IV. Ovarialblastome und Hypophysenerkrankung

L.		Fraenkel
----	--	----------

Echte Geschwülste der endokrinen Drüsen – Karzinome, Sarkome, Adenome, Teratome – erzeugen häufig endokrine Störungen, sowohl solche allgemeiner Natur, z. B. Adenome der Schilddrüse die Basedowsehe Krankheit, Adenome des Hypo-physen -Vorderlappens die Akromegalie – wie auf speziell sexuellem Gebiete, Zirbeltumoren die sexuelle Frühreife, Hypernephrome den Pseudohermaphroditismus. Von den Keimdrüsen blastomen sind auf die Sexualorgane beschränkte, endokrine Störungen bekannt; Hofmeier und neuerdings Polano haben Frühreife bei bösartigen Eierstocksgeschwülsten kleiner Mädchen konstatiert. Bei bösartigen Hodengeschwülsten ist Pseudohermaphroditismus masculinus gefunden worden, ebenso durch Miloslavick Pseudohermaphroditismus femininus externus bei sarkomatösem Ovarialtumor. Endokrine Allgemeinstörungen und solche der anderen Blutdrüsen sind durch Ovarialblastome bisher m. E. noch nicht berichtet worden; diese Lücke auszufüllen, erscheint vielleicht der heute zu demonstrierende Fall geeignet:

Die jetzt 47 jährige Frau, die ich vorführe, hat vor 20 Jahren n_{ach} 4 monatiger Ehe die Menstruation, die mit 14 Jahren erstmalig und dann stets regelmäßig eingetreten war, für immer verloren. Damals konstatierte ein hiesiger bekannter Frauenarzt eine faustgroße Eierstocksgeschwulst rechts. Sie war eine hochgewachsene, aber schlanke, wohl-gebildete Frau von 128 Pfund, deren damaliges Lichtbild ebenfalls vor-liegt. Nach eingetretener Amenorrhoe bekam sie geringfügige Ausfalls-erscheinungen und nahm an Gewicht so zu, daß sie 1912 bereits 152 und 1922 sogar 178, also 50 Pfund mehr wog. Vor 3 Jahren erkrankte sie unter gleichzeitiger Vergrößerung der Gesichtszüge an intensiven Kopfschmerzen und Sehstörungen, die auf bitemporaler Hemianopsie beruhten. Die Röntgenplatte ergab Leontiasis ossea am Kiefer und an der ganzen Kon-vexität des Schädels, an der Basis eine starke Verbreiterung der Sella turcica mit völligem Defekt der Processus clinoidei anteriores und posteriores. Geheimrat Uhthoff und der zugezogene Neurologe, Professor Mann, nahmen daher mit Sicherheit eine Hypophysenerkrankung an. Es wurde von Dr. Fritz Schäfer die Röntgentiefenbehandlung vorgenommen und gleichzeitig eine antiluetische Behandlung, weil der Ehemann an einem Gehirnleiden, vielleicht Paralyse, gestorben war. [Bei unserer Patientin waren niemals verdächtige Erscheinungen aufgetreten, auch die Wassermannsche Untersuchung von Blut und Liquor negativ aus-gefallen.] Die Augenstörungen bildeten sich zurück. 2 Jahre später trat Patientin in meine Behandlung, weil zunehmende Spannung und Schwellung des Unterleibes ihr Beschwerden verursachten.

Es handelte sich um eine sehr breite und große Frau von außer-ordentlich kräftigem Knochenbau mit mächtigem Schädel, sehr breiten

\Q L. Fraenkel, Ovarialblastome und Hypophysenerkrankung.

Jochbeinen und Kiefern, dagegen kleinen Händen und Füßen, Ohren, Nase und enormen Fettansatz an Bauch, Nates und Kehle, gesunden inneren Organen und einen mannskopfgroßen Tumor im Hypogastrium von glatter Oberfläche, geringer Beweglichkeit und unklaren Stielverbindungen. Die am 8. VII. 1922 durch sehr dicke Fettmassen vor-genommene Laparotomie

ergab eine rechtsseitige, mannskopfgroße Ovarialzyste, einen atrophischen Uterus und ein besonders kleines linkes Ovar, ohne jedes Zeichen von Ovulation. Der Tumor wurde abgetragen; der Verlauf war glatt. Patientin fühlt sich jetzt gesund, nur sieht man an ihr auch heute noch die Störung im Wuchs, die sich, wie ich dies schon oft gezeigt habe, als Mischbild von Akromegalie und Dystrophia hypophyseogenitalis darstellt.

Ich rekapituliere und folgere: Zweifellos war die Ovarial-erkrankung die primäre denn das Leiden fing mit Befund einer Eierstocksgeschwulst und Amenorrhoe an; von Kopf- und Seh-beschwerden war in jener Zeit nicht das geringste vorhanden; es stellte sich vielmehr langsam der Fettwuchs ein

wie er bei Keimdrüsenausfall zu beobachten ist; viele Jahre später

zusammenfassend mit dem stärkeren Zystenwachstum

kam es zur Erkrankung des Hypophysen-Vorderlappens

wie die Röntgen-platte und die Augensymptome erweisen. Wir dürfen also nicht nur die Ovarial-Ausfallserkrankung

sondern das bereits gleichzeitig mit der Amenorrhoe festgestellte Ovarialblastom als

anatomische Unterlage der endokrinen

hypophysären Erkrankung mit größter Wahrscheinlichkeit ansehen. Die Eierstocksgeschwulst erwies sich als ein im wesentlichen einkammeriges

seröses Zystenadenom von glatter Außen- und Innenwand

das nur an einer Stelle der letzteren ein hühnereigroßes

mit Gelatine erfülltes Tochterzystom aus drei kleineren Kammern einschloß. Fragen wir

warum unter den Tausenden von Adenomen

Teratomen

Karzinomen und Sarkomen des Ovariums bisher

soweit ich die Literatur übersehe

noch niemals eine Hypophysen-Folge-Erkrankung berichtet wurde

so muß ich die Antwort schuldig bleiben. Ich möchte nur darauf hinweisen

daß die Gründe außer in der individuellen und konstitutionellen Disposition auch im

wechselnden Bau der Zysten liegen können. In dieser Beziehung muß an eine bisher wenig

beachtete Arbeit L. Pinks erinnert werden

der in Ovarialzystomen gar nicht selten Schilddrüsen-anteile fand in Fällen

wo von einem Dermoid oder Teratom sonst nichts zu sehen war; seine ausgezeichnet klaren

schönen Bilder hat er dem Gynäkologenkongreß in Berlin 1920 vorgelegt. Vielleicht wird dieser

hochinteressante Fund eine Brücke zum Verständnis endokriner Störungen bei gewissen

Ovarialblastomen schlagen und bei genauer Beobachtung der Befund von sekundären

Hypophysenstörungen öfter gemacht werden.