

Kleine Mitteilungen.

Zur Kachexie hypophysären Ursprungs.

Von

Prof. Schlagenhauser, Wien.

Simmonds hat den Begriff der hypophysären Kachexie aufgestellt. Nach ihm gibt es chronische, letal endigende Kachexien, für die eine sorgfältige klinische Beobachtung absolut keine Erklärung liefern kann und bei denen als einziger pathologischer Befund eine totale Zerstörung der Hypophyse gefunden wird. Simmonds nimmt an, daß die Kachexie eine Folge der Hypophysenvernichtung und der dadurch bedingten Ausschaltung der inneren Sekretion dieses lebenswichtigen Organs sei.

Er verfügt über 3 diesbezügliche Fälle¹⁾. In dem einen handelt es sich um eine Zerstörung der Hypophyse wahrscheinlich nach einem alten, embolischen Prozeß, in den zwei andern durch basophile Adenome.

Daß von anderer Seite solche Fälle noch nicht publiziert wurden, glaubt Simmonds damit erklären zu können, daß die überwiegende Mehrzahl der Hypophysenerkrankungen von soviel andern schweren Erkrankungen begleitet sind, daß die Kachexie übersehen oder nicht gewürdigt wird.

Der von mir beobachtete Fall scheint mir nun recht eindeutig eine solche hypophysäre Kachexie zu illustrieren.

Die spärlichen Daten, die ich der Liebenswürdigkeit Primarius Dr. v. Jagič verdanke, sind folgende: Pat. 27 Jahre alt. Näherin. Früher immer gesund, erkrankte Pat. vor 2½ Jahren an Lungenspitzenkatarrh. Anscheinend geheilt, war sie dann als Pflegerin durch 6 Monate hauptsächlich als Narkotiseurin in einem Spital tätig.

Da sie aber immer schwächer wurde, mußte sie nach Hause geschickt werden.

Ohne Schmerzen zu haben, fühlte sie große Schwäche und Mattigkeit. In der letzten Zeit war sie so schwach, daß sie mittags nicht mehr in ihre im 4. Stock gelegene Wohnung gehen konnte.

Appetit war in der letzten Zeit sehr schlecht. Sie stand wegen Blutarmut und nervösem Magenleiden in ärztlicher Behandlung.

Periode war seit 4 Monaten ausgeblieben.

Als Primarius v. Jagič sie sah, fand er sie so schwach, daß er ihre sofortige Überführung ins Spital veranlaßte, wo sie am 2. Tage nach ihrer Aufnahme starb, ohne daß eine bestimmte Diagnose gestellt werden konnte.

Die von mir am 20. November 1915 ausgeführte Obduktion der sehr kleinen, abgemagerten Leiche ergab anfangs ein sehr unbefriedigendes Resultat: Eine etwas vergrößerte Schilddrüse (50 g). Kleine Thymus. Braune Atrophie des Herzens. Verdickungen an der Mitralklappe. Sehr geringe Spitzentuberkulose und Tuberkulose einiger bronchialen Lymphdrüsen.

Leber, Milz, Pankreas, Nieren, Genitale und Darmtrakt normal. Nebennieren sehr platt; Rinde und Mark deutlich.

¹⁾ Verhdl. d. D. Path. Ges., XVII. Tag, München, und D. med. Wschr. 1916, Nr. 7.

Retroperitoneale Lymphdrüsen ziemlich stark vergrößert.

Erst die Kopfsektion ergab ein positives Resultat. Es fand sich: ein haselnußgroßer, derber Tumor der Hypophyse; eine geschwulstartige Infiltration des Infundibulums und ein kirschkerngroßer Tumor der Epiphyse. Es wurde nun der Verdacht einer pluriglandulären Erkrankung der endokrinen Drüsen ausgesprochen und Schilddrüse, Parathyreoidae, Nebennieren, Pankreas, Thymus und Ovarien nebst Stückchen der andern Organe zur histologischen Untersuchung eingelegt. Die histologische Untersuchung des Hypo- und Epiphysentumors sowie des infiltrierten Infundibulums ergab überraschenderweise einen tuberkulösen Prozeß. — Zahlreiche, meist verkäste Konglomerattuberkel mit vielen Riesenzellen durchsetzen den Vorder- und Hinterlappen der Hypophyse und das Infundibulum. An drüsigen Elementen sind fast nur neutrophile Zellen zu sehen. Auch an der Neurohypophyse sind nervöse Elemente zu erkennen. Eine intermediäre Zone kann nicht nachgewiesen werden, doch wurden wegen Schonung des Präparates nur einige Scheibchen geschnitten. Das Gewebe der Epiphyse ist bis auf einige Kalkkonkremente vollständig durch den tuberkulösen Prozeß substituiert.

Sonst ergab die histologische Untersuchung der endokrinen Drüsen sowie der andern Organe bis auf eine Tuberkulose der retroperitonealen Drüsen kein abnormes Resultat. Es mußte demnach der Gedanke der pluriglandulären Erkrankung, für welche auch nichts in der Anamnese, im Habitus der Leiche sprach, fallen gelassen werden. Und jetzt nach Kenntnis der Simmondschen Beobachtungen, möchte ich nicht zweifeln, daß der Fall in diese Gruppe der hypophysären Kachexie gehört.

Er ist aber nur dadurch als solcher zu erkennen, weil die sonst gefundenen tuberkulösen Veränderungen durchaus nicht genügend waren, um die allmählich zum Tode führende Erschöpfung zu erklären. Wären schwerere tuberkulöse Prozesse in der Leiche gefunden worden, so hätte die Kachexie kaum auf die Tuberkulose der Hypophyse, die nach Simmonds (l. c.) und eigener Erfahrung nicht gar so selten ist, im Sinne einer Störung der Innensekretion bezogen werden können. Die Tuberkulose überhaupt hätte genügt.

Ist aber einmal die Kenntnis der hypophysären Kachexie geläufig, dann wird vielleicht öfter zur Klärung der klinisch erhobenen Schwächezustände, welche durch die gefundenen anatomischen Prozesse nicht völlig verständlich sind, z. B. an eine Tuberkulose der Hypophyse rekurriert werden können.

Es scheint mir ähnlich zu liegen wie beim Addison. Nur eine primäre Atrophie oder eine isolierte Tuberkulose der Nebennieren wirkt überzeugend, daß nur durch den Ausfall der Funktion dieser Drüse der Symptomenkomplex erzeugt worden ist.

Die Kombination der Hypophysen- und Epiphysentuberkulose in unserem Falle scheint mir vorläufig nur als bemerkenswertes Kuriosum erwähnt werden zu können.

Zur Sektion der Nasenhöhle und ihrer Nebenhöhlen.

(Aus dem Pathologisch-Anatomischen Institut der Deutschen Universität in Prag.)

Von

Prof. A. Ghon.

(Hierzu 5 Textfiguren.)

Wenn wir absehen von dem Verfahren, das v. Luschka angegeben hat und wonach ein Einblick in die Nasenrachenorgane dadurch erzielt wird, daß der harte Gaumen nebst dem angrenzenden Teil der Nasenseidenwand mit dem Stemmeisen von unten her nach Exartikulation des Unter-