

Aus dem Hirnanatomischen Institut der Psychiatrischen Universitätsklinik  
Waldau/Bern (Schweiz)

## Über einen Fall von psychopathischer Persönlichkeit mit Cholesteatom der Orbitalgegend

Von  
**G. PILLERI**

Mit 2 Textabbildungen

(Eingegangen am 15. März 1963)

Im folgenden stelle ich einen Fall zur Diskussion, der trotz ungenügender Erfassung des psychopathologischen Bildes, für das Problem der Lokalisation abnormer psychischer Abläufe von Interesse ist. Es handelt sich um ein klinisch nicht erkanntes *Cholesteatom der Regio orbitalis*, jenes Hirngebietes, dessen Psychopathologie vor allem durch die Untersuchungen von KLEIST und KRETSCHMER eingehend ausgearbeitet wurde.

### Krankengeschichte

H. Fritz, geb. 15. 4. 1906, 53 Jahre alt, kommt am 29. 6. 1956 in die Psychiatrische Universitätsklinik Waldau/Bern zur Aufnahme: adipöser Mann von pyknischem Habitus, allseitig orientiert, gibt ruhig und besonnen Auskunft. Der Gesichtsausdruck wirkt depressiv. Er sagt, in letzter Zeit sei es ihm schlecht gegangen, er sei schwerküttig geworden, wie geschlagen. Er habe häufig Stellen gewechselt, wobei es jeweilen aus verschiedenen Gründen nicht gegangen sei. Eine Stelle als Hotelbursche habe er nach 14 Tagen aufgeben müssen, weil er einen Hexenschuß hatte. Bei einem Milchhändler angestellt, habe er auch aufhören müssen, da er beim Einschreiben der Milch nichts gesehen habe. Auf dem Straßenbau haben ihm die Nieren weh getan. Seit 3 Tagen wieder in einem Hotel als Küchenbursche angestellt, habe er diese Stelle auch verlassen müssen, da er die Hitze der Küche nicht vertragen konnte; er habe dort direkt Ängste bekommen. Schon früher sei ihm das Leben von Zeit zu Zeit verleidet, und er habe sich auch von seinen Angehörigen ausgestoßen gefühlt. Mit seinen Geschwistern habe er sich wegen einer Erbschaft überworfen. An Selbstmord habe er nie ernstlich gedacht, er habe aber Dr. K. gesagt, es wäre besser, wenn er tot wäre, es verleide ihm alles.

*Angaben der Schwester.* Als jüngster mit fünf Schwestern aufgewachsen und anfänglich ganz normal. Nach der Primarschule hatte er verschiedene Lehren angefangen, doch sei er nach 2–3 Monaten immer wieder davongelaufen. In seinem Geburtsort, als Original und Versager bekannt, war er wohl gelitten. Die Kinder hatten ihn gerne gehabt. Von den Kindern hochgenommen, hatte er die Kinder schrecklich bedroht, aber ihnen nie etwas getan. Hilfsbereit wie er war, ist es oft vorgekommen, daß er aus Mitgefühl einige Tage im Wald für eine alte Frau geholzt habe, auch wenn er selber im Elend war. Er war immer unstet, arbeitscheu, jedoch nie jähzornig oder gewalttätig, verbrauchte das Geld in lustiger Gesellschaft und sang sehr gerne. Hatte für Wahrsagerei viel übrig, einmal verkündete man ihm, ein Gönner werde ihm etliche Franken vermachen, so glaubte er, er habe nicht nötig zu arbeiten. Das Erbe der Eltern hatte er ganz verbraucht. Von Kinderkrankheiten ist nichts bekannt.

*Klinische Diagnose.* Verstimmbarer, weicher, hältloser Psychopath.

*Verlauf.* Bei der Abendvisite, am Tag der Aufnahme, erklärte er, wieder hinaus zu wollen, um eine neue Stelle anzutreten. Um 23.40 Uhr beging er Selbstmord auf der Abteilung und durchschlitzt sich mit einem Rasiermesser die Halsadern. Nach dem Tode wurde bei ihm ein an einen ihm bekannten Pfarrer adressierter Brief gefunden, worin er deutliche Suicidabsichten äußert.



Abb. 1. Freilegung der Tumornische durch Entfernung des Cholesteatoms und des rechten Temporalappens. *Te* Temporalappen; *Gh* Gyrus hippocampi; *Gr* Gyrus rectus

### Körperbefunde

Die gerichtlich-medizinische Obduktion ergab keine pathologischen Veränderungen an den Körperorganen. Das Gewicht nach dem Tode betrug 107 kg.

*Makroskopischer Hirnbefund* (Hirnanatomisches Institut, Sekt. Nr. 1083, Sektion 13 Std post mortem): Die Dura mater ist mäßig gespannt, die Konsistenz des Gehirns leicht herabgesetzt. Die Meningen sind an der frontalen Konvexität und fronto-parietal verdickt und getrübt und stärker als normal vascularisiert, sie lassen sich sehr leicht von der Rindenoberfläche abziehen. Die Windungen sind normal gewölbt und nicht atrophisch. Es besteht keine Störung des Windungsreliefs. Im caudalen Bereich der *rechten Orbitalrinde* und im antero-medialen Teil des benachbarten Temporalpoles findet sich eine  $4 \times 2,5$  cm messende, runde Neubildung, die von einer schmutzigen Kapsel überzogen und damit zum Teil mit der Schäeldura verwachsen ist. Der Tumor lässt sich als ganzer nicht ohne

Defekt von Gehirngewebe ausschälen. Der dadurch entstandene Rindendefekt (Abb. 1) ist etwa 2 cm tief (Abb. 2). Dieser nimmt fast die gesamten caudo-medialen Orbitalwindungen, unter Einbeziehung des caudalen Drittels des Gyrus rectus und der Substantia perforata anterior, ein. Der Tractus olfactorius ist druckatrophisch verändert, jedoch noch erhalten. Der Gyrus transversus insulae, die Pars triangularis und opercularis der 3. Stirnhirnwindung ist unversehrt. Die Sehnerven sind intakt und nicht verschoben. Der polo-dorsale Teil des re. Temporallappens ist lädiert und mehr druckatrophisch verändert. Auf dem Frontalschnitt (Abb. 2) ist die Tumornische durch eine Brücke aus Marksubstanz vom Caput nuclei caudati getrennt. Der Tumorinhalt besteht aus einer breiigen grobscholligen und fettartigen Masse. Die Stammganglien, der Balken, der Thalamus und Hypothalamus, die Brücke, das Kleinhirn und die Medulla oblongata zeigen keine Abweichungen von der Norm. Die Liquorräume sind nicht erweitert, die basalen Hirngefäße sind frei von atheromatösen Veränderungen.

#### *Histologische Tumordiagnose. Cholesteatom.*

*Histologischer Hirnbefund.* Im medialen Abschnitt des Nucleus medicodorsalis thalami findet sich, dem lädierten orbitalen Projektionsgebiete entsprechend, ein laminärer Ausfall der Ganglienzellen. Sonst sind im gesamten Gehirn keine pathologischen Veränderungen feststellbar. Die Hirngefäße weisen geringe Zeichen der Arteriosklerose auf.

#### **Diskussion**

Orbitale Stirnhirnherde verhalten sich bei manchen Fällen symptomarm, bei anderen gehen sie mit schweren Störungen der Persönlichkeitsstruktur einher. Dabei sind stets jene Funktionskreise der Psyche gestört, die vor allem der affektiven und willensmäßigen Sphäre angehören.

Es ist ein Verdienst von KLEIST und KRETSCHMER, das Orbitalhirnsyndrom vom allgemeinen Stirnhirnsyndrom klinisch abgesondert zu haben. Bei unserem Fall erlaubte die kurze Beobachtungszeit keine ausreichende Erfassung des klinischen Bildes. Immerhin gehen aus der Krankengeschichte einige wesentliche Persönlichkeitszüge deutlich

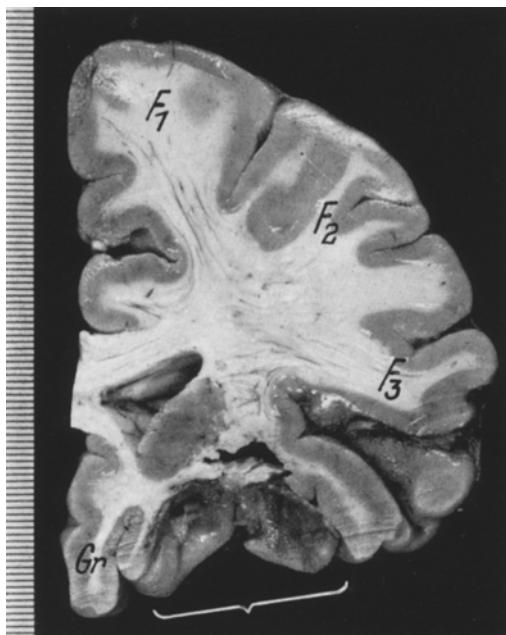


Abb. 2. Frontalschnitt durch die Tumornische. Gr Gyrus rectus; F<sub>1</sub>—F<sub>3</sub> 1.—3. Frontalwindung

hervor: bei offenbar ungestörter Intelligenz, war der Patient weich, unstet, ohne Nachdruck und Ziel, gutmütig und leichtgläubig, kritiklos, meist euphorisch, leichtnehmend oder gleichgültig, dabei gefühlslabil. Es handelt sich um Störungen, welche KRETSCHMER als „Versagen der dynamischen Steuerung“ im Sinne „fehlender Stetigkeit in der Zielsetzung“, eines „Sich-rasch-Erschöpfens von Impulsen im Denken und Handeln“ in prägnanter Weise definiert.

Diese seit der späteren Kindheit bestehenden Charakterzüge unseres Patienten können durchaus als Folge des in dieser Zeit auftretenden Orbitaltumors gedeutet werden. Nach ZÜLCH, MAHONEY, OBRADOR u. LAMAS wachsen Cholesteatome sehr langsam. Bei solchen Tumoren liegt der Beginn der Kurve des Erkrankungsalters im kindlichen Alter, ihren Gipfel erreicht sie um das 15. Lebensjahr. Nach HEYGSTER sind 76,5% der Orbitalhirnverletzten berufsunfähig. Bei normaler Intelligenz kommt es zu einer Regellosigkeit des Verhaltens, zum Verlust der Kontinuität und schließlich zum Versagen im Aufbau und Ausbau des eigenen Lebens (zit. nach HÄFNER).

### Zusammenfassung

Es wird über den Fall einer scheinbar psychopathischen Persönlichkeit berichtet, der bei der Hirnsektion ein Cholesteatom in der Regio orbitalis aufwies. Es kann angenommen werden, daß der Tumor seit dem Kindesalter besteht. Die Frage wird diskutiert, ob die eigentümlichen affektiven und willensmäßigen Persönlichkeitszüge des Patienten durch den Tumor mitbedingt sind.

### Literatur

- HÄFNER, H.: Psychopathologie des Stirnhirns 1939—1955. Fortschr. Neurol. Psychiat. **25**, 205—252 (1957).
- HEYGSTER, H.: Die psychische Symptomatologie bei Stirnhirnläsionen. Leipzig: Hirzel 1948.
- KLEIST, K.: Kriegsverletzungen des Gehirns. In: Hdb. der ärztlichen Erfahrungen im Weltkriege 1914—1918 von SCHJERNING. Leipzig: Barth 1932—1934.
- KRETSCHMER, E.: Medizinische Psychologie. 10. Aufl. Stuttgart: Thieme 1950.  
— Die Orbitalhirn- und Zwischenhirnsyndrome nach Schädelbasisfrakturen. Arch. Psychiat. Nervenkr. **182**, 454—477 (1949).
- MAHONEY, W.: Die Epidermoide des Zentralnervensystems. Z. ges. Neurol. Psychiat. **155**, 416—471 (1936).
- OBRADOR, S., u. E. LAMAS: Epidermoides intracraniales (tumores perlados). Acta neurochir. (Wien) **8**, 424—435 (1960).
- PILLERI, G.: Studien über die thalamo-kortikalen Verbindungen des Menschen: Histologische Analyse von Fällen mit orbitalen Rindenläsionen. Psychiat. Neurol. (Basel) **140**, 369—381 (1960).
- VEITH: Bemerkenswerte anatomische Befunde bei Selbstmörtern. Nervenarzt **31**, 550—555 (1960).
- ZÜLCH, K. J.: Die Hirngeschwülste. 2. Aufl. Leipzig: Barth 1956.