

XX.

Zur Kasuistik der Akromegalie.

Von

Oberarzt Dr. Heinicke, Grossschweidnitz.

Lediger Berginvalid, etwa 38 Jahre alt, ehelich geboren, stammt von einem Vater, der einmal einen Blutsturz hatte und an einem (welchem?) Lungenleiden starb; der Vater war ferner im Anschluss an einen Blitzschlag, durch den er betäubt worden war, immer kränklich; Blutsturz und Blitztrauma fallen zeitlich nach der Geburt des Kranken; woran seine Mutter starb, weiss er auch nicht; sie habe immer Husten gehabt; von anderen Krankheiten, besonders auch nervösen, in der näheren oder weiteren Familie kann der Patient ebenfalls nichts angeben. Er selbst machte angeblich als Kind keine Krankheiten durch, will schon vor Ablauf eines Jahres laufen gelernt haben (?); 6 Jahre alt erlitt er durch Sturz auf das linke Bein eine Knieverletzung, die durch sekundäre Eiterung eine noch heute bestehende Funktionsstörung des linken Knies zur Folge hatte; seit 1907 ist er Invalide im Anschluss an durchgemachten Gelenkrheumatismus; im Schacht trug er ferner am linken Daumen eine Verletzung davon, deren Spuren noch jetzt in Gestalt von Verkrüppelung des Endgliedes nachweisbar sind; auch zeugen Schädelhautnarben von überstandenen Kopfverletzungen. Es ist weiter zu erwähnen, dass der Kranke zweimal bis jetzt in seinem Leben schwere Krampfanfälle gehabt hat, das erste Mal 19 Jahre alt, das zweite Mal mit 34 Jahren. Die Anfälle sollen ohne Aura kommen; er wird bewusstlos, schlägt um sich u. s. f.; nach den Anfällen, die etwa 1 Stunde dauern sollen, besteht Kopfschmerz; der Patient ist ausserdem Linkshänder; er trinkt angeblich keinen Schnaps, Bier nur gelegentlich; sexuelle Krankheiten hat er auch nicht gehabt; weiter ist zu erwähnen, dass er wiederholt kriminell wurde; er ist u. a. wegen Bedrohung und zweimal wegen Brandstiftung bestraft. Interessant sind besonders seine Angaben, die er über seine jetzige Krankheit macht: Seit etwa 2 Jahren leidet er an Beschwerden im linken Arm, die sich später auch im anderen Arme einstellten; er bezeichnet sie als „Reissen“; auch bestehen in beiden oberen Extremitäten Sensationen, die zum Teil an Ameisenlaufen erinnern zum Teil Akroparaesthesien darstellen; es ist ihm weiter auffällig, dass sein Gesicht plumper geworden ist; die Hände und Füsse sollen ebenfalls dicker und grösser geworden sein; weiter fällt zeitlich etwa mit dem Auftreten der reissenähnlichen Schmerzen eine deutliche Rauheit der Sprache zusammen.

Status: Kräftig, aber plump gebauter Mann mit starkem Panniculus (Grösse 155 cm, Gewicht 88 kg); das Gewicht ist besonders die letzten zwei Jahre zugunsten des Fettpolsters so gestiegen; diese Zunahme beträgt: 25 Pfund. Der Schädel ist gross und zeigt an der rechten Stirnseite einen Höcker; sein Umfang beträgt über dem geigelten Haar gemessen: 62 cm; die Zähne sind rachitisch; sie stehen im Ober- und Unterkiefer deutlich auseinander; es soll dies aber immer so gewesen sein; auch der Schädel bestätigt in seiner Konfiguration die durchgemachte Rachitis, die ihrerseits noch zu sekundärer Wasserkopfbildung geführt hat. Die Ohren sind leicht entartet, die Ohr läppchen aufgerollt; die Pupillen reagieren auf Licht und Akkommodation, sowie konsensuell normal; das Sehvermögen ist sehr gut; Augenhintergrund und Optikus lassen keine Störungen erkennen, ebensowenig das Gesichtsfeld, grob geprüft, für Weiss. Dieser Befund wurde durch eine von Herrn Augenspezialarzt Dr. Handmann-Döbeln lebenswürdigerweise vorgenommene eingehende Kontrolluntersuchung bestätigt und erweitert; bei der Prüfung des Gesichtsfeldes für Farben ergab sich beiderseits eine verspätete Empfindung für Rot und eine minimale Differenz von Weissempfindung rechts gegenüber links. Es besteht ferner kein Exophthalmus; die Augenbewegungen sind vollständig frei; die Nase erscheint recht plump, verdickt und verbreitert; ebenso das Kinn; die Lippen sind leicht gewulstet, was besonders auffiel als der Schnurrbart fehlte; der Oberkiefer zeigt Prognathie; der Fazialis lässt keine Innervationsstörungen erkennen; der Ziliarreflex ist ohne Besonderheiten, ebenso der Konjunktivalreflex; der Gaumen- und Rachenreflex ist nicht zu prüfen, da sich der Patient mit seiner plumpen, stark muskulösen Zunge sehr ungeschickt dabei anstellt; nur mit Mühe kann man die Uvula und etwas von der hinteren Rachenwand für einen Augenblick sehen. Das Zäpfchen ist deutlich vergrössert, auch die Pharynxschleimhaut ist hypertrophisch; beim Herausstrecken zeigt die Zunge Tremor, keine Abweichung; Struma oder Anlage dazu besteht nicht; die Thyreoideagegend erscheint überhaupt normal. Die Lungen sind auskultatorisch und perkutorisch ohne Besonderheiten; die Sprache ist heiser, rau; eine Kehlkopfspiegelung erschien mit Rücksicht auf die obengeschilderten Rachenverhältnisse ausgeschlossen. Das Herz ist vergrössert; ich konnte aber weder an der Wirbelsäule noch an den Dornfortsätzen, dem Processus xiphoideus, dem Manubrium sterni, den Schlüsselbeinen Veränderungen nachweisen; dagegen erscheint die hintere untere linke Rippengegend bei der Inspektion wie ausgebuchtet, sowie die linke Skapulargegend prominenter. Die rechte Patella ist ebenfalls grösser als normal; auffallend sind bei dem Kranken besonders seine plumpen, grossen Hände; diese Tatzenform ist am ausgeprägtesten links. Die Finger sitzen wie Würste der eigentlichen Hand auf; an den Verdickungen haben anscheinend besonders die Weichteile Anteil; auch die Füsse sind recht gross, aber im Verhältnis nicht so, wie die Hände. Die Patellarreflexe sind vorhanden, rechts stärker wie links; daran trägt der alte Knieschaden schuld; der Plantarreflex ist positiv, das Achillesphänomen nicht auslösbar (erschwertes Knien!); es besteht kein Babinski; die Bauchdeckenreflexe fehlen (Adipositas!); ebenso die Kremasterreflexe; die Genitalien sind äusserlich normal. Die

Schmerzempfindlichkeit ist überall in Ordnung, ebenso der Tastsinn; auch ist an den Händen das Gefühl für Kälte- und Wärmeempfindung ungestört; es besteht eine geringe Polyurie; das Durstgefühl ist nicht vermehrt, der Urin frei von Eiweiss und Zucker. In psychischer Hinsicht ist der Kranke schwerfällig; es bestehen aber sonst keine psychotischen Zeichen, auch nichts, was ausser den Anfällen auf eventuelle Epilepsie sicher hindeutete; der Kranke leidet ferner nicht an Schlafsucht; er schläft sogar infolge der Armschmerzen recht schlecht; in sexueller Hinsicht scheint er frigid zu sein.

Fassen wir noch einmal die wichtigsten Punkte der Krankengeschichte zusammen, so haben wir es mit einem Patienten zu tun, der sichere Zeichen durchgemachter Rachitis an sich trägt (Zähne; Schädelbildung); die Rachitis hat ferner bei ihm zu einer Hydrocephalusbildung geführt; der Kranke hat weiter zweimal schwere Krampfanfälle gehabt; er ist Linkshänder, psychisch schwerfällig, Brandstifter, sexuell frigid; seit ca. 2 Jahren nimmt er rapid an Körpergewicht zu (25 Pfund); es stellen sich ferner seit dieser Zeit reissenähnliche Schmerzen zuerst im linken, dann auch im rechten Arm ein, die besonders auch die Fingerspitzen betreffen und mit Empfindungen wie Ameisenlaufen einhergehen; gleichzeitig wird sein Gesicht massiger, Hände und Füsse werden grösser; er zeigt mässige Polyurie, Vergrösserung des Herzens, der Uvula; Rachenschleimhautwucherung; auch die rechte Kniescheibe, teilweise der Thorax, vielleicht auch die linke Skapula scheinen an der Vergrösserung beteiligt zu sein; ebenso ist der Schädel selbst in der letzten Zeit gewachsen. Nur beiläufig mag es erwähnt sein, dass sich die Grössenzunahme, neben gelegentlichen Messungen, besonders dadurch einwandfrei beweisen lässt, dass dem Kranken die meisten Kleidungsstücke, die er vor etwa 2 Jahren trug, nicht mehr passen, der Hut ist ihm viel zu eng geworden; dasselbe gilt von den Schuhen, die Manschetten, die er früher nach seiner Angabe mit Leichtigkeit über die Hände zog, bringt er jetzt nur mit äusserster Mühe darüber, besonders links stösst dies auf grosse Schwierigkeiten; dass Jakett und Hose sperren, ist wegen der starken Fetthanlage erklärlich.

Es handelt sich also im vorliegenden Fall zweifellos um das Krankheitsbild der Akromegalie; ferner besteht bei dem früher rachitischen Patienten Neigung zu seltenen Krampfanfällen; welcher Natur dieselben sind, lässt sich nicht mit absoluter Sicherheit sagen; ich glaube aber nicht fehl zu gehen, wenn ich sie nach der Schilderung des Patienten und nach dem für Hysterie negativen Untersuchungsbefund als epileptische auffasse; vielleicht erhält diese Ansicht eine weitere Stütze durch die bei dem Kranken vorhandene Linkshändigkeit, die ja nach neueren Forschungen häufiger bei Epileptikern gefunden wird, und durch seine Brandstiftungsdelikte. Ob ich diese sehr wahrscheinliche Epilepsie als

Symptom der Akromegalie oder als eine Komplikation derselben auffassen soll, ist schwer zu entscheiden; Beides ist nach Oppenheim möglich; ich neige in diesem Fall aber eher zur Annahme einer Komplikation im Hinblick darauf, dass der 1. Anfall bereits mit 19 Jahren stattfand, wo wohl sicher noch nichts Akromegalisches nachgewiesen war; vielleicht ist weiter der rachitische Hydrocephalus die Ursache der Krämpfe. Hinsichtlich der Aetiologie der Akromegalie muss man natürlich eine Hypophysenstörung annehmen. Ich kann mich aber aus unten zu erörternden Gründen nicht entschliessen, diese hypophysäre Störung unbedingt als durch einen Tumor hervorgerufen anzusehen, und zwar deshalb nicht, weil, abgesehen von den akromegalen Erscheinungen alles fehlt, was sonst für einen Hypophysentumor spricht, ich meine in 1. Linie die für die Geschwülste des Hirnanhangs so charakteristischen Sehstörungen: die bitemporale Hemianopsie, die ein- oder doppelseitige Amaurose, oder die einseitige Amaurose mit Hemianopsie des anderen Auges; es besteht ferner keine Augenmuskellähmung, die sich ebenfalls nach Oppenheim häufig bei der Akromegalie findet. Die im Status erwähnte geringe Gesichtsfeldstörung möchte ich, — es ist dies auch die Ansicht des Herrn Kollegen Dr. Handmann, — nicht besonders bewerten; sie war wohl als durch Schwerfälligkeit und Aufmerksamkeitsstörung des Patienten bedingt anzusehen; aber selbst wenn sie organischen Ursprungs wäre, brauchte sie noch nicht auf einem Tumor zu beruhen; auch davon später.

Ich bin also der Meinung, dass eine so ausgesprochene Akromegalie, wie die vorliegende, wahrscheinlich deutliche Sehstörungen machen würde, wenn sie ihre Ursache in einer Geschwulst hätte. Leider liess uns, bei dem Versuch die Aetiologiefrage einwandfreier zu klären, die Röntgenuntersuchung der Sella turcica, auf die zuerst Oppenheim hingewiesen hat, ganz im Stich; zwei liebenswürdigerweise von Herrn Spezialarzt für Chirurgie Dr. Lehrnbecher-Döbeln gemachte Aufnahmen geben über das Verhalten des Türkensessels keinen Aufschluss, offenbar in Folge der Grösse und Dicke des Schädels, liessen aber den Sinus frontalis ausgebuchtet erkennen. Es besteht nun nach dem Vorhergehenden die Möglichkeit, dass dem akromegalen Zustand auch eine andere Ursache zu Grunde liegen kann, als ein Hypophysentumor, und zwar denke ich an den bestehenden Hydrocephalus. Es scheint mir theoretisch ganz gut denkbar, dass ein Hydrops der Ventrikel allmählich seine Nachbarschaft schädigt; diese Schädigung wird an der Stelle am grössten sein, wo der Hydropsdruck am stärksten mechanisch wirkt, das ist die Gegend des Infundibulums; dass dadurch die Hypophysenfunktion in Mitleidenschaft gezogen werden kann, ist auch bereits erwiesen; ich erinnere an Goldsteins

Arbeit über Meningitis serosa unter dem Bild hypophysärer Erkrankung, die im 47. Band des Archivs für Psychiatrie und Nervenkrankheiten vom Jahre 1910 veröffentlicht ist.

Auch Oppenheim hat 2 Fälle gesehen, bei denen der durch einen Tumor des Kleinhirns induzierte Hydrocephalus durch den Druck, den der Boden des Ventrikels auf die Hypophyse ausgeübt hatte, Symptome der Akromegalie erzeugt hatte. Vergl. sein Lehrbuch der Nervenkrankheiten. Berlin 1908, Seite 1594.

Hiermit wird aber auch die Ansicht B. Fischers zweifelhaft, die er in seiner Monographie: Hypophysis, Akromegalie, Fettsucht; Wiesbaden 1910 ausspricht, (Referat: Neurolog. Zentralblatt 1911 S. 861), dass nur Adenome des Hirnanhangs Akromegalie bedingten, und andere Schädigungen der Hypophysis niemals dazu führten.

Wenn nun die Theorie des Hyperpituitarismus zu Recht besteht, dass die typische Akromegalie durch eine Hypersekretion des Vorderlappens der Hypophyse zu Stande kommt und dass mit der fortschreitenden Entdifferenzierung der Hypophysenzellen immer weniger Neigung zu akromegalen Veränderungen bestehe (B. Fischer), so müsste in den Fällen, wo Druckwirkungen solche Symptome erzeugen, die Schädigung der Hypophyse in einem Reizzustand derselben bestehen, der wiederum in gesteigerter Sekretion sich äussert. Die Frage, warum die akromegalischen Erscheinungen so spät eingetreten sind, wo doch die eventuelle Noxe, der Hydrocephalus schon von Jugend auf besteht, ist z. Zt. nicht sicher zu beantworten. Auch hier kann man sich nur in Theorien bewegen; ich glaube aber, dass in dem Moment gewisse prädisponierende Bedingungen geschaffen werden, wo bei einem Hydrocephalen das Schädelwachstum aufhört; kommen dann neue hirndruckvermehrnde Momente hinzu, in unserem Fall vielleicht ausgelöst durch den Gelenkrheumatismus, eventuell auch durch die Schädeltraumen, so wäre in der Flüssigkeitszunahme ein Moment gefunden, das gegebenen falls durch den oben angegebenen mechanischen Einfluss auf die Hypophysenfunktion akromegale Folgezustände zeitigen könnte.

Ich komme zum Schluss.

Betreffs des vorliegenden Falles bleibt es also unentschieden, ob die akromegalen Symptome durch einen Hypophysentumor oder durch hydrocephalischen Druck bedingt sind; zweifellos mehr spricht für die letzte Aetiologie.

Was nun die Therapie anbetrifft, so wirkte Jodkali besonders auf die Armschmerzen günstig ein (aufsaugende Wirkung?); man wird sich auch weiter damit behelfen und den Patienten in strenger Kontrolle behalten, besonders auch hinsichtlich seines Sehvermögens; auch sind weitere

Röntgenuntersuchungen unerlässlich. Sowie ein Tumor aber einigermaßen sicher ist, oder die Sehkraft gröbere Störungen zeigt, wird man zur Operation raten müssen. Die geringe, wohl rein zufällige Störung des Gesichtsfeldes (cfr. Status) rechtfertigt diesen Rat z. Zt. noch nicht; wäre sie nicht rein zufällig, sondern doch organisch, so lässt sie sich vollkommen durch den Hydrocephalus erklären. Immerhin kann man therapeutisch auch den Balkenstich in Betracht ziehen¹⁾.

1) Der obenstehende therapeutische Plan hat sich in keiner Weise verwirklichen lassen, da sich der Patient seit der Abfassung der Arbeit nicht mehr zu Kontrolluntersuchungen einstellte; mit der Drucklegung der Arbeit wurde andererseits gewartet, um bei Kontrolluntersuchungen sich eventuell ergebende Differenzen mit dem ursprünglichen Befund rubrizieren zu können, unter kritischer Würdigung der augenblicklichen Auffassung des Falles.
