

Hirntumor und paranoisches Symptomenbild.

Von
C. Weidner.

(Aus der psychiatrischen und Nervenlinik Rostock-Gehlsheim
[Direktor: Prof. Dr. Kleist].)

(Eingegangen am 20. Januar 1920.)

Zwischen Hirntumor und geistiger Störung sind verschiedene Zusammenhänge möglich. Erstens kann der Hirntumor die ausschließliche Ursache der geistigen Störung sein, d. h. der Tumor als solcher ruft bei einem geistigen sonst normalen Gehirn durch seine Anwesenheit die Erscheinungen einer geistigen Störung hervor. Zweitens: der Tumor löst bei einer bestehenden Krankheitsanlage eine Psychose aus. Drittens: Tumor und Psychose können gänzlich unabhängig voneinander nebeneinander bestehen. Im ersten Falle kann die psychische Erkrankung zustande kommen durch Herdwirkungen oder durch Allgemeinwirkungen der Geschwulst; Ursache der Allgemeinwirkung dürfte in der Hauptsache die Hirndrucksteigerung sein. Die Rolle des Tumors als auslösender Faktor hat zur Voraussetzung eine individuelle Disposition, die sich nachweisen läßt durch eine erhebliche Belastung, durch früher bei dem Individuum schon vorhanden gewesene psychopathische Züge oder durch früher überstandene Geisteskrankheit. Schwieriger ist die Frage zu entscheiden, ob es sich um ein zufälliges Nebeneinander von Tumor und Psychose handelt. Beginn der Psychose vor der Entwicklung des Tumors dürfte das einzige sichere Zeichen sein, während die Frage bei zeitlichem Zusammenfallen von Tumorercheinungen und Psychose oder bei späterem Auftreten der Geistesstörung sehr schwer wird sicher beantwortet werden können.

Die Verschiedenheit der Krankheitsbilder bei gleichem Tumorsitz einerseits, das Auftreten gleichartiger Symptomenkomplexe bei verschiedenem Tumorsitz andererseits sprechen dafür, daß der Sitz der Geschwulst und damit seine lokale Wirkung in den Hintergrund tritt, und daß es sich in der Hauptsache bei einem ursächlichen Zusammenhang zwischen Tumor und psychischer Störung um eine Allgemeinwirkung handelt, als deren wichtigste der Hirndruck in Betracht kommt. Dem Sitz des Tumors kommt jedoch insofern eine Bedeutung zu, als

Kleinhirntumoren besonders früh und intensiv einen starken Hirndruck hervorrufen. Sterling, Bruns, E. Müller, Pfeifer lehnen die lokalisatorische Bedeutung vollkommen ab, während Knapp, Schuster, Redlich, der letztere besonders in bezug auf die Stirnhirn- und Balkengeschwülste, ihr einen gewissen Wert beilegen. Nach Schusters Zusammenstellung sind psychische Störungen bei linksseitigem Tumorsitz häufiger als bei rechtsseitigen Geschwülsten.

Die Erhöhung des intrakraniellen Druckes führt nicht immer nur zu allgemeiner Herabsetzung der seelischen Leistungen bzw. zu Benommenheit, sondern kann auch als Reiz wirken, besonders auf die corticalen Zentren und auf die Hirnnerven, und vermag so Sinnes-täuschungen, am häufigsten solche des Gesichts, Geschmacks und Gehörs zu bewirken.

Am häufigsten gehen Reizwirkungen auf die Hirnnerven von Tumoren des Kleinhirns und der Brückengegend aus. Fumarola gibt Gehörshalluzinationen geradezu als Herdsymptom der Kleinhirnbrückenwinkeltumoren an. Da sich an Sinnestäuschungen Wahnvorstellungen im Sinne von Erklärungsideen anschließen können — allerdings wohl nur unter der Voraussetzung einer wenn auch nur leichten allgemeinen psychischen Schädigung — muß auch ein indirekter Zusammenhang zwischen Tumor und halluzinatorisch-paranoiden Symptomenbildern zugestanden werden.

Die Häufigkeit psychischer Störungen bei Hirntumoren überhaupt wird verschieden, z. T. sehr hoch berechnet. H. di Casparo beziffert sie auf 50%, Gianelli auf 56,8%, Knapp auf 75%, Schuster auf 50—60%, Sterling auf 40%.

Der Art nach überwiegen — wenn ich der hierin maßgebenden Darstellung von Pfeifer folge — Benommenheitszustände und der Korssakowsche Symptomenkomplex, seltener fanden sich Delirien, Dämmerzustände, Stupor, psychomotorische oder ängstliche Erregungen, d. h. durchweg heteronome Symptomenbilder. Sehr selten sind manische und melancholische Zustände beschrieben. Was die ebenfalls recht seltenen wahnbildenden Syndrome anbelangt, so scheint es sich nie um echt paranoische Bilder mit Mißtrauen, persekutorischen Eigenbeziehungen und systematischem Verfolgungswahn ohne Sinnestäuschungen gehandelt zu haben. Nach der Zusammenstellung von Schuster, der unter 775 Fällen von Hirntumor mit psychischen Störungen 19 paranoiaartige Erkrankungen zählt, lag nur in 8 Fällen eine genauere Beschreibung der psychischen Störungen vor. Nach derselben handelte es sich in keinem Falle um ein paranoisches Bild im engeren, oben umschriebenen Sinn, sondern die Kranken litten an „Beachtungs- und Verfolgungswahnsinn“, verbunden mit Halluzinationen in den verschiedenen Sinnesgebieten, mit Umdeutung von

Sensationen und Schmerzen im Sinne der Wahnideen, d. h. die Kranken boten lediglich paranoide Zustände.

Zwei der genauer beschriebenen Fälle zeigten schwere erbliche Belastung, zwei andere waren alte Potatoren, in einer ganzen Reihe von Fällen fehlte jedoch jede Disposition zu psychischer Erkrankung.

Von besonderem Interesse ist unter den von Schuster bearbeiteten Fällen die Beobachtung Bayertals: 29-jähriger Mann, Stotterer, der mit zunehmender Schwäche und Zuckungen im linken Bein und Arm erkrankte. Es traten anfallsweise Angstgefühle hinzu. 1 $\frac{3}{4}$ Jahr nach Beginn des Leidens begannen optische Halluzinationen: der Kranke sah Gestalten von Bekannten im Zimmer, unbekannte Männer schießen mit Waffen, um ihn zu bedrohen. Er kam zur Überzeugung, daß er wegen einer Liebschaft seiner Frau mit seinem Schwager aus der Welt geschafft werden sollte. Die Halluzinationen traten nur zeitweise auf, sonst war Pat. ruhig, wenig regsam und orientiert, erst in der letzten Woche schwand zeitliche und örtliche Orientierung. Nach Entfernung eines walnußgroßen Tuberkels im rechten Parazentrallappchen verschwand die geistige Störung.

Pfeifer hatte unter 86 Fällen drei paranoische Krankheitsbilder mit Sinnes-täuschungen, Konfabulationen und wechselnden nicht systematisierten Verfolgungsvorstellungen. Daneben bestanden jedoch amnestische, delirante oder Benommenheitssymptome, so daß von paranoischen Bildern im engeren Sinne durchaus nicht gesprochen werden kann.

Fall 4 war zeitlich desorientiert, konfabulierte — die Kranken würden weggeschleppt und abgeschlachtet —, die Stimmung war äußerst labil. Später wurde die Kranke ängstlich, mißtrauisch, fürchtete geköpft zu werden, befühlte den Arzt, ob er nicht irgendwo ein Beil trüge, weigerte sich die Beine auszustrecken aus Furcht, daß sie abgehackt würden; äußerte, es röche nach toten Menschen. Rechtsseitige Stirnhirncyste mit linksseitiger Parese, Erblindung durch Stauungspapille.

Im Falle 24 — Tumor des r. Schläfenlappens — wurde Pat. reizbar und empfindlich; seit Eintritt einer linksseitigen Lähmung Halluzinationen, sah Leute, die ihn betrügen und seine Sachen forttragen wollten; fürchtete umgebracht zu werden; äußerte einmal, es kniee ihm einer auf der Brust; unter zunehmender Benommenheit Tod.

Fall 49 — Tumor in Mark der rechten Hemisphäre — war anfangs ängstlich, zerstreut, gleichgültig. In der Klinik delirant, hochgradige Merk- und Kenntnisdefekte, glaubt in kaltem Wasser zu liegen, im Gefängnis zu sein, hörte die Stimme ihrer Tochter, leidet an hypochondrischen Sensationen; das Fleisch falle ihr stückweise heraus, die Beine faulten ihr ab.

Sterling bringt — abgesehen von einem „Pseudotumor“ mit psychischen Störungen, auf den hier nicht eingegangen werden soll (Fall 2) — einen doppel-seitigen Ventrikeltumor (Fall 20) bei einem angeboren Schwachsinnigen mit Erblindung nach Stauungspapille: der Kranke war erregt, schrie laut, sprach pathetisch, onanierte schamlos; Mangel an Selbstwahrnehmung für die Blindheit; später desorientiert, Personenverkennungen, stärkere ängstlich-zornige Erregung, Konfabulationen und Halluzinationen, Beeinträchtigungsideen, man stürze sich auf ihn, wolle ihn erschießen, man hat ihm Eisen und Pulver in den Kopf gesteckt, man will ihm die Sehnen ausreißen, der Wagen steht draußen, seine Mutter sei schon getötet.

Stroemer veröffentlicht einen Tumor an der Grenze der mittleren und hinteren Schädelgrube, der neben Herdsymptomen erhebliche psychische Störungen bot. Die Pat. zeigte Verfolgungsideen, war ängstlich, unruhig und

plante wiederholt Suizid. Dabei Gesichts- und Gehörshalluzinationen, Vorbeireden, erhebliche Intelligenzeinschränkung, so daß klinisch die Diagnose auf Dementia praecox gestellt wurde.

Im Gegensatz zu diesen Kranken lag bei dem im folgenden beschriebenen Kranken ein geschlossener, im engeren Sinn paranoischer Zustand, wenigstens während eines längeren Zeitraums vor, um später allerdings in ein anderes Bild überzugehen.

Vorgeschichte: Frau Sch., geboren am 30. X. 1887. Ist immer gesund gewesen, hatte 4 Frühgeburten. Nach Aussage einer Verwandten ist Pat. von jeher sehr mißtrauisch und egoistisch gewesen. Ihre erste Ehe war durch ihre eigene Schuld unglücklich, ihre Sinnlichkeit und ihr Egoismus werden von ihren Verwandten mehrfach hervorgehoben. Als der erste Mann sich erhängt hatte, zog sie z. B. ein feuerrotes Kleid an. In der zweiten Ehe ging ihre Eifersucht und ihr Mißtrauen so weit, daß sie sich auf die eigene angenommene Tochter erstreckte. Sie legte z. B. Stecknadeln in ein Schlüsselloch hinein, um später durch Abtasten der Nadeln feststellen zu können, ob jemand dagewesen sei. Ihr Egoismus war so stark, daß wenn sie etwas geschickt bekam, sie es nicht einmal mit ihrem eigenen Vater teilte. Im Jahre 1917 suchte sie die Universitätsklinik Rostock wegen Sehstörung auf; die Untersuchung ergab eine Stauungspapille mit Verdacht auf Tumor cerebri; infolgedessen wurde eine Operation vorgeschlagen. Aufnahme in einem Hamburger Krankenhaus; das Röntgenbild zeigte eine Vertiefung und unscharfe Begrenzung der Sella turcica, die Keilbeinhöhle schien vollkommen ausgefüllt, ohne erkenntliches Lumen. Dekompressiv-Trepanation über dem rechten Scheitellappen ohne wesentlichen Befund. Jahrelang starker Prolaps des Gehirns, der seit einiger Zeit zurückgegangen ist. Nach der Operation zunächst Besserung im Befinden, dann aber wieder Zunahme der subjektiven Beschwerden, besonders der Kopfschmerzen, zunehmende Unruhe und Verschlechterung des Zustandes. Es traten deutliche Verfolgungsideen zutage, Pat. glaubte sich bestohlen, verfolgt, wurde im höchsten Grade mißtrauisch, so daß Aufnahme in eine Heilanstalt erforderlich wurde; nach einiger Zeit von dort entlassen. Dann weitere Zunahme der Kopfschmerzen, hin und wieder Erbrechen; im Laufe der Jahre vollkommener Schwund des Sehvermögens. Am 13. VIII. 1917 Aufnahme in die psychiatrische Universitätsklinik Rostock-Gehlsheim.

Untersuchungsbefund: 13. VIII. 1917. Sehr fettreiche Kranke; Puls 50. Pat. ist fast völlig erblindet, nimmt nur ganz grobe Unterschiede zwischen hell und dunkel wahr. Hochgradiger Exophthalmus beiderseits; Pupillen reagieren etwas auf Licht und Konvergenz. Cornealreflex +. Grobschlägiger Nystagmus beim Versuch des Seitwärtssehens, Lidflattern. Linker Vestibularapparat unerregbar. Hören auf dem linken Ohr bedeutend schlechter als rechts. Rechte Zungenhälfte stärker entwickelt als linke. Riechvermögen links etwas herabgesetzt. Über dem rechten Ohr in der Gegend des Schläfenbeins, ca. 5 cm über dem oberen Ansatz der Ohrmuschel, eine Operationsnarbe von etwa Markstückgröße. Hier befindet sich eine Lücke in dem knöchernen Schädeldach, die Stelle pulsiert ziemlich stark und ist bei Berührung schmerzhaft. Pat. gibt an, daß dort eine hühneriegroße Geschwulst (Hirnprolaps) gesessen hätte, die aber im Laufe der Zeit weggegangen sei. Bei aufrechter Körperhaltung, beim Gehen oder besonders bei nach vorn über gebeugtem Kopf, läuft aus der Nase eine helle, dünne, wasserklare Flüssigkeit (Liquor). Keine Facialisdifferenz; Gaumensegel richtig innerviert. K.S.R. r. = l. +, A.S.R. + r. = l. Babinski rechts angedeutet; Oppenheim rechts schwach +, Bauchdeckenreflex +; Romberg —, Ataxie —.

Rad. Per.-Reflex, Tricepsreflex + r. = l. Leichter Händetremor. Rohe Kraft

ziemlich gut. Schnell aufeinanderfolgende Bewegungen werden mit der rechten Hand etwas langsamer ausgeführt als mit der linken.

Lumbalpunktion: Druck 320 mm. Eiweißgehalt 3,6; Zellgehalt 22/3.

Augenhintergrund: Opticusatrophie beiderseits.

Blutdruck 160 cm.

24. VIII. Stimmung leicht euphorisch, behauptet lächelnd, es ginge ihr täglich schlechter. Führt ihre ganze Erkrankungen darauf zurück, daß ihre Umgebung zu Hause ihr gegen ihren Willen und ohne ihr Wissen an die Speisen Morphinum gegeben habe, damit sie ruhig wäre; das Morphinum sei Schuld an ihrer ganzen Erkrankung; läßt sich nicht überzeugen, daß das nicht stimmt.

3. IX. Feinschlägiges Zittern der Hände, außerordentlich große Empfindlichkeit beim Betasten der Trepanationsstelle. Häufiges Aufstoßen. Kann die Muskeln der Beine nicht entspannen, meint, daß könne sie nur nachher, wenn der Arzt fort sei, könne dann auch besser denken. Sei immer leicht in Gegenwart anderer befangen, könne die rechte Antwort nicht finden. Beiderseits zweifelhafter Babinski, sonst keine Herdsymptome. Das Gesicht ist stark gerötet. Allerhand hypochondrische Beschwerden, es sei ihr, als wenn sie verbrannt sei u. ä.

5. IX. Eine Fülle hypochondrischer Klagen werden geäußert, wobei die Stimmungslage nicht gedrückt, sondern eher euphorisch ist. Beeinträchtigungsideen bestehen dauernd, ihre Blindheit könne leicht von dem Morphinumgebrauch herrühren. Sehr mißtrauisch, die Ärzte wollten sie verrückt machen, damit sie ewig hier bliebe.

11. IX. Reich an Beeinträchtigungsideen; es sei ihr immer Morphinum gegeben worden, damit sie nicht höre, was in ihrem Hause vorgehe. Der Mann habe hinter ihrem Rücken Damenbesuch empfangen, meint, er habe auch ein Verhältnis mit dem Dienstmädchen, denn diese habe schon ein Kind gehabt, und habe jetzt, während es bei ihnen in Stellung war, noch eins bekommen. Schon vor der Heirat habe sie Verdacht gehabt. Behauptet 12 Jahre hindurch Morphinum bekommen zu haben.

17. IX. Ihr Mißtrauen geht so weit, daß sie ein Ei, daß sie von Hause geschickt bekam und das durch allzu langes Kochen einen grünen Rand hatte (das Personal hatte sie auf den grünen Rand aufmerksam gemacht) nicht aß, in der Befürchtung, der grüne Rand wäre bestimmt durch Einspritzung von Morphinum in das Ei entstanden. Sie bittet den Arzt, das Ei auf seinen Morphinumgehalt untersuchen zu wollen.

1. XII. Pat. klagt, daß ihr das Denken und Auffassen sehr schwer würde. Zu beiden Seiten unterhalb der 12. Rippe habe sie Schmerzen wie von brennendem, Feuer. Das gleiche Gefühl habe sie auch auf den Lippen und im Hals. Sie sagt, sie hätte oft das Gefühl, als sei sie verrückt.

7. XII. Klagt immer viel über Brennen auf der Haut und auf den Lippen, erklärt es teils durch Morphinum, andererseits durch Elektrizität; sie sei hier doch elektrisiert worden, sie habe damals gleich das Brennen gespürt, die Elektrizität sei noch im Körper. Der Liquorabfluß aus der Nase hört auf.

19. XII. Wird zunehmend ängstlicher. Mußte wegen ängstlicher Eigenbeziehungen in einen anderen Saal verlegt werden; alle sehen sie an, es geschieht ihr etwas, es wird gestichelt. Klammert sich ängstlich an.

23. XII. Der Mann wolle sich von ihr scheiden lassen, sie solle nur hier langsam umgebracht werden, solle vergiftet werden. Die Erzählungen im Saal seien auf sie gemünzt, sie taue nichts.

30. XII. Stöhnt, dabei ängstlich, auf wiederholte Frage kaum etwas heraus zu bekommen, sagt schließlich: „Ich muß alle die Menschen umbringen, ich kann Ihnen das gar nicht so sagen, ich kann gar nicht mehr denken.“ Konfabuliert: ihr Mann soll den Haushalt aufgelöst haben.

4. I. 1918. Die Engländer seien da, man möge die Tür zumachen.

6. I. Nachts unruhig, bettflüchtig; tagsüber gehemmt, oft geradezu negativistisch, muß gefüttert werden.

17. I. Stumpf, abweisend, voll Beziehungsideen; heute ohne Angst.

18. I. Sichtlich in ängstlicher Spannung, atmet schwer und beschleunigt. Mit der Badewanne sei etwas nicht in Ordnung.

25. I. Sehr ängstlich, ratlos. Der Professor soll ihr nicht auf die Augen sehen, denn dann würden auch die anderen Kranken blind. Dreht und windet sich unruhig im Bett hin und her: sie müsse das Ganze hier leiten. Bezieht belanglose Äußerungen auf sich, es wird gesagt, es seien so viele Waschkörbe da, das heiße, ihre Sachen würden alle hergebracht. Massenhafte unsinnige und ratlose Eigenbeziehungen, das Brot schmecke so merkwürdig. Vergiftungsfurcht beim Essen. In der Hauptküche sei das Essen gut, aber hier sei es ganz anders. Frage, woher sie das wisse: „Ja, das höre ich hier.“ (Phoneme). Gedankenlautwerden: „Die reden, was in mir steckt.“ Stimmung ist nicht immer ängstlich, sondern sie lächelt auch zwischendurch. Glaubt, das Mittagessen würde in der Badewanne gemacht. Wird hier durch die Äußerungen anderer Kranken „abgemordet“.

20. II. $5 \times 7 = 35$ Nachsprechen: 3 8 1 4 2 7 = 9 1 4 7; 98415 = 941. Exempel nach Ablenkung behalten. Hatte Besuch, sprach aber gar nicht mit diesem, mußte daher wieder in den Saal gebracht werden. Hier stark gehemmt, stuporös.

28. II. Nach mehrtägigem stuporösen Verhalten erklärt sie heute bei der Visite, eine andere, eben untersuchte Pat. rede in ihrem Namen, das sei alles auf sie gemünzt. Hält den Arzt ängstlich an der Hand fest, er solle noch nicht fortgehen. Klagt, daß sie sich nicht aussprechen könne. Ratlos, hier sei alles verkehrt.

5. III. Parese des rechten Mundfacialis. Beim Herausstrecken der Zunge macht sie leckende Bewegungen, fährt von einem Mundwinkel zum anderen damit. Verhält sich ganz mutacistisch, macht aber die zum Anziehen nötigen Bewegungen richtig, stößt mit dem Kopf gegen die Wand.

8. III. Ängstlich, ratlose Unruhe, trotz Pantopon, war nachts außer Bett. Morgens bei der Visite rufen nach der Ärztin: „Warten Sie, lassen Sie mich noch nicht allein, die Sache ist zu kompliziert. Es geht wirklich noch nicht. Wenn ich bloß so sprechen könnte.“

19. III. A.S.R. beide vorhanden. Rechts zweifelhafter Babinski.

23. IV. Verweigert die Nahrung. Stark abgemagert. Ängstlich; „Riechen Sie den Leichengeruch nicht? Was für eine Wirtschaft. Sie haben keine Schuld, die jungen Mädchen auch nicht.“

27. VII. Verweigert die Nahrung, muß mit der Sonde gefüttert werden. Glaubt im Essen sei Gift. In den letzten Monaten keinerlei Abfluß von Liquor durch die Nase mehr.

5. IX. Puls heute sehr schlecht, hat in den letzten Tagen viel gebrochen, behielt auch nach Fütterung das Essen schwer bei sich. Seit gestern Besserung, behält das Essen. Puls aber immer noch klein und schnell. Die rechte Nasolabialfalte ist im Vergleich zur linken verstrichen. Babinski links und rechts angedeutet.

K.S.R. links schwächer als rechts. A.S.R. beiderseits vorhanden, links schwächer als rechts. Es fällt auf, daß die Bulbi häufig links seitwärts gewendet werden, dann in ruckweisen, nystagmusartigen Bewegungen wieder nach der Mitte zurückgehen. Blickrichtung nicht zu fixieren.

10. IX. Ist etwas, Erbrechen hat nachgelassen.

13. IX. Heute viermal Durchfall, kein Blut, kein Schleim. Puls sehr schwach, eben fühlbar. Beginnender Dekubitus über dem Kreuzbein und über den Schulterblättern. Spricht gar nicht mehr. Oppenheim und Babinski rechts deutlich. Mit tags 1 Uhr Exitus.

Die Kopfsektion ergibt folgenden Befund: Beim Abziehen der Kopfhaut wird im rechten Schläfen- und Scheitelbein, etwa zwei Finger breit oberhalb des rechten Ohres eine Trepanationsöffnung frei. Liquor fließt ab. Schädeldach sehr dünn, wenig Diploe. Durainnenfläche glatt, glänzend, Gehirngewicht: 1120 g. Gehirnwindungen wenig abgeplattet. Der Pol und die Basis beider, besonders des linken Temporallappens sind mit der Dura verwachsen, so daß Hirnpartikel beim Herausnehmen haften bleiben. Das linke Foramen jugulare ist stark erweitert, für Kleinfingerkuppe durchgängig, der Knochen in der Umgebung verdünnt. Unterhalb des Kleinhirns findet sich ein walnußgroßer, solider, ziemlich derber Tumor, der im linken Kleinhirnbrückenwinkel liegt. An der Stelle des Knochendefektes ist die Fascie mit der hier ganz dünnen Gehirnschubstanz verwachsen. Die dünne Membran reißt ein und man gelangt in einen Gehirndefekt, der dem unteren Scheitellappen und der ersten Schläfenwindung entspricht. Man kommt hier unmittelbar in den erweiterten Ventrikel. Sämtliche Hirnventrikel sind erweitert, besonders der rechte Seitenventrikel. Das rechte Unterhorn ist vergrößert und nur durch eine dünne Wand von Gehirnschubstanz nach unten begrenzt.

Die mikroskopische Untersuchung des Tumors ergibt, daß es sich um ein fibromatöses Gewebe zum Teil mit sarkomatöser Entartung handelt; an einzelnen Stellen auffallend lockere Gewebsbildung mit Neubildung von Gefäßen und Neigung zu Hämorrhagien.

Wir haben es bei der Pat. mit einer von jeher bestehenden hypoparanoischen Konstitution zu tun. Die Kranke war stets außerordentlich mißtrauisch, zerrüttete ihre Ehe durch gänzlich unbegründete Eifersuchtsszenen und durch ihr herrisches, egoistisches Verhalten. Die ersten Zeichen der bestehenden Hirngeschwulst traten in Form von suroösen Symptomen zuerst im Jahre 1908 auf; es bestand damals eine schnell zunehmende Sehstörung mit Stauungspapille, die zuerst das Augenmerk auf die bestehende Erkrankung lenkte, und Anlaß zu einer symptomatischen dekompressiven Trepanation im Jahre 1909 gab. Irgendwelche psychischen Veränderungen hatten sich bis dahin bei der Pat. nicht gezeigt; eine Besserung nach der Operation war nur vorübergehender Art, bald traten zunehmende Beschwerden, besonders Kopfschmerzen in den Vordergrund. Es folgen bald nachher ausgesprochene Beeinträchtigungsideen; Frau Sch. glaubte sich verfolgt und bestohlen, war außerordentlich mißtrauisch, so daß die Aufnahme in eine Heilanstalt erforderlich wurde. Sinnestäuschungen oder eine merkliche Intelligenzbeeinträchtigung bestanden damals noch nicht. Dieser Zustand hielt sich eine ganze Weile auf der gleichen Höhe. Am 13. VIII. 1917 wurde die Pat. in die Klinik aufgenommen. Sie zeigte hier im Anfang ein ausgesprochen paranoisches Bild; sie äußerte hypochondrische Klagen, die sie weiterhin paranoisch ausbaute, glaubte daß ihre Blindheit und die zeitweise bei ihr auftretenden vasomotorischen Störungen durch das ihr gereichte Morphinum verursacht seien; zu Hause habe man ihr Morphinum gegeben, damit sie nicht merkte, was im Hause vönginge. Sie hatte ausgesprochene Vergiftungsfurcht und meinte

sogar, daß ihr in einem Ei Morphinum verabfolgt wurde. Daneben bestand ein starkes Mißtrauen, besonders gegen die Ärzte. Sinnes-täuschungen waren nicht vorhanden, ebenso war keine Intelligenz-beeinträchtigung festzustellen. Auffällig war die bei der Pat. zeitweise bestehende Euphorie, die in keinem Verhältnis zu dem Ernst ihrer Erkrankung stand.

Dieses Krankheitsbild änderte sich ganz plötzlich im Dezember 1917, zu einem Zeitpunkt, als der Abfluß des Liquors durch die Nase aufhörte. In den Vordergrund trat jetzt eine ängstlich-ratlose Erregung; Zustände motorischer Unruhe wechselten später ab mit Stupor, die Kranke hatte Sinnes-täuschungen, konfabulierte, sie war zeitweise stark gehemmt, negativistisch. Daneben bestanden die paranoischen Symptome weiter fort, die Pat. glaubte, vergiftet zu werden und steckte voller Eiger-beziehungen. Dieses Krankheitsbild erfuhr im Laufe der folgenden Monate eine erhebliche Verschlechterung.

Wir erkennen im Krankheitsverlauf zwei deutlich geschiedene Phasen, die getrennt sind durch den Zeitpunkt, in dem der Liquorabfluß aus der Nase aufhörte. Vor diesem Zeitpunkte ein rein paranoisches Krankheitsbild, nach ihm, ein halluzinatorisch-paranoider Symptomenkomplex mit ausgesprochen ängstlicher Erregung und zeitweise stuporösem Verhalten. Die in der ersten Phase, durch den Liquorabfluß leidlich kompensierte Hirndruckschädigung verursachte bei der von jeher hypoparanoischen Pat. ein echt paranoisches Bild, entwickelte also eine von jeher bestehende psychopathische Anlage zu einem ihr entsprechenden Krankheitsbilde. Im zweiten Stadium der Krankheit trat dann das ganz andere Bild eines heteronomen Symptomenkomplexes auf — ängstlich-ratlose Erregung mit Sinnestäuschungen und zeitweiligem Stupor — zusammenfallend mit einer durch das Aufhören des Liquorabflusses bedingten vermehrten Hirndrucksteigerung. Die Hirndrucksteigerung beruhte weniger auf dem Wachstum der Geschwulst, als auf der durch den Reiz des Tumors bedingten vermehrten Liquorbildung, wie sich aus der hochgradigen Liquorabsonderung aus der Nase und der Erweiterung der Hirnventrikel, besonders rechts, ergibt.

Wir sehen also deutlich während der Periode einer an Intensität geringen Hirnschädigung ein homonomes Krankheitsbild; mit Zunahme der schädlichen Wirkung, den Übergang in einen heteronomen Symptomenkomplex. Der vorliegende Krankheitsverlauf bestätigt die von Specht und Kleist vertretene Lehre über die Beziehungen zwischen Art des Krankheitsbildes und Quantität der Krankheitsursache, derart, daß wir bei zunehmender Schädigung einen Übergang homonom in heteronome Bilder erleben.

Literaturverzeichnis.

- Bayerthal, Heilung akuter Geistesstörung nach 'Exstirpation einer Gehirngeschwulst. Münch. med. Wochenschr. 1899, Nr. 46
- H. di Gaspero, Über psychopathologische Phänomene bei Hirntumoren. Mitteilungen d. Vereins d. Ärzte d. Steiermark. Ref. Neurol. Centralbl. 1914.
- Fumarola, Das Syndrom des Kleinhirnbrückenwinkeltumors. Archiv f. Psych. 55.
- Kleist, Postoperative Psychosen. 1916.
- Müller, Ein Beitrag zu den Beziehungen zwischen bösartigen Geschwülsten und Geisteskrankheiten. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 68.
- Über psychische Störungen bei Verletzungen und Geschwülsten des Stirnhirns. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 21.
- Oppenheim, Geschwülste des Gehirns.
- Diagnose und Therapie der Geschwülste des Zentralnervensystems.
- Pfeifer, Psychische Störungen bei Hirntumoren. Archiv f. Psych. 47.
- Sterling, Über die psychischen Störungen bei Hirntumoren. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 12.
- Specht, Zur Frage der exogenen Schädigungstypen. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 19, H. 1. 1913.
- Serog, Psychische Störungen bei Stirnhirntumoren und die Beziehung des Stirnhirns zur Psyche. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 68.
- Stern, Die psychischen Störungen bei Hirntumoren. Archiv f. Psych. 54.
- Schuster, Psychische Störungen bei Hirntumoren. Stuttgart 1902.
- Strömer, Zur Symptomatologie und Diagnose der cerebralen Tumoren. Inaug.-Diss. Kiel 1915.
- Wollenberg, Ein Fall von Hirntumor mit Abfluß von Cerebrospinalflüssigkeit aus der Nase. Archiv f. Psych. 31.