patient rechtsseitig ein herabgesetztes Seh- und Hörvermögen besessen hat und vielleicht der erste Trigeminasast dauernd gereizt war (Conjunctivitis chronica!); doch ist die Stauungspapille leider nicht nachgewiesen worden.

Nach dem Gesagten möchten wir aber dem Tumor eine gewisse Mitbeteiligung an dem krankhaften Abbau der Psyche nicht absprechen, während wir mit Busse<sup>3)</sup> den Erweichungsherd im Linsenkern für „weniger bedeutungsvoll“ halten.

---

1) Kurella, Die Grenzen der Zurechnungsfähigkeit und die Kriminalanthropologie. 1903.

2) Für denselben wäre der Tumor ja auch wieder eventuell ätiologisch verantwortlich zu machen.

3) Busse, Das Obduktionsprotokoll. 3. Aufl. 1906.