

XXI.

Ein Fall von syphilitischen (?) Geschwülsten der Gehirnhäute.

Von

Dr. **Julius Althaus**

in London.

Im April 1883 wurde ich zu einer Consultation in der Provinz gerufen, um meine Ansicht über den Fall eines jungen Mädchens zu geben, welche seit einiger Zeit „an dunklen Gehirnsymptomen“ gelitten hatte. Das Mädchen war bereits früher von einem Londoner Arzte untersucht worden, welcher den Fall als Hysterie diagnosticirt hatte; da die Patientin jedoch unlängst bedeutend schlimmer geworden war, wollten sich die Eltern sowie der behandelnde Arzt nicht mit dieser Diagnose befriedigen. Bei meiner Ankunft in dem Wohnorte der Patientin gab mir der Familienarzt die folgende Krankheitsgeschichte:

Das Mädchen ist eines von den elf Kindern von gesunden und bemittelten Meierhofbesitzern, und 14 Jahre alt, obwohl sie älter aussieht. Beide Eltern leben noch und eine neurotische Anlage ist in der ganzen Familie nicht nachzuweisen. Patientin menstruirte zuerst, als sie 12 Jahre alt war, und blieb es ganz regelmässig, bis sie auf eine Privatschule in St. Johns Wood geschickt wurde. Dies war im September 1882; die Menses hörten damals auf und sind auch nicht wieder erschienen. Um dieselbe Zeit bemerkte man, dass ihr Gang unbehülflich wurde, und dass sie Schwierigkeit im Gebrauche der linken Hand hatte. Der hinzugerufene Arzt erklärte, dass das Mädchen hysterisch sei, und verordnete Eisen, Aloë und Elektrizität. Diese Behandlung wurde eine Zeit lang fortgesetzt; doch da die Patientin eher schlimmer als besser wurde, entliess man sie aus der Schule und schickte sie nach Hause. Die Lähmung in der linken Körperhälfte hatte sich unlängst mehr accentuirt; Patientin hatte von Zeit zu Zeit an Kopfweh und Erbrechen gelitten; doch milderten sich diese Symptome unter kleinen Dosen von Jodkali, welche übrigens nur ein paar Tage fortgesetzt wurden. Was jedoch die grösste Besorg-

niss erregte, war, dass Patientin allmählig in einen comatösen Zustand versank und gegen Alles, was um sie herum vorging, gleichgültig wurde. Vor einigen Tagen hatte der Arzt ihr eine Fontanelle auf den Kopf gesetzt, doch war keine Besserung eingetreten.

Status praesens. — Ich fand Patientin im Bett, in einem soporösen Zustande. Sie nahm nicht die geringste Notiz von meiner Ankunft und beantwortete keine der Fragen, welche ich an sie richtete. Als ich sie ersuchte, mir etwas aus einem Buche vorzulesen, sah sie das Buch an, sagte aber nichts. Sie streckte jedoch die Zunge heraus als ich sie darum bat, und offenbar ohne Schwierigkeit; dieselbe zitterte nicht und war ein ganz wenig nach der rechten Seite verzogen. Die Pupillen waren sehr weit, zogen sich jedoch unter dem Einfluss eines starken Lichtes ganz gut zusammen. Die ophthalmoskopischen Zeichen waren negativ. Ich hatte einige Schwierigkeit über den Zustand der Augenmuskeln in's Klare zu kommen, da Patientin die Augen nicht in den ihr angedeuteten Richtungen bewegen wollte; doch konnte ich kein Zeichen von Lähmung in denselben entdecken. Die Sensibilität des Gesichtes war normal und die Züge nicht entstellt, wenn Patientin sich ganz ruhig verhielt, sowie sie aber lachte, was mitunter vorkam, sah man, dass wir es mit einer Paralyse der unteren Facialiszweige an der rechten Seite zu thun hatten; denn während die Muskeln des Mundes und Kinnes sich ganz gut auf der linken Seite contrahirten, blieben sie auf der rechten bewegungslos.

Patientin konnte im Bette ihre Lage wechseln und auch aufstehen, wenn man sie darum ersuchte; doch zeigte sich bei diesen Bewegungen sofort ein erheblicher Verlust an motorischer Kraft in der linken Körperhälfte. Sie hatte grosse Schwierigkeit den linken Arm zu bewegen; als ich ihr das Dynamometer reichte, konnte sie dasselbe mit der linken Hand nicht erfassen, noch viel weniger drücken; auch war sie ausser Stande, die beiden Platten des Digitometers mit dem Daumen und Zeigefinger der linken Hand anzufassen. Muskelspannungen oder Atrophie gab es jedoch in der ganzen linken oberen Extremität nirgendwo, noch waren die Sehnenphänomene erhöht. Die Sensibilität, besonders gegen Schmerz, schien erhöht zu sein, da Patientin einen Nadelstich irgendwo am linken Arme mit ausgiebigeren Reflexbewegungen beantwortete als irgendwo am rechten Arm. Mit der rechten Hand fasste Patientin das Dynamometer, konnte oder wollte es jedoch nicht drücken: und brachte die beiden Platten des Digitometers mit Leichtigkeit zusammen.

Im linken Bein war die Parese ziemlich bedeutend, denn obwohl Patientin noch einige Schritte gehen konnte, that sie dies doch auf eine schlotterige Weise, und hatte offenbar grosse Mühe das linke Bein vorwärts zu schleudern. Sie ging auf den Zehen (pes equinus) und konnte die Fusssohle nicht auf den Boden setzen. Auch hier fehlten Muskelsteifigkeit und Atrophie. Während die Sensibilität der Haut in der rechten Unterextremität normal zu sein schien, konnte man in der linken einen entschiedenen Grad von Hyperästhesie constatiren, da Nadelstiche, welche im rechten Bein nur wenig Erfolg hatten, im linken lebhafte Schmerzensäusserungen veranlassten. Die oberflächlichen Reflexe gegen Kitzeln etc. waren gleichfalls im linken Bein bedeutend stärker;

doch zeigte sich der grösste Unterschied in den tiefen Reflexen der beiden Extremitäten. In der Rückenlage der Patientin war rechts kein Kniephänomen zu erzielen, während dasselbe links stürmisch war; der Achillesreflex fehlte rechts und war links deutlich.

Patientin hatte am Tage meines Besuches zum ersten Male das Bett durchnässt; sonst war bisher keine Incontinenz aufgetreten. Sie verbreitete einen eigenthümlichen Geruch um sich, den manche für urinös erklärt haben würden, der aber specifische schwer zu beschreibende Eigenthümlichkeiten hatte. Auch hatte der Hausarzt diesen Geruch schon mehrere Tage vorher bemerkt, ehe der Urin in's Bett ging. Ich hatte keine Gelegenheit den Urin zu untersuchen, da die Blase leer war; doch sagte man mir, dass derselbe vor einigen Tagen normal gefunden sei. Es war Verstopfung vorhanden; Patientin hatte anscheinend gar keinen Appetit und wurde wie ein Kind gefüttert. Die Brustorgane waren gesund, doch fiel es mir bei der Untersuchung der Brust auf, dass die Mammae für ein Mädchen von 14 Jahren ganz ungewöhnlich entwickelt waren. Die Temperatur war normal, der Puls 100.

Unter diesen Umständen stellte ich die Diagnose auf Tumor cerebri, Patientin hatte an Kopfschmerzen und Erbrechen gelitten; die paralytischen Symptome waren langsam erschienen und deuteten auf eine Läsion in der motorischen Zone der rechten Hirnseite, während die gleichfalls bestehende Hyperästhesie darauf hinwies, dass die Läsion irritirender Art war und auch sensorische Zonen afficirte. Allerdings hatten keine epileptischen oder sonstigen Krampfanfälle stattgefunden, welche in einigen Arten von Hirngeschwülsten so häufig sind; doch wissen wir, dass dieselben durchaus kein absolut constantes Symptom in solchen Fällen sind. Da keine Stauungspapille gefunden wurde, schloss ich, dass der Gehirraum nicht beträchtlich verkleinert und die Geschwulst deswegen wahrscheinlich nicht gross war. Was die übrigen Gehirnerkrankheiten anbetrifft, an welche man allenfalls hätte denken können, liessen sich Blutung und Embolie ausschliessen, da in diesen die Symptome plötzlich auftreten, während hier Alles ganz allmählig gegangen war. Jene Form der Thrombosis, welche als marantische bekannt ist, konnte wegen des Alters und des sonstigen guten Zustandes der Patientin ausgeschlossen werden; und an Syphilis konnte man wohl kaum denken, da das Mädchen immer in sehr anständigen Verhältnissen erzogen war und gelebt hatte. Ich gab eine ungünstige Prognose und verschrieb Sublimat mit Jodkali in mässig starken Dosen.

Ich sah Patientin nie wieder, hörte aber von ihrem Familienarzt, dass die Symptome allmählig immer schlimmer wurden, und dass der Tod am 11. April erfolgte, neun Tage nach meinem Besuche.

Der Schädel wurde geöffnet, und die rechte Gehirnhälfte mir zugeschiedt. Dr. Bevan Lewis war so freundlich dieselbe für mich zu untersuchen und constatirte folgenden Befund:

Die Pia und Arachnoides waren verdickt, getrübt und mit der darunter liegenden Hirnrinde verwachsen; letztere zerriss als man die Häute entfernte. Die Membranen waren dicht besetzt mit einer Menge knotiger, graugelblicher

Geschwülste, die eine ziemlich feste Consistenz hatten, und deren Durchmesser von einem halben zu zwei Millimeter variirte. Viele davon jedoch waren in confluirenden Gruppen angeordnet, welche grössere knotenartige Massen bildeten. Diese Bildungen durchsetzten die Structur der Pia und waren den Gefässen entlang in ihren Maschen enthalten.

Die Gefässe waren getrübt und verdickt, gelegentlich zu fusiformen Verbreitungen angeschwollen und gelegentlich von einer Anzahl dieser kleinen Geschwülste in ihrem ganzen Verlaufe durch die Membran dicht besetzt. Diese knotenartigen Auswüchse von den Gefässen liessen sich gelegentlich, obwohl selten, in die Hirnrinde und das darunter liegende Markweiss verfolgen. Sie waren mikroskopisch sowohl wie makroskopisch identisch mit syphilitischen Gummata, und der allgemeine Zustand fiel unter die Rubrik der syphilitischen Arteritis, wie sie besonders von Heubner u. a. beschrieben ist.

Jede kleine Geschwulst war um ein Blutgefäss herum arrangirt und zeigte auf dem Querschnitt das Lumen des Gefässes bedeutend verringert durch die Verdickung der inneren Haut und die Anwesenheit einer grossen Anhäufung kleiner runder Zellen mit spindelartigen Bildungen. Die Anhäufung solcher Elemente hatte in allen Fällen das Kaliber des Gefässes bedeutend verkleinert und gelegentlich sogar ganz verschlossen.

Die Adventitia war gleichfalls von einer ähnlichen Bildung kleiner Zellen infiltrirt. In den grösseren Anhäufungen dieser Geschwülste bestand die Masse aus ähnlichen kleinen Zellenelementen, welche zahlreiche Blutgefässe einschlossen, mit ähnlicher Verdickung der inneren Häute und beträchtlicher Verringerung ihres Lumens. Die Blutgefässe der Rinde waren unnatürlich congestionirt und in einem Falle liess sich ein Zug von Erweichung in dem darunter liegenden Markweiss bis zu der ernährenden Terminalarterie verfolgen, welche letztere von einem Gerinnsel verstopft war, gerade wo eine gummaartige Geschwulst entlang dem entsprechenden Verlaufe sass.

Die Dura mater war an einer Stelle fest an die darunter liegenden Membranen angelöthet, durch Ausdehnung der Geschwülste auf dieselbe.

Die Nervenzellen der Rinde hatten in allen Beziehungen ein normales Aussehen und die verschiedenen Schichten waren, mit Ausnahme einer ungewöhnlichen Stauung in den Blutgefässen, und dem gelegentlichen Vorhandensein derselben Veränderungen in denselben, welche man an den Häuten bemerkt hatte, frei von krankhaften Veränderungen.

Diesem ist nur noch hinzuzufügen, dass bei der Eröffnung des Sackes der Arachnoides ungefähr drei Unzen Serum abflossen. Die übrigen Theile des Gehirns scheinen gesund gewesen zu sein.

Epikrise. Es kommen uns nur selten Fälle in der Praxis vor, welche so viele Fragen von fast tragischem Interesse anregen, wieder, welchen ich eben beschrieben habe. Hier handelt es sich um ein junges Mädchen, das erst 14 Jahre alt ist, von sehr anständigen Eltern geboren und erzogen, und plötzlich an syphilitischer Gehirnkrankung zu leiden anfängt und daran stirbt. Wenn man annimmt, dass es wirklich syphilitisch war, wie fand die Ansteckung statt? Erhielt sie das Gift auf die gewöhnliche Weise oder durch

zufällige Inoculation? Hatte Jemand das Mädchen geschändet, und war sie zur Zeit ihres Todes schwanger? Dies ist wenigstens möglich, da sie die Periode vor mehreren Monaten verloren hatte, und da ich bei der Untersuchung der Brustorgane eine ungewöhnliche ausgiebige Entwicklung der Mammæ bemerkt hatte. Auf alle solche Fragen lässt sich keine Antwort geben, und es ist jedenfalls eigenthümlich, dass sich von den gewöhnlichen primären oder secundären Symptomen der Syphilis in der Krankengeschichte nichts nachweisen liess. Ausserdem müssen wir bemerken, dass tertiäre Gehirnsymptome in der Regel erst eine Reihe von Jahren nach der primären Infection zur Beobachtung kommen. Die kürzeste Periode, welche ich sonst zwischen Schanker und syphilitischer Gehirnkrankheit gesehen habe, beläuft sich auf zwei Jahre, während in den meisten Fällen das Gehirn erst 6—10 Jahre nach dem Schanker erkrankt. Hiernach musste die Infection bereits vor 2 Jahren stattgefunden haben, also zu einer Zeit, wo Patientin 12 Jahre alt war. Alles dies lässt die syphilitische Theorie der Erkrankung, trotz der pathologisch-anatomischen Befunde, etwas fraglich erscheinen, und müssen wir es wenigstens für möglich erklären, nach dem vorliegenden Falle, dass die gumöse Erkrankung der Hirnhäute auch auf nicht specifischem Boden entstehen kann. Tuberculös war Patientin jedenfalls nicht; ihr Gesundheitszustand war, bis zu den ersten Symptomen der Gehirnkrankheit, immer vortrefflich gewesen; ihre Lungen waren ganz gesund; und es fehlte ihr auch während des ganzen Krankheitsverlaufes weiter nichts, als was sich auf die Erkrankung des Gehirns zurückführen liess, so dass es nicht gestattet scheint, irgend eine andere Kachexie anzunehmen, welche ihrerseits zur Entwicklung der Tumoren Veranlassung gegeben hätte.

Es muss einige Verwunderung erregen, dass ein geschickter Arzt in London in vorliegendem Falle die Diagnose auf Hysterie stellt und eine für diese Erkrankung bestimmte Behandlung verordnete. Patientin hatte anscheinend nie an Hysterie gelitten und war ein nettes, liebenswürdiges, ruhiges Mädchen gewesen. Der comatöse Zustand, in welchem ich Patientin traf, zusammengehalten mit Hemiparese der linken Körperhälfte, schloss schon an und für sich die Hysterie aus; ganz besonders wichtig für die Diagnose in diesem Falle war jedoch das Verhalten des Kniephänomens.

In der Hysterie können die tiefen Reflexe normal, gesteigert oder verringert sein, sind jedoch in symmetrischen Körpertheilen, soweit meine Erfahrung reicht, immer gleichartig. Ich habe daher schon seit Jahren darauf hingedeutet, dass, wenn verschiedene Differenzen im Verhalten dieser Phänomene in correspondirenden Körpertheilen eintreten, wir es mit entschiedenem Strukturveränderungen in gewissen Partien des Nervensystems zu thun haben. Der Sitz der Läsion kann im Gehirn, Rückenmark oder den peripherischen Nerven sein; und bei der Bestimmung der Localisation der Krankheit haben wir uns natürlich gleichfalls auf die anderweitigen Symptome der Erkrankung zu beziehen. Wenn das Kniephänomen gesteigert ist, lässt sich fast in allen Fällen ein entschieden cerebraler und spinaler Typus erkennen, worauf ich in meinem unlängst erschienenen Werke „On Sclerosis of the Spinal

Cord“ besonders hingewiesen habe, und der sich viel leichter demonstrieren, als beschreiben lässt. Im cerebralen Typus ist die Reaction mässig rasch und sehr extensiv, so dass beim Beklopfen der Patellarsehne der Unterschenkel in weiter Excursion vorwärts springt und eventuell mehrere solche Oscillationen folgen, während bei spastischer Spinalparalyse, multipler Sklerose u. s. w. ein ausserordentlich rasches Zucken des Unterschenkels eintritt, welches aber lange nicht so ausgiebig ist, wie das des cerebralen Typus. Kaum wird die Sehne berührt, so zuckt auch schon das Bein, und die weiteren clonischen Zuckungen haben denselben Charakter. Im vorliegenden Falle war ausgeprägt cerebraler Typus vorhanden.

Verschiedenheiten in den Sehnenphänomenen in symmetrischen Körpertheilen beobachtet man habituell in den verschiedenen Formen der Hemiplegie, wie sie nach Gehirnblutung, Embolie und Thrombose auftritt; in Paralyse, welche von Hirngeschwülsten bedingt sind, in der spinalen Kinderlähmung und in localer Muskelatrophie nach Neuritis. Alle diese verschiedenen pathologischen Zustände haben den Zug unter einander gemein, dass Structurveränderungen bestehen; und die übrigen klinischen Zeichen sind so charakteristisch, dass die Diagnose nur selten auf Schwierigkeiten stösst. Die Verschiedenheit der Sehnenphänomene im vorliegenden Falle führte mich sofort zu dem Schlusse, dass ich es mit einer organischen Krankheit und nicht mit Hysterie zu thun hatte — ein sehr wichtiger Punkt, wo es sich um Leben oder Tod des Patienten handelt. — Die übrigen Symptome, welche der Fall darbietet, zusammen mit der Art ihrer Entwicklung, bestimmten mich denn die Diagnose auf Tumor cerebri zu stellen, welche von der Autopsie bestätigt wurde. Obwohl ich die syphilitische (?) Grundlage der Affection nicht erkannte, was sich unter den Umständen wohl kaum erwarten liess, und was auch schliesslich trotz des anatomischen Befundes noch fraglich bleibt, so hätte doch die Behandlung mit Merkur und Jodkali (anstatt Eisen und Electricität) vielleicht der Patientin das Leben retten können, wenn dieselbe zu einer früheren Periode der Erkrankung zur Anwendung gekommen wäre. Leider wurde dieselbe erst begonnen, als der Fall schon fast sein natürliches Ende erreicht hatte.

Schliesslich will ich noch auf das eigenthümliche Verhältniss der wechselständigen Lähmung des Facialis und der Extremitäten hinweisen, welche von Millard, Gubler u. A. besonders bei Ponsherden gefunden ist. Die Brücke scheint indessen in diesem Falle nicht besonders gelitten zu haben. Der comatöse Zustand, welcher einen so hervorragenden Zug des klinischen Bildes darstellte, war jedenfalls auf die Blutstauung in den Gefässen der Rinde zurückzuführen.
