

Ein Fall von metastatischem Krebs der Chorioidea.

Von

Professor W. Manz
in Freiburg i. Br.

Auf dem vorletzten Heidelberger Ophthalmologencongress habe ich im Anschluss an eine Mittheilung Hirschberg's in aller Kürze über einen Fall von Krebsmetastase in beiden Augen berichtet, welcher zu Ende des Jahres 1883 in meiner Klinik längere Zeit beobachtet wurde. Mit der bei der Seltenheit solcher Fälle wohl gerechtfertigten Publication hatte ich gezögert, da ich einige Aussicht hatte, die Bulbi post mortem zur anatomischen Untersuchung zu bekommen, oder wenigstens durch den damaligen Hausarzt der Kranken etwas über das Sectionsresultat zu erfahren. Wie ich nun vor einiger Zeit gehört habe, ist dieselbe im vorigen Jahre gerade in jenen Tagen gestorben, ohne dass sie dieser Arzt wieder gesehen hatte und ohne dass eine Autopsie angestellt worden ist. So interessant nun auch die anatomische Untersuchung der Augen und ihrer Adnexa in verschiedener Beziehung gewesen wäre, so bedurfte es einer solchen zur Bestätigung der während des Lebens gestellten Diagnose nicht, da das Krankheitsbild darüber keinen

Zweifel gelassen hatte, wie auch aus folgender Krankengeschichte hervorgehen wird.

Patientin A. Sch., eine 50jährige Frau, von Rammersweier, will früher nie an den Augen gelitten haben, auch ihre sonstige Gesundheit soll eine gute gewesen sein. Vor drei Jahren erst machte sie einen Gelenkrheumatismus durch und litt von da an öfters an Kopf- und Zahnweh. Von ihren Eltern wusste sie nichts Besonderes zu erzählen, von einer Cousine dagegen, dass diese am Magenkrebs gestorben sei.

Im Anfang des Jahres bemerkte sie zuerst einen harten Knoten in der rechten Brustdrüse, welcher ziemlich rasch zu einer grossen Geschwulst heranwuchs, welche dann im August desselben Jahres (1883) von Dr. Basler in Offenburg, der mir später die Kranke zuschickte, weggenommen wurde. Seiner gefälligen Mittheilung zufolge wäre der Tumor ein knotiger harter, zum Theil ulcerirender Krebs gewesen. Die Wunde granulirte gut, war jedoch bei Eintritt der Operirten in unsere Klinik, am 12. November 1883 noch nicht ganz geschlossen und enthielt in ihren Rändern einige kleine verdächtige Knötchen, auch fühlte man in der Achselhöhle ein dickes Paket infiltrirter Lymphdrüsen.

Eine Sehstörung hatte Frau Sch. erst vor drei Wochen und zwar zuerst auf dem linken Auge wahrgenommen, bald aber kamen auch „Wolken und Mücken“ vor das rechte, mit rascher Abnahme der Sehkraft. In den letzten Tagen traten dazu heftige Kopfschmerzen, besonders in der rechten Schläfe worüber sie lebhaft klagte. Das Aussehen der Patientin war, da sie hierher kam ein recht elendes, sie war mager und bleich, ihr Appetit gering, der Schlaf durch Kummer und Schmerzen sehr gestört; sie musste beim Gehen geführt werden, trotzdem ihre Sehschärfe, wenigstens auf einem Auge (R) nicht eine so sehr geringe war, nämlich $\frac{1}{9}$, während sie mit dem anderen allerdings nur Finger auf etwa 1 M. zählen konnte; dagegen zeigte sich sofort eine bedeutende Beschränkung des Gesichtsfeldes auf beiden Augen, welches freilich wegen der Schwäche der Kranken nur am Campimeter aufgenommen werden konnte.

Beiderseits war die obere Grenze desselben sehr nahe an den Fixirpunkt herangerückt, aber auch die anderen Regionen zeigten eine unregelmässige Einziehung.

Beide Augen waren ziemlich prominent, thränten fortwährend, die unteren Lider zeigten leichtes Ectropium, die *Conjunctiva palpebralis* eine chronische Verdickung. Die Cilien fehlten zum grössten Theile, die vorhandenen waren verklebt. Am r. Bulbus sah man auf dessen nasaler Seite einige stark erweiterte Gefässe in und unter der *Conjunctiva*. Die Hornhäute waren klar, die Irides grünlich-grau, von gleicher Farbe, die Pupillen ebenfalls gleich, mittelweit, ziemlich prompt reagirend, auch auf Atropin.

Dahinter zeigte sich dann im rechten Auge ein medial gelegener gelblicher Reflex mit einer ohngefähr in der Mitte liegenden bogenförmigen Begrenzung, der hinteren Linsenwand scheinbar ganz nahe gerückt. Dem entsprechend war die Tiefe der vorderen Kammer an der Nasenseite eine geringere als sonst. Auch hinter der linken Pupille kam ein graulicher Reflex aus dem Innern des Auges, dessen Begrenzung aber erst bei der Augenspiegel- und focalen Untersuchung deutlich wurde. Dabei zeigte sich dann in beiden Augen die Netzhaut in mehreren Buckeln abgelöst, bald als schlaffer Sack, an andern Stellen aber nur wenig gefaltet. Rechts unterschied man eine scharf umschriebene Ablösung an der Nasenseite, eine zweite nach unten; aber auch an anderen Stellen war die Retina etwas gefaltet, hinter einer solchen Falte war auch die Papille verborgen.

Diese Falten hatten eine grau-bläuliche Farbe, die beiden Protuberanzen eine mehr gelbliche; die darüber verlaufenden Netzhautgefässe waren mehr weniger geschlängelt, zum Theil ziemlich eng, an manchen Stellen hatte die Oberfläche jener Hügel ein marmorirtes Aussehen.

Im linken Auge lag in der ganzen unteren Hälfte eine grosse, schlaffe Ablösung, über der die Papille in verschwommenen Umrissen gesehen werden konnte, mit bedeutender Erweiterung der grösseren Venen. Linse und Hornhaut waren beiderseits normal durchsichtig.

Eine Spannungszunahme der Bulbi war nicht nachzuweisen, jede Berührung dagegen schmerzhaft.

Während die Sehschärfe in den nächsten Tagen nach Eintritt der Kranken in die Klinik auf dem r. Auge etwas zunahm ($\frac{1}{20}$), auf dem l. dagegen abnahm, blieben die Schmerzen

fast immer dieselben und veranlassten mich eine Punction des L. Bulbus zu machen, wo sie besonders stark waren. Das geschah am inneren, unteren Umfang und führte zum Abfluss einer schwach gelblichen, wässrigen Flüssigkeit, worauf die abgelöste Netzhaut noch etwas mehr gefaltet erschien. Die Schmerzen wurden dadurch kaum beeinflusst, von Zeit zu Zeit klagte die Frau über heftiges Stechen im Vorderkopf und in der r. Schläfe, welches besonders während des Bettliegens sich einstellte, zugleich mit einem peinlichen Hitzegefühl an jener Stelle.

Die Netzhautablösung nahm in beiden Augen rasch zu, verdeckte schon nach kurzer Zeit im rechten fast den ganzen Fundus, indem die drei grossen Bukel in der Mitte fast zusammenstiessen; auch der an der Nasenseite liegende Tumor wuchs rasch nach vorn, so dass er mit freiem Auge gesehen werden konnte.

Im l. Auge trat neben der bisher bemerkbaren noch eine zweite Kuppe, mehr nach oben gelegen, auf. Während mit diesem aus nächster Nähe noch grosse Buchstaben erkannt wurden, wurden rechts nur noch Handbewegungen wahrgenommen. dabei aber das Gesichtsfeld grösser gefunden, als man dem ophthalmoscopischen Bilde nach hätte erwarten sollen, es muss also jedenfalls noch ein Theil der abgelösten Netzhaut functionirt haben. Bei der Fixation wurde das Auge stark nach aussen gewendet.

Wiederum nach wenigen Tagen war die Sehkraft bis auf Lichtempfindung in beiden Augen geschwunden. Nun waren auf den Geschwülsten auch deutlich ihnen angehörige Blutgefässe besonders dann gut zu sehen, wenn man mit dem Spiegel von der Seite Licht in das Auge warf, wobei auch die verschiedene Färbung dieser und der anderen Ablösungsstellen sehr auffallend erschien. In diesem Zustand stellte ich die Patientin in der hiesigen ärztlichen Gesellschaft vor, da es keines Augenspiegels bedurfte, um die Neubildungen in voller Deutlichkeit wahrzunehmen. Die Pupille des linken Auges, welche bisher rund gewesen war, und immer ziemlich prompt reagirt hatte, wurde nun etwas nach unten ausgezogen, die Iris an dieser Stelle etwas vorgetrieben. Die Linse blieb jedoch immer ganz durchsichtig. Diese Vortreibung und Verziehung

nach unten aussen war besonders stark, wenn die Pupille durch Eserin verengt war.

Wurden die Pupillen erweitert, so sah man nun hinter beiden drei Wülste in den Glaskörper hineinragen und ohngefähr in der Mitte einander fast berühren. In beiden Augen war die Netzhaut an drei Stellen abgelöst, je an einer durch einen Tumor, unter den zwei andern schien nur Flüssigkeit zu sein; doch könnte natürlich auch ein kleinerer Tumor dahinter gelegen haben, was jedoch nach dem, was Andere beobachtet haben, nicht recht wahrscheinlich ist.

Am 6. December verliess Patientin die Klinik, da sie sich elend und sehr unglücklich fühlte und gerne in ihrer Heimath sterben wollte. Da ich für ihre Leiden keine Hilfe wusste, und die geringe Linderung, welche ihr Narcotica verschafften, auch anderwärts zu gewähren war, so trat ich ihrem Wunsche nicht entgegen. Zu dieser Zeit hatte sie immer noch auf beiden Augen Lichtschein, glaubte sogar mit dem linken innerhalb eines kleinen Gesichtsfeldes noch hin und wieder Handbewegungen wahrzunehmen. Die Tension, welche während der ganzen Beobachtungszeit weder auffallend erhöht noch erniedrigt war, zeigte sich nun doch auf dem linken Auge vermindert; doch war der Unterschied immerhin kein bedeutender. Aus ihrer Heimath erhielt ich keine Nachricht über ihr Befinden, da sie ihren früheren Hausarzt, mit dem ich correspondirte, nicht mehr consultirte. Erst einige Zeit nach ihrem Tode erzählte eine frühere Patientin, dass sie ungefähr drei Wochen vorher einen Besuch bei ihr gemacht, und sie in einem höchst traurigen Zustand, gequält von heftigen Kopfschmerzen getroffen habe. Von den Augen wusste sie nur zu berichten, dass sie ganz blind und sehr roth gewesen seien; sie meinte auch dieselben hätten aus dem Kopfe „herausgestanden.“ Letzteres könnte nun allerdings als Exophthalmus gedeutet werden, könnte aber auch nur durch das Ectropium der Augenlider, welches ja früher schon in mässigem Grade vorhanden gewesen war, vorgetäuscht worden sein.

Der ebenbeschriebene Fall einer metastatischen Aderhautgeschwulst wäre der sechste, der am Lebenden beobachtet wurde, da zu den in dem Aufsatze von Hirsch-

berg und Birnbacher*) erwähnten vier Fällen noch der fast zu gleicher Zeit von Pflüger**) veröffentlichte als fünfter hinzukam. Während es sich in dem letzteren um ein aus einem Naevus entwickeltes Sarcom handelte, ähnlich dem von Schiess***) beobachteten, schliesst sich mein Befund an die von Hirschberg, Perls†) und Schoeler††) an, da der Beschreibung nach, welche mir der Arzt von dem von ihm entfernten Mammatumor gab, dieser ein Carcinom gewesen war, womit auch die Beschaffenheit der am Rand der Narbe sitzenden kleinen Knoten übereinstimmte; darnach ist wohl unzweifelhaft auch die intraoculäre Neubildung ein Carcinom gewesen.

Vergleicht man den Verlauf bei meiner Patientin mit den Krankengeschichten, die von jenen Fällen herrühren, so zeigt sich viel Analoges.

Wenn ich mir erlaube, einige dieser Vergleichspunkte hervorzuheben, so möchte ich zunächst das doppelseitige Auftreten der Metastase erwähnen, welches auch von Perls, Schoeler und Hirschberg in seinem ersten Falle beobachtet wurde, und zwar scheint die Erkrankung des zweiten Auges, wenn nicht gleichzeitig, doch auffallend bald nach der des erstergriffenen erfolgt zu sein. Als Hirschberg seine Patientin das erste Mal untersuchte, zeigte sich im r. Auge ein grösserer Heerd in der Chorioidea, zu gleicher Zeit aber auch schon kleinere Infiltrate neben

*) Hirschberg und Birnbacher: Ueber metastatischen Aderhautkrebs. v. Graefe's Arch. f. Ophthalm. XXX. 4. H. S. 112.

**) Pflüger: Metastatisches Sarcom d. Chorioidea. Arch. f. Augenheilk. XIV. S. 129.

***) Schiess-Gemuseus und Roth: Metastatisches Sarcom d. Papille. Graefe's Arch. XXV. 2. H., S. 177.

†) Perls: Virchow's Arch. XLVI. Bd. S. 437.

††) Schoeler: Verhandlungen d. Berl. medic. Gesellsch. Berl. Klin. Wochenschr. Nr. 7, 1883.

der Papille des linken und schon nach wenigen Wochen war in diesem der ophthalmologische Befund ein fast gleicher wie dort. Es entspricht dieses baldige Erkranken des zweiten Auges nicht den Erfahrungen, welche man in der Mehrzahl der Fälle von Metastasen macht, welche von einem primären Tumor ausgehen; hier sind die Intervalle meistens längere, oft recht lange*). In dem Schoeler'schen Falle ist diese Zwischenzeit schwer zu bestimmen, doch war jedenfalls das Wachsthum mit vorzugsweise flächenhafter Ausdehnung ein sehr rasches und dem entsprechend das Sehvermögen in rapider Abnahme. Im Verlauf von 6 Wochen war die Sehschärfe auf dem später ergriffenen Auge von $\frac{1}{7}$ auf $\frac{1}{40}$ gesunken; die vollständige Erblindung erfolgte allerdings erst nach mehr als $\frac{1}{2}$ Jahr. Solche Beispiele sind deswegen von besonderer Bedeutung, weil der Ausgangspunkt der Neubildung in der Nähe der Macula lag, mithin die Sehstörung dem Kranken sehr bald bemerkbar werden musste.

Bei meiner Patientin scheint der Heerd weiter nach vorn gesessen zu sein, da gegenüber der bedeutenden Grösse der Geschwulst, wenigstens auf dem zweiten Auge, die Sehschärfe noch kurze Zeit eine verhältnissmässig gute war. Aber nicht nur in diesem sondern in beiden Augen bemerken wir ein auffallend rasches Wachsthum der Geschwulst, verschieden von dem durchschnittlichen Verhalten einer primären Aderhautgeschwulst. Bei meiner Kranken erfolgte die Erblindung in wenigen Tagen, ähnlich wie in den beiden Fällen Hirschberg's, der auch schon auf diese Eigenthümlichkeit hingedeutet hat; in meinem Falle konnte man die rasche Vergrösserung der Tumoren fast von Tag zu Tag verfolgen. Es ist dieser Umstand um so überraschender, da es sich hier um ein Carcinom

*) Fuchs (Das Sarcom des Uvealtractus) bezeichnet die doppelseitigen Fälle überhaupt als sehr selten.

handelte, welchem meistens eine so rasche Vergrößerung nicht zukommt. Eine Erklärung ist wohl zur Zeit nicht zu geben, wir müssen uns begnügen, einstweilen die Thatsache zu constatiren. Mit derselben steht eine andere Beobachtung in einem gewissen Widerspruch, welche Hirschberg bei seinen beiden Patienten gemacht hat und welche ich für die meinige bestätigen kann, d. i. das Ausbleiben einer Erhöhung des intraocularen Druckes. Nun wissen wir ja allerdings, dass das Fehlen dieses Symptoms ebensowenig ein sicheres Zeichen für die Abwesenheit eines Tumors ist, als die Herabsetzung jeweils eine Netzhautablösung begleitet. Ist diese nur durch einen kleinen Tumor veranlasst, so kann die Spannungszunahme oft vermisst werden. Bei unserer Kranken handelte es sich aber nicht um eine so kleine Geschwulst, und trotzdem war während der ganzen Beobachtungszeit kein erhöhter Druck nachweisbar, gegen das Ende derselben eher ein verminderter. Sollte der Grund für diese ungewöhnliche Erscheinung etwa in den anderen, zugleich bestehenden Netzhautablösungen liegen, die von Schiess, Hirschberg und mir gefunden wurden? Jedenfalls könnte man das Zustandekommen einer solchen bei erhöhter Spannung nur schwer verstehen. Dass hierin aber während der Vergrößerung des Krebses wesentliche Aenderungen vorkommen können, bezeugt das Verschwinden einer grossen Ablösung in dem einen Auge der Schöler'schen Patientin, während gerade zu dieser Zeit im anderen ein Status glaucomatosus vorhanden war.

Wenn wir uns eine Vorstellung von den Transportbahnen machen wollten, auf welchen die Krebsmassen von der Mamma und den Achseldrüsen in das Auge gelangten, so würden wir wohl auch nach der Seite fragen, auf welcher jene Organe liegen, da dies wenigstens bei einem Transport durch die Venen in Betracht kommen könnte; doch sind

die Verhältnisse in den bisher beobachteten Fällen keine übereinstimmenden. Bald war es das gleichseitige, bald das ungleichseitige Auge, welches zuerst von der Metastase befallen wurde: ersteres in dem Pflüger'schen und dem ersten Hirschberg'schen Falle, letzteres in dem Schöler'schen, dem zweiten Hirschberg'schen und dem meinigen.

Die Art und Weise, wie die Krankheitskeime in das zweite Auge kamen, können wir entweder als eine Wiederholung des ersten Vorganges, oder, was vielleicht wahrscheinlicher, als eine Uebertragung von einem zum anderen Bulbus durch die Sehnerven auffassen. Für letztere spricht ganz besonders der von Uthoff berichtete anatomische Befund im Schöler'schen Falle: Hier reichte im rechten zuerst ergriffenen Auge die Krebsbildung vom Sehnerven hinauf zum Chiasma, im linken fand sich eine Infiltration der inneren Sehnervenscheide, welche weit nach hinten (wie weit?) sich fortsetzte. Beiderseits war gerade das intraoculare Sehnervende hochgradig krebsig degenerirt. Auch durch Jatzow*) haben wir neulich wieder ein Beispiel von solcher Propagation eines intraocularen Tumors kennen gelernt; das von ihm angegebene diagnostische Moment zur Erkennung einer solchen Affection im zweiten Auge — den Ausfall im unteren, äusseren Theile des Gesichtsfeldes, konnte ich in meinem Falle nicht prüfen, da die Ablösung der Netzhaut schon zu umfangreich war, um die Ausgangsstelle jener Sehstörung finden zu lassen.

Für eine Fortpflanzung der Neubildung in den Schädelraum könnte man wohl auch die heftigen Kopfschmerzen anführen, welche meine Patientin so sehr quälten, und deren Quelle wegen mangelnder Druckerhöhung vielleicht nicht im Bulbus selbst gesucht werden sollte. Indessen lässt sich

*) Jatzow: Beitr. z. Kenntniss d. retrobulb. Propagation des Chorioidealsarcoms etc. v. Graefe's Archiv für Ophthalmologie XXXI., 2. Jahrg., S. 203—276.

ohne Autopsie und selbst ohne Kenntniss des Krankheitsbildes im späteren Verlaufe darüber kaum eine Vermuthung aussprechen. Pflüger deutet auch die Kopfschmerzen seiner Kranken aus einer Metastase nach dem Gehirn, die Erblindung des zweiten Auges von ebendaher, glaubt jedoch eine Fortpflanzung durch das Chiasma auf dessen Sehnerven wegen des normalen ophthalmoscopischen Bildes ausschliessen zu können.