

EIN FALL VON SOLITÄRTUBERKELN
IM KLEINHIRN ALS KOMPLIKATION MIT TÖDLICHEM
AUSGANG BEI LUMBALPUNKTION

VON

TORSTEN WADSTEIN

Hier soll nicht auf die Technik der Lumbalpunktion eingegangen werden, sondern es sollen nur ihre Indikationen und Kontraindikationen laut jetzt gebräuchlicher Auffassung in aller Kürze besprochen werden. Als eines unserer wichtigsten *diagnostischen* Hilfsmittel ist die Lumbalpunktion bei den meisten krankhaften Zuständen im zentralen Nervensystem und bei allen Krankheiten der Häute desselben indiciert. *Therapeutisch* und *palliativ* wird sie bei den Meningiten verwendet um den Hirndruck zu vermindern und ferner ist sie ein notwendiger vorbereitender Eingriff bei der *Lumbalanästhesie*. Lege artis ausgeführt und mit genauer Beachtung der Gefahrenmomente ist die Lumbalpunktion in den allermeisten Fällen vollkommen ungefährlich und verursacht nur ab und zu beschwerlichere subjektive Symptome. Gefährlich kann sie bei Hirntumoren werden und in besonders hohem Grade gilt dies für die Tumoren in der hinteren Schädelgrube. Betont soll werden dass der Begriff Tumor hier klinisch und nicht pathologisch-anatomisch zu nehmen ist.. Bei diesen Zuständen ist mit der Lumbalpunktion eine ganz bestimmte Gefahr verknüpft, nämlich die, dass gewisse Teile des Hirnstammes während des Abflusses des Liquors in das Foramen occipitale herabgepresst werden können. Diese Herabpressung der Oblongata, an und für sich gefährlich, bedingt auch eine Unterbrechung der freien Kommunikation zwischen Hirnventrikeln und dem Subarachnoidalraum und führt hierdurch zur Voraussetzung für einen Hydrocephalus internus

bzw. zu einer Verschlimmerung eines schon bestehenden. Als schicksalsschwerer Effekt resultiert ein schneller Tod im Atmungsstillstand, im bulbären Schock. Wenn man bei einem diagnostizierten »hinteren Schädelgrubentumor« die Ausführung einer L. P. als notwendig erachtet, muss dies mit grösster Vorsicht geschehen. Man nimmt nur die möglichst geringe Menge Liquor heraus und unterbricht die Punktion beim ersten beunruhigenden Symptom. Der Patient muss 24 Stunden vor und 48 Stunden nach dem Eingriff strenge Horizonetallage einnehmen. Ein Tod im bulbären Schock soll also nicht eintreffen dürfen und die Anzahl derartiger Fälle dürfte nunmehr wohl leicht zu zählen sein. Dass dies doch bei besonders ungünstigen Umständen, vollkommen unvorgesehen eintreffen kann, zeigt der folgende Fall mit aller Deutlichkeit.

Journal-Nr. 198/31. K. L. 11-jähriger Knabe. Eltern gesund. Nr. 5 von 11 gesunden Geschwistern. Masern in den ersten Jahren. Soll bis Mitte Dezember 1930 vollkommen gesund gewesen sein, da er schwer an »Influenza« erkrankte und dann mit Fieber bis Anfang Februar lag. Sollte da in die Schule zu gehen beginnen, konnte aber nur wenige Tage auf sein, worauf er auf Grund von beschwerlichen Schmerzen in der rechten Hüftgelenksregion von selbst das Bett aufsuchte. Hat die letzte Zeit recht viel über Kopfschmerzen geklagt und einigemal erbrochen. Wurde als Coxitis hierhergeschickt. Aus dem Aufnahmestatus am 12. 2. 31: Allg. Bef. nicht befriedigend. Blass, sehr mager, bucklig mit plattem Thorax. Cor o. B. Pulmones: Keine sicheren physikalischen Veränderungen. Beide Hüftgelenke o. B. Rechtes Sacro-iliacagelenk: Bei Schlag auf das Gelenk deutlich empfindlich, verlegt beim Zusammendrücken des Beckens den Schmerz auf dieses. Trendelenburg auf der r. Seite pos. Lasague auf beiden Seiten pos. bei 70°. Keine sichere Nackensteifheit. Harn o. B. S. R. 47 mm/1 Stunde. Pirquet stark pos. Röntgen zeigt »eine ausgebreitete Verdünnung um das rechte Sacro-iliacagelenk«.

Während der ersten Woche im Krankenhaus trat keine Verschlechterung des Zustandes des Pat. ein. Er lag mit subfebriler Temp., klagte zuweilen über Kopfschmerz, erbroch mitunter und zeigte fortwährend keine deutliche Nackensteifheit. Nach dieser Zeit begann sein Zustand sich schnell zu verschlechtern. Am 23. 2. wird vermerkt: Pat. hat nun sichere Nackensteifheit, klagt über beständigen Kopfschmerz. Am 25. 2.: Die Kopfschmerzen sind stärker geworden und treten nun anfallsweise auf. Die Nackensteifheit hat zugenommen und Lasague ist pos. bei 45°.

Das es nun klar erschien, dass Pat. ausser einer mit aller Sicherheit

tuberkulösen Arthritis im rechten Sacro-iliacagelenk auch eine Tbc. meningitis hatte wurde Lumbalpunktion ausgeführt, und zwar im Chloräthyl-Äther-Rausch, da der Pat. sich streckte und unruhig war. Anfangsdruck 350—360 mm. Unter Kontrolle des Druckes wurden langsam 18—20 ccm klarer Liquor abgezapft. Schlussdruck 110—120, der sich beim Abbrechen der Punktion im Steigen befand. Normaler Atmungsausschlag, aber Queckenstedts Probe wurde nicht ausgeführt. Nonne und Pandy pos. 3,5 Lymphozyten + 4 Leukozyten 1 cmm. Keine beunruhigenden Symptome während oder gleich nach der Punktion, aber einige Minuten später wurde Pat. schnell cyanotisch, die Atmung klein und oberflächlich, der Puls schlecht. Wurde unmittelbar mit Kampfer und Adrenalin stimuliert und erholte sich. So schnell wie möglich wurden nun eine neue Lumbalpunktion gemacht und ca. 20 ccm physiol. NaCl injiziert um womöglich der supponierten Einkellung der Oblongata entgegenzuwirken. Pat. erholte sich weiter, bekam bessere Farbe und guten Puls, verschlechterte sich dann aber schnell und hörte auf zu atmen. Lobulin und künstliche Atmung waren resultatlos und Pat. ging unwiederruflich ad mortem.

Sektion (*Lindau*). Tbc. caseosa pulmon. amb. et Lymphogl. tracheobronchial. Solitärtuberkeln im Kleinhirn. Aus dem Obduktionsprotokoll: — — — Im Kleinhirn befindet sich auf der Unterseite der rechten Hemisphäre ein nussgrosser cortical liegender Solitärtuberkel. Auf der Dorsalseite der rechten Hemisphäre zwei walnussgrosse käsige Solitärtuberkel. Deutlicher aber nicht hochgradiger Hydrocephalus. Pons und Medulla oblongata machen einen leicht zusammengedrückten Eindruck und haben etwas weiche Konsistenz. Die Kleinhirntonsillen zeigen eine Schnurfurche. — — — Die Lungen zeigen mehrere käsige, peripher gelegene, nusskerngrosse, gut abgegrenzte Herde (multiple Primäraffekte). — — — Käsig schmelzende Hilusdrüsen. — — — Einzelne Solitärtuberkel in der Milz. — — — Ein paar kleine käsige Lymphdrüsenherde im Mesenterium.

Die Obduktion zeigte also ausser einer multiplen Tuberkulose, lokalisiert auf mehrere Organe, auch drei grosse Solitärtuberkel im Kleinhirn, aber eine Tbc. meningitis konnte makroskopisch nicht nachgewiesen werden. Das klinische Bild dagegen wurde so sehr von Meningitissymptomen beherrscht, dass ein Verdacht auf Solitärtuberkel nie erweckt wurde, namentlich da der Pat. keine solchen Symptome vom Nervensystem aufwies dass die Aufnahme eines vollständigen Nervenstatus erforder-

lich schien. Es wurde daher die Lumbalpunktion als die anscheinend geeignetste erste Untersuchung auf die Indikation Meningitis vorgenommen. Es soll erwähnt werden dass d. Pat. keine Balanzstörung aufwies. So konnte die Probe von Trendelenburg, die auf der rechten Seite pos. war, ohne Schwanken ausgeführt werden. In bezug auf die Punktion selbst soll hervorgehoben werden, dass beunruhigende Symptome erst nach derselben auftrat. Ein Nachteil war dass der Pat. in betäubtem Zustande punktiert wurde und daher keine Auskunft über subjektive Symptome, wie z. B. heftig einsetzenden Kopfschmerz, geben konnte. Dafür lag er aber vollkommen still und ruhig während der Punktion, weshalb der hohe Anfangsdruck nicht auf einer Muskelanspannung beruhen konnte. Das Sinken des Druckes erschien auch normal. Kein Stürzen des Druckes. Der Schlussdruck betrug 120 und befand sich beim Abbrechen der Punktion überdies im Steigen. Klarer Atmungsausschlag, aber Queckenstedt wurde nicht geprüft, allerdings ein Übersehen, wenn auch die Probe bei sicheren Meningiten nicht so grosses Interesse besitzt.

Der Fall, der uns die Gefahren der Lumbalpunktion deutlich zeigt, ist eine schmerzliche Erinnerung an die Wichtigkeit dass bei jeder Lumbalpunktion die beschwerliche Komplikation entsprechend berücksichtigt wird, die ein Tumor in der hinteren Schädelgrube bildet, und besonders bei einer beginnenden Tbc.-Meningitis soll man eingedenk sein, teils dass dieses Symptombild als pathologisch-anatomische Unterlage Solitärtuberkeln in Kleinhirn haben *kann*, teils dass diese Tuberkeln sich oft einer klinischen Diagnose entziehen, weshalb ein negativer Nervenstatus uns nicht vor dieser Überraschung bei der therapeutisch-palliativen Lumbalpunktion schützt.