

## II. Aus der medicinischen Poliklinik in Halle.

Ein Fall von Hirntumor.

Mitgetheilt von

Max Graefe, Cand. med.

Der 29 Jahre alte Bahnarbeiter Otto Lutzemann soll bis zum Beginn seines nachstehend näher geschilderten Leidens nie erheblich krank gewesen sein. Aus der Vorgeschichte ist nur zu erwähnen, dass ihm, als er 10 Jahre alt war, eine Holzplanke auf die Stirn fiel. Er soll damals bewusstlos zusammengestürzt sein und stark geblutet haben. In Jahre 1862 ist er aus einer Höhe von zwei Stockwerken herabgefallen, ist zuerst bewusstlos gewesen und hat mehrere Tage zu Haus bleiben müssen. Von welcher dieser Verletzungen eine sich in der Mitte der Stirn vorfindende, winklige Narbe herrührt, war nicht mit Bestimmtheit festzustellen.

Seit Weihnachten 1877 soll Lutzemann wiederholt über Kopfschmerzen und ein Gefühl von allgemeinem, körperlichen Unwohlsein ge-

klagt haben. Doch war er stets im Stande zu arbeiten. Erst gegen Mitte April 1878 sah er sich genöthigt zu Haus zu bleiben und klinische Hülfe in Anspruch zu nehmen.

Als ich den Kranken am 17. April zum ersten Mal besuchte, lag er im Bett, klagte hauptsächlich über einen ziehenden, sehr quälenden Kopfschmerz, welcher sich in der Mitte der Stirn concentrirte. Er selbst gab an, dass ihm der Kopf benommen sei und das Denken ihm schwer würde. Seine Frau erzählte, dass er beim Anziehen die Kleidungsstücke verwechselte, ihm gewordene Aufträge vergässe, dass er meist theilnahmslos und ohne zu sprechen dasitzte. — Auch der Güterverwalter, unter welchem L. zu arbeiten hatte, theilte am folgenden Tage mit, dass derselbe, während er früher ein leidlich intelligenter Arbeiter gewesen sei, seit einigen Tagen Alles vergesse resp. unordentlich besorge.

Nach 9 Tagen nahm L. seine Arbeit wieder auf; aber schon nach drei Tagen musste er wieder aufhören. Urin und Fäces gingen ihm oft unwillkürlich ab — dies soll schon seit dem Winter eingemal passirt sein —; vor Allem klagte er wieder über fürchterliche Kopfschmerzen, welche sich an derselben Stelle concentrirten, wie einige Tage zuvor.

In der Nacht vom 27. zum 28. April erhob sich L. und erklärte, er müsse siebentausend Schiefertafeln einpacken. Gegen Morgen stand er abermals auf, urinirte in die Stube und schalt seine Frau, dass sie ihm das Nachtgeschirr nicht geben wollte; er müsse doch genau messen, wieviel Wasser er lasse. Dabei stand dasselbe dicht vor ihm. Am nächsten Mittag erzählte er seiner Frau, während sie fortgewesen, sei eine Kuh in die Stube gebracht und derselben die Zähne ausgezogen.

Die am Mittag dieses Tages vorgenommene Untersuchung des Kranken ergab nur eine rechtsseitige Facialisparesie und eine Erweiterung der linken Pupille. Auf Fragen antwortete der Patient ziemlich confus und lächelte stets stumpfsinnig dabei.

Von diesem Tag ab, an welchem Patient noch fähig war, in die Klinik zu gehen, und dort vorgestellt wurde, verschlechterte sich sein Zustand zusehends. Er wurde immer apathischer, sprach nur wenig und schlief den grössten Theil des Tages. Urin und Koth liess er unter sich gehen.

Am 20. Mai fand ich den Kranken völlig somnolent; die ganze rechte Seite schien gelähmt. Nur nach langem Anrufen öffnete L. die Augen und antwortete manchmal, aber kaum verständlich „Ja“ oder „Nein“. Meist aber schüttelte oder nickte er nur mit dem Kopf. — Die Temperatur war plötzlich auf 40,3°C. gestiegen. Aber schon am 21. Mittags sank dieselbe wieder auf 37,4°C. herab. Am Abend desselben Tages war die Lähmung der rechten Seite völlig verschwunden; auch das Sensorium war freier. Nur die Facialisparesie bestand noch.

Die Sprache war nicht paralytisch. Die Untersuchung der Augen ergab einen normalen Augenhintergrund.

In den nächsten Tagen besserte sich der Zustand des L. in überraschender Weise. Am 26. Mai konnte er, wenn auch nur schwankend doch ohne Unterstützung in der Stube umhergehen; er zeigte wieder Interesse für seine Familie, unterhielt sich gern, spielte mit Freunden Karten. Allem in der Nacht vom 30. zum 31. Mai kam ein neuer Rückfall. Der Kranke stand mehrmals auf und jammerte laut über furchterliche Kopfschmerzen. Bald darauf trat ein einmaliges, heftiges Erbrechen auf. Der Kranke verfiel in tiefen Sopor, in welchem ich ihn noch am nächsten Vormittag antraf. Rief man ihn sehr laut an, so stiess er einen eigenthümlichen, knurrenden Ton aus und knirschte einige Sekunden mit den Zähnen. Am Nachmittag erbrach er noch einmal grünliche Massen.

Am nächsten Vormittag wurde Patient beschämter; er fing wieder an zu sprechen und verlangte nach Nahrung. Schon nach wenigen Tagen war sein Zustand derselbe wie vor dem Anfall; nur das Gehen fiel ihm sehr schwer. Er schwankte wie ein Betrunkener hin und her; ohne Unterstützung brach er zusammen.

Ungefähr bis gegen Mitte des Monats Juni blieb der Zustand des L. ein leidlicher. Von da ab liess sich wieder eine allmähige, aber stetige Abnahme sowohl der geistigen wie körperlichen Kräfte des Kranken constatiren. Ende Juni war er wieder völlig somnolent geworden. Auf wiederholtes Fragen antwortete er nur mit leiser, schwer verständlicher Stimme. Beim Sprechen stiess er deutlich mit der Zunge an. Nahrung nahm er von selbst nicht mehr zu sich; er musste gefüttert werden.

Anfang Juli wurde der Zustand des Kranken immer bedenklicher. Er sprach gar nicht mehr. Er sah seine Umgebung, wenn er von derselben noch etwas gefragt wurde, meist mit weitgeöffneten Augen an; nur selten bewegte er den Kopf als Zeichen, dass er verstanden habe. Die Beibringung von Nahrung wurde sehr schwierig, da L. sich stets verschluckte. Den grössten Theil des ihm Eingeflossenen hustete er wieder aus. — Weder Motilität noch Sensibilität der Extremitäten waren, soweit es sich bei dem Zustand des Patienten feststellen liess, gelähmt.

Am 9. Juli verfiel der Kranke in tiefes Coma; das Athmen war schnarchend, der Mund dabei weit geöffnet. Die Augen waren geschlossen. Auf Anrufen reagierte der Kranke gar nicht mehr.

Schon einige Tage vorher hatten Hände und Füsse ein eigenthümliches Aussehen geboten. Sie waren gedunsen, ihre Farbe cyanotisch; stellenweise fanden sich hellrothe, auf eine arterielle Hyperämie deutende Flecke. Besonders an den Fingerspitzen hatte die Epidermis ein mehr weissliches Ansehn und zeigte hier und da ganz oberflächliche, kleine Defecte. — Der Radialpuls war voll und kräftig.

Am Morgen des 10. Juli fanden sich plötzlich entstandene wasserhelle Blasen von mehr als Erbsengrösse, prall gespannt, eine am Rücken der rechten Hand zwischen IV. und V. Metacarpalgelenk, zwei auf dem linken Fussrücken nahe dem innern Fussrand; die Haut in der Umgebung zeigte keine entzündliche Röthung. Eine äussere Ursache für die Entstehung derselben liess sich nicht nachweisen. Patient lag nur mit einer dünnen Decke bedeckt, hatte die Extremitäten meist frei.

Am Abend desselben Tages starb der Kranke in tiefem Coma, ohne dass weitere Erscheinungen aufgetreten wären; die Blasen waren bis zum Tode unverändert geblieben und auch post mortem prall gespannt und wasserklar.

Die Section im Uebrigen ergab Folgendes:

Mittelgrosse, ziemlich kräftige Leiche. In der Mitte der Stirn, etwas nach links, eine ungefähr 1 Cm. lange, querverlaufende Narbe. Haut an dieser Stelle mit dem Schädel nicht verwachsen. Schädeldach von der gewöhnlichen Dicke; etwas breit oval. Die linke Hälfte erscheint etwas länger als die rechte. An der Innenfläche des Schädels finden sich nur an beiden Stirnbeinen nahe der Coronarnäht einige tiefe und weite Pachionische Gruben. Die Dura mater ist rechts stark gespannt; über dem linken Stirnlappen dagegen findet sich vorn eine etwas einsinkende, fluctuirende, bläulichrothe Stelle ungefähr vom Umfang eines Fünfmärkstückes. Die Gefässe der Dura sind stark injicirt, die der Pia nur mässig gefüllt. Die Innenfläche der Dura ist glatt. Links ist sie im Bereich der erwähnten Stelle mit der Oberfläche des Gehirns verwachsen. Hier findet sich eine im Ganzen die Grösse eines grossen Borsdorfer Apfels einnehmende Geschwulst. Dieselbe hat ihre Lage in der linken vorderen Schädelgrube und nimmt den vorderen Abschnitt des ganzen linken Stirnlappens ein. Von diesem scheint sie ausgegangen zu sein und hat hier sowohl oben wie unten die Windungen derart zurückgedrängt, dass an der unteren Fläche des Stirnlappens ein fast scharfer, etwas zackiger Rand, welcher im Durchschnitt etwa  $1\frac{1}{2}$  Cm. von der Fossa Sylvii entfernt ist, die Geschwulst nach hinten begrenzt. Ebenso ist noch an der oberen Fläche der Hemisphäre die Umgrenzung eine ziemlich scharfe. Auch hier sind die Windungen noch mit Pia mater überzogen, indessen sehr comprimirt und von sklerotischer Beschaffenheit. Nur der unmittelbare an der Mittelspalte gelegene Theil der ersten Stirnwindung ist bis zur Spitze erhalten, jedoch vorn nur einige Mm. breit. In der Substanz des Gehirns setzt sich die Geschwulst nach hinten bis etwa 2 Cm. von der Spitze des Vorderhorns entfernt fort. Hier findet sich ein anscheinend frischer, hämorrhagischer Herd von etwa Haselnussgrösse, welcher nach vorn allmähig in das Geschwulstgewebe übergeht. Die Geschwulst selbst hat grösstentheils eine grauröthliche Farbe und eine sehr weiche, in den oberflächlichen Theilen fast zerfliessende Beschaffenheit. Doch finden sich auch an der Oberfläche einzelne Stellen

von markiger, grauröthlicher Beschaffenheit, während der grösste Theil hier ein mit stark gelblicher Flüssigkeit getränktes Gewebe zeigt, welches nach Abfluss der ersteren eine schlaffe, ziemlich dunkelrothe zarte bindegewebige Masse zurücklässt. Die Pia mater in der Umgebung ist etwas verdickt und weisslich. Die der Geschwulst unmittelbar anliegenden Theile der Rindensubstanz sind stark blassgrau und verschmälert und ebenso wie die Marksubstanz sehr fest, stellenweis mit sandigen Einlagerungen. Die übrige Gehirnschubstanz ist im Ganzen blass, von ziemlich zäher Consistenz; Die Ventrikel mässig erweitert durch seröses Transsudat. — Die Eingeweide der Brust und des Unterleibes sind mit Ausnahme der ziemlich atrophischen Leber normal.

Die Diagnose in unserem Fall hatte intra vitam zwischen (normal verlaufender) allgemeiner Paralyse und organischer Hirnerkrankung geschwankt, ohne dass wir zu einem endgültigen Entscheid gekommen wären. Bietet er auch für die Lokaldiagnostik der Hirnkrankheiten kein besonderes Interesse, und sind auch sonst manche Punkte (z. B. der wahrscheinliche Zusammenhang des Tumors mit dem vor langer Zeit erlittenen Trauma) nicht genügend aufgeklärt, so scheint er doch wegen der eigenthümlichen Blasenbildung der Mittheilung werth. Es gehört dieselbe offenbar in die Kategorie der „trophischen Störungen“ nach Erkrankungen der nervösen Centralorgane, wie sie besonders ausführlich von Charcot (Klin. Vortr. über Krankheiten des Nervensystems, übersetzt v. Fetzner Band I.) geschildert worden sind. Es ist hier durchaus kein anderes Moment, welches die Entstehung der Blasen erklären könnte, nachzuweisen, namentlich kann Druck absolut ausgeschlossen werden. In dieser Hinsicht mag unser Fall zur Vermehrung der Casuistik beitragen.

Herrn Geheimrath Professor Dr. Weber gestatte ich mir für die gütige Erlaubniss zur Publication des Falles meinen besten Dank auszusprechen.

---