

نامه دانشکده پزشکی تهران

اردیبهشت ماه ۱۳۴۷

شماره هشتم از سال بیست و پنجم

از کارهای علمی بیمارستان میمنت

یک مورد شبه تومور مغزی که مشی بیماری ضایعه عروقی را تأیید کرد

دکتر میرسپاسی* دکتر نقش تبریزی** دکتر ابراهیم حسن زاد***

مقدمه

تا مدت‌ها پیش دانشمندان مغز و پی بیم آن‌را داشتند که مبدا مواردی از تومور مغز که علائم و تظاهرات روانی دارد به اشتباه بیماری روانی تشخیص داده شود و بیمار از فواید تشخیص‌های پیش‌رس بی‌بهره بماند. و تومور مغزی ناشناخته مانده پیشرفت کرده به مرحله‌ای برسد که دیگر چاره و علاجی برای بیمار نباشد. با پیشرفت دانش مغز و پی و پیدایش عصر سمیولوژی عینی در علم نورولوژی

* استاد و مدیر گروه آموزشی روانی (بیمارستان روزبه)

** استادیار سابق گروه آموزشی بیمارستان روزبه و رئیس بخش روانی سابق

بیمارستان میمنت.

*** کارورز و دستیار بخش روانی بیمارستان میمنت.

با تحقیقات شارکو (Charcot)، بابنسکی (Babinski)، فرومان (Froment) رمبو (Rimbaud) و وکسلر (Weckslar) ملاک‌های لازم جهت تشخیص تومورهای مغز پیدا شد مخصوصاً نوروشیرورژی نیمه اول قرن بیستم و دانشمندان زبردستی چون کلویس و نسان (Clovis vincent) دو مارتل (De Martell) پوئش (Puech) و ولینیتز (wolinetz) در فرانسه، ژاکسون (Jakson) رایموند ک. تامپسون (Raymond K. Thampson) جان‌رایت (John Wright) جفرسون (Jefferson) در انگلستان، رولاند (Roland)، لوئیس (Levis)، برناردورتیس (Barnard Wortis) اسکار شوگر (Oscar Suger) در آمریکا تشخیص تومور مغز را بسیار آسان کرد. و اکنون دیگر ترسی برای خطای تشخیص نیست. مخصوصاً که وسایل پاراکلینیک مثل رادیوگرافی، آنژیوگرافی، پنوموآنسفالوگرافی، الکتروانسفالوگرافی، اکوآنسفالوگرافی قبل از باز کردن جمجمه محل تومور را مشخص کرده نشان می‌دهد. امروزه، احتمال این که تومور مغزی ناشناخته بماند خیلی کمتر شده است ولی برعکس در آنجاها که اختلالات روانی خالص عروقی بدون علائم موضعی عصبی وجود دارد بارواج نوروشیرورژی باز احتمال این که کسالت‌های روانی ناشی از ضایعات عروقی را با علائم تومور مغز اشتباه کرده و با دخالت‌های جراحی وضع بیمار را وخیم‌تر نمائیم بیشتر شده است.

اینک دیگر بحث در این نیست که تومور مغزی ناشناخته بماند بلکه مسئله این است که عوارض روانی شبه توموری با تومور مغزی تشخیص داده بشود. موردی که در این مقاله نقل می‌شود حکایت از این دارد که بیمار بعنوان تومور مغز تا پای عمل جراحی نیز رفته بوده است.

شرح حال بیمار

آقای ج. ن. ۵۲ ساله اهل تهران بارفروش که از سلامتی نسبی برخوردار بوده ۶ روز قبل از مراجعه به طبیب بدنبال دریافت یک خبر ناگوار (مربوط به بیماری روانی همسرش که پس از زایمان مبتلا شده بود) دچار حالت شوک و تشنج عمومی می‌شود.

تشنج ۲-۳ دقیقه طول کشیده و کف از دهان بیمار خارج می‌گردد. بیمار بهوش می‌آید ولی خوب نمی‌توانسته راه برود و دچار اختلال تکلم (دیزارتری) شده

سردرد پیدا کرده گاهی هم مبتلای توهمات بینائی و شنوائی می شده است. در این بحرانها بیمار زبانش را گاز نمی گرفته و جریاناتی را که اتفاق افتاده به خاطر نمی آورده است. دو روز قبل از بستری شدن، بیمار مجدداً به بحران دیگری دچار می شود، دوباره حالت تشنج پیدا می کند و روز بستری شدن هم به حملهٔ سومی گرفتار شده به اغماء می رود سپس اقوامش او را به بیمارستان میمنت می آورند (۴۴٫۱۰٫۰۹) بیمار بوسیلهٔ برانکار به بخش منتقل می شود در معاینه مردی است نسبتاً قوی هیکل که در حال اغماء است به سؤالات و تحریکات خارجی مثل فرو کردن سوزن در پوست جواب نمیدهد فشار خون $\frac{11}{8}$ ضربان نبض ۹۰ در دقیقه درجه حرارت ۳۸٫۵ دهان کف کرده صداهاى قلب در هر چهار کانون طبیعی است تنفس عمیق و مرتب ۲۰ بار در دقیقه ریها کمی احتقانی شکم نرم و توموری حس نمی شود کبد طبیعی است وطحال لمس نمی شود. در انتهای اندامها ادم وجود ندارد اسکار یا زخم سطحی در تمام بدنش موجود نیست. رفلکسهای استئوتاندرینو در دو طرف طبیعی است. طرف چپ بیمار از نظر نیروی عضلانی (فورس موسکولر) ضعیف تر از طرف راست است نشان بابنسکی در هر دو پا طبیعی است. کرماسترها و رفلکسهای پوستی شکمی طبیعی است. حس سطحی را بعلت اغماء نتوانستیم امتحان کنیم اعصاب مغزی سالم بنظر می رسد مردمک در دو چشم مساوی و رفلکس فتو مورتور طبیعی است گردن بیمار کمی سخت بود (Raideur) علامت کرنیک و پروجنسکی منفی است.

خلاصه سوابق فامیلی و شخصی:

پدر ۸۵ ساله و سالم مادر ۸۰ ساله و سالم است والدین هم خون نیستند در سابقهٔ فامیلی کسالت روانی ذکر نمی شود سابقهٔ صرع هم وجود ندارد. بیمار ۵۲ سال قبل در تهران متولد شده تولدش طبیعی بوده از کودکی بچهٔ عصبانی و غصه خوری بوده است ۷ سالگی مدرسه رفته تا کلاس نهم درس خوانده هرگز مردود نشده پس از کلاس نهم چندسال زبان خارجه میخواند سپس بخدمت سربازی رفته بعد از آن در مغازهٔ گیوه فروشی پدرش کار می کرده است و این شغل را چندین سال ادامه داده و بعداً از پدر جدا شده با یکی از دوستانش در میدان، دستگاه بارفروشی روبراه کرده است تا قبل از بیماری هم به این شغل مشغول بوده و تا بحال چندین بار متضرر شده است.

بیمار ۱۸ سال قبل ازدواج کرده پس از ۴ سال از همسرش جدا می شود از زن

اولش دو بچه دارد در حدود سه سال قبل برای بار دوم ازدواج کرده از همسر دوم هم ۳ فرزند پیدا کرده است .

در سابقه اش بیماری مهمی دیده نمی شود . سابقه عمل جراحی ندارد . هیچگونه اعتیادی هم نداشته است .

سیر بیماری در بیمارستان و درمانهای انجام شده

در ۶ روز اول بستری شدن ، درجه حرارت حدود ۳۸٫۵ بود که گاهی نوساناتی داشته . پس از آن درجه حرارت طبیعی می شود در ۳ روز اول بیمار در کمای کامل بود ولی بعدا کمی بیهوش آمده در ساعات مختلف گاهی نیمه بیهوش و زمانی در کمای کامل و گاهی در حالت هوشیاری بوده است .

بیمار در بیمارستان ۵-۶ بار دچار بحران تشنجی صرعی گردید که هر حمله چند دقیقه طول میکشید و پس از آن برای یکی دو روز کمای بیمار عمیق تر میشده . رو بهمرفته پس از طبیعی شدن درجه حرارت از روز ششم حالت عمومی بیمار بهتر شده و بتدریج از کمای عمیق بیرون آمد .

بیمار در حالات هوشیاری توجه کاملی باطراف نداشت زمان و مکان و اشخاص و موقعیت ها را نمیشناخت دچار اختلال حافظه شدیدی بوده است .

از هفته سوم اقوام و نزدیکان خود را کمی تشخیص میداده ولی هنوز کارکنان و پزشکان بیمارستان را نمی شناخته (بهت روانسی کامل) پس از هفته چهارم شناسائی بیمار بیشتر شد ، توانست فامیل خود را نسبتاً خوب بشناسد و کارکنان بیمارستان را تا حدودی تشخیص دهد .

از هفته سوم ببعده قادر بود که از تخت خود پائین بیاید و بکمد و راهنمایی پرستار با اقوامش به سالن یا توالت برود .

درمانهای انجام شده :

در چند روز اول کاملاً لازم بود که از راه تزریق به بیمار غذا رساند . روزانه ۱٫۵ لیتر سرم گلوکز ۵٪ نیم لیتر سرم نمکی - ۱۰۰ cc سرم گلوکز هیپرتونیک ۵۰٪ تزریق میگردید . روز سوم هم نیم لیتر سرم دارو تزریق شده بیمار در روز های اول سونداژ گردید و یکروز در میان تنقیه شد . ترشحات حلق بوسیله آسپیراتور تخلیه گردید .

آپول بکوزیم روزی یکعدد آپول ویتامین ث ۵۰۰ میلی گرم روزی یکعدد. آپول کلرومایستین سوکسینات ۱ گرمی روزی ۲ عدد تزریق شد (این آنتی‌بیوتیک برای عفونت ریوی بیمار بکار برده شد).

تدریجاً که حالت عمومی بیمار بهتر شد از سرم کم کرده مواد خوراکی از قبیل سوپ، آب‌میوه و مایعات دیگر به بیمار داده شد. در صورت بروز تشنج آپول لومینال ۱۰ سانتی‌گرمی تزریق میشد.

پس از روز دهم بیشتر داروهای بیمار بشکل خوراکی تجویز شد: قرص بکوزیم فورت، روزی ۲ عدد - قرص ویتامین ث ۱ گرمی روزی یکعدد - قرص لیبریوم ۵ میلی‌گرمی روزی ۳ عدد - قرص لارگاکتیل ۲۵ میلی‌گرمی روزی ۳ عدد و فقط روزی یک گرم کلرومایستین عضلانی تزریق میشد.

غذای بیمار تدریجاً معمولی شد پس از ۱۵ روز هم کلرومایستین قطع گردید و داروهای خوراکی دیگر ادامه یافت از نظر جسمانی حال بیمار روبه‌بهبود میرفت و قادر بود از تخت خود پائین آمده روی صندلی بنشیند و تدریجاً در اطاق خود راه رفته در سالن گردش کند. بیمار دیگر میتواندست غذای عادی میل کند داروها همه بشکل خوراکی بوی تجویز میشد. از نظر روانی بیمار نسبتاً آرام بود خواب و خوراک او خوب شد اما رویهمرفته در يك حالت کنفوزیون بسر میبرد زمان و مکان را نمی‌شناخت.

۱۵ روز پس از ورود به بیمارستان قادر شد یکی دوفرد از اقوام نزدیک خود را بشناسد اما هنوز پرستاران و پزشکان بیمارستان را حتی پس از دیدارهای مکرر بجانمیاورد و بزمان و مکان توجه نداشت و موقعیت خود را درك نمی‌کرد (کنفوزیون) ۲۰ روز پس از ورود شناسائیش بیشتر شد و قادر گردید که بعضی از پزشکان را بشناسد و گاهی میفهمید که در بیمارستان بستری است اما موقعیت زمانی هنوز برایش مجهول بود.

در روزهای ۲۵ و ۲۶ طبق گزارش پرستاران بیمار در حالت خواب دچار حالات تشنجی شده مدت ۱۰ دقیقه يك طرف بدنش تشنج میشود سپس سیانوزه شده دهانش کف کرده و بخواب عمیق‌تری فرو میرود. این حالات دوبار تکرار میگردد. روزهای بعد از تشنج که کنفوزیون بیمار عمیق‌تر شده بود بهمین نسبت شناسائیش بزمان و مکان کمتر شده حافظه اختلال شدید را نشان میداد پس از چند روز حال

وی بتدریج بهتر گردید و بحالت قبل از این تشنجات رسید و بالاخره بیمار در تاریخ ۱۱/۱۲/۴۴ پس از ۴۱ روز بستری شدن با بهبودی نسبی از بیمارستان مرخص شد. در حالیکه از نظر فیزیکی کاملاً خوب بود فشارخون طبیعی از نظر روانی اختلالی نداشته حرفهایش مرتب بود اشخاص و اقوام نزدیک را می شناخت زمان و مکان را تا حدودی تشخیص میداده ولی آشنائی بزمان هنوز بدست نیامده بود و حافظه اش هم اختلال کلی داشت.

آزمایشات پاراکلینیک

در اولین روز ورود گلوبول قرمز ۳۵۰۰۰ ر.۴ گلوبول سفید ۱۲۰۰۰ نوتروفیلی ۷۱ ائوزینوفیلی ۲ بازوفیلی ۰ منوسیت ۶ لنفوسیت ۲۱ اوره خون ۴۴ سانتی گرم در لیتر گلوکز ۱۱۲ گرم در لیتر کلسترول ۱۹۸ سانتی گرم. واسرمن خون منفی. واسرمن مایع نخاع منفی بنزوان کلوتیدال طبیعی. آلبومین مایع نخاع ۲۵ سانتی گرم در لیتر گلوبول قرمز ۲۵۰. لنفوسیت ۲۷۵ پلی نوکلر ۲۵ (احتمالاً در گرفتن مایع نخاع سوزن خونی شده بود).

E.E.G انجام شده در تاریخ ۱۱/۱۲/۴۴ نشان میداد که امواج دلتا بخصوص در قسمت لب فرونتال راست وجود دارد که ممکن است نشانه یک هماتوم یا آبسه یا ترومبولیبت باشد.

پس از مرخص شدن بیمار چندبار بیدرمانگاه بیمارستان مراجعه و تحت معاینه قرار گرفت. حال جسمانی وی کاملاً خوب بود از نظر روانی آرام بود اما مختصر گنگی در وی مشاهده میشد. حافظه بیمار دچار اختلال بود اما با کمی کمک میتوانست بزندگی خود برسد اطرافیان نزدیک را می شناخت بزمان و مکان توجه داشت البته هنوز نمی توانست بدون همراهی از منزل به بیمارستان و بالعکس رفت و آمد کند و احتیاج به کمک و سرپرست داشت.

۴۵/۸/۲ (پس از ۹ ماه) بیمار بطور سرپائی مراجعه کرده تا ۱۱ روز قبل حالش خوب بود بایک زن ۴۰ ساله ازدواج کرده در ۱۱ روز اخیر ۲ بار دچار متشنج شده است دستور E.E.G داده شد:

نتیجه E.E.G که روز بعد انجام گرفت با توجه و مقایسه با E.E.G ۹ ماه قبل از عجایب است و جالب توجه میباشد زیرا خودبخود اختلالات الکتریکی که بسیار شدید بوده و احتمال هماتوم میرفته برطرف شده است چون بیمار حاضر به بستری

شدن نبود دستور داروئی داده شد که سرپائی مصرف کند .

در تاریخ ۱۲۲۸/۴۵ یعنی پس از ۱۳ ماه انژیوگرافی بعمل آمد نتیجه اش بقرار زیر است :

آنژیوگرام دوطرفه کاروتید پیچ و خم عروق طرف راست را که با احتمال زیاد بعلت آتروفی مغز است نشان میدهد آخرین باری که بیمار مراجعه کرد و مورد معاینه قرار گرفت در تاریخ ۲۸/۱۲/۴۶ یعنی ۱۴ ماه پس از مرخص شدن از بیمارستان بود که گزارش روانی عبارتست از :

در مصاحبه با بیمار اختلال حافظه و عدم قدرت ضبط خاطرات بیش از همه جلب توجه میکند کمی Euphorie دارد بسؤالات بخوبی و از روی منطق جواب میدهد از فراموشی و اختلال حافظه شکایت دارد . خود بیمار باخبر است که فراموشی دارد میگوید تمام وقایع مربوط به ۲۰ سال اخیر را فراموش کرده است خاطرات قدیمی را بهتر به یاد می آورده ولی مثلا نمیداند که نهارچی خورده است اهل مزاح و شوخی است شوخی های بجای و بموقع میکند . زود عصبانی میشود محاسبه و شمارش اعداد را خوب میداند جدول ضرب را فراموش نکرده است . در صورتیکه خواسته شود آیاتی از قرآن را میخواند و خوب تفسیر میکند . قدرت ضبط و ثبت خاطرات را ندارد . (اختلال حافظه) مطالب و مسائل روزمره و جدید را فقط میتواند با یکی از اسامی که قبلا بیاد داشته تداعی کرده بذهن بسپارد . در حال حاضر فراموشی بیمار مربوط به ۲۰ سال اخیر است یعنی تمام خاطرات ۲۰ ساله را از یاد برده ولی خاطرات دور را کاملا بخاطر دارد . شماره شناسنامه تاریخ تولدش را میداند . عربی، آلمانی و ترکی را که قبلا آموخته بود فراموش نکرده است دوستان قدیم خود را خوب می شناسد ۹ ماه قبل در همین فراموشی ازدواج کرده اسم زن جدیدش را به سختی و با بخاطر آوردن اسم خاله اش که همنام او است حفظ کرده است . اشخاصی که می بیند و با آنها برخورد دارد قیافه شان را نمیتواند بذهن بسپرد و دوباره بجای آورد که کجا آنها را دیده است . راه خیابانها را نمی داند و گم میکند . فقط توانسته راهی را که از منزل به مغازه منتهی میشود و چندبار طی کرده یاد بگیرد در حال حاضر در مغازه ای کار میکند . کارهایی که باو واگذار میشود کار های دستی است قبلا اعمال لازم را مینویسند و یادداشت شده بدستش میدهند تا با مراجعه بآنها انجام دهد .

گذشت زمان را احساس می کند از تاریخ روز و ماه اطلاع زیادی ندارد .

فصول را از روی گرمی و سردی و یا سایر علائم (مثل عید، مراسم سوگواری و غیره) تشخیص میدهد. از این بیمارستان هیچ خاطره‌ای ندارد. نویسنده او بسرواسیون را که بارها با او برخورد داشته هنوز نمی‌شناسد. خوابش خیلی کم است شبها بیشتر از یکی دو ساعت نمی‌خوابد. در عذاب روحی بسر میبرد چون نمی‌تواند همه چیز را مکرراً سؤال کند.

از فراموشی خود خجالت می‌کشد. در سایر دستگاه‌ها فشارخون $\frac{12}{8}$ ضربان نبض ۷۶ در دقیقه وزن بدن ۷۰ کیلوگرم صداهای قلب و ریتین طبیعی است. معاینه دستگاه گوارش اختلالی ندارد. رفلکسهای استئوتاندینو و پوستی طبیعی است. اختلال تعادل وجود ندارد.

بحث و تشخیص

اینک نخست خلاصه شرح حال بیمار و نکات جالب آنرا در ذیل آورده سپس با توجه به علائم مهم بیماری می‌کوشیم ببینیم در انواع بیماریهای ممکن کدامیک با شرح حال ما وفق میدهد:

مورد ما بیماری است ۵۲ ساله که در نهایت سلامت میزیسته ۶ روز قبل از مراجعه به بیمارستان بر اثر خبر ناگواری که مربوط به ابتلای به بیماری روانی همسرش بعد از زایمان بوده ناگهان دچار حالت تشنجات عمومی و شوک می‌شود.

پس افتتاح علائم با تشنجات صرعی پس از اضطراب شدید بوده است بیمار بعد از ۲ روز مجدداً دچار بحران صرعی می‌شود و روز ورود در بیمارستان نیز برای بار سوم دچار حمله می‌شود و بحال اغماء (Coma) میرود. پس علامت جالب دوم اغماء شدید توأم با تب بوده است. سوابق بیمار از شخصی و فامیلی چیز جالبی نشان نمی‌دهد.

باقی ماندن بیمار در حال کمای کامل مدت ۳ روز و بهوش آمدن وی بتدریج با شدید و خفیف شدن حال کما در جریان یک هفته و ظهور علائم تشنج صرعی ۵-۶ بار در بیمارستان و افتادن در حال کمای عمیق مجدد را بخاطر بسپریم.

بتدریج که بیمار از کما بیرون می‌آید علائم بهت روانی و نشناختن اشخاص و زمان و مکان جلب توجه می‌کرد.

فقدان علائم نورولوژی در تمام مدت و امکان تغذیه بیمار از روز دهم بیعد و بهبودی تدریجی حال عمومی (راه رفتن و سلوک و رفتار) و همچنین بهبودی وضع

روحی بطور پیش رونده و ظهور يك حال تشنجی دیگر و تشدید گمی در زمان و مکان بعد از تشنج و اختلال کامل حافظه قابل توجه است. الکتروآنسفالوگرام بمحض امکان انجام شد و تغییراتی در امواج نشان میداد که ممکن بود حاصل يك هماتوم یا آبسه یا ترومبوفلیت باشد. کم کم بیمار توانست بخوبی راه برود بعد از مرخصی تحت نظر بود. مدت ۹ ماه در خارج زندگی عادی داشته و حتی برای بار سوم ازدواج کرده بوده است ولی دوباره در مدت ۱۱ روز سه بار گرفتار حملات صرعی شده است.

E. E. G ثانوی که در این موقع گرفته شد و با قبلی مقایسه گردید تغییرات اسواج بکلی برطرف شده بود و آنژیوگرافی که پس از ۱۳ ماه بعمل آمد نشان میدهد کاروتید طرف راست پیچ و خم دارد که با احتمال زیاد حاصل آتروفی مغز است. در آخرین معاینه ای که از بیمار بعمل آمد تنها علامت جالب اختلال نسبی حافظه مخصوصاً عدم قدرت ضبط خاطرات جدید و نشاط غیر طبیعی بوده بخصوص که بیمار اظهار میدارد تمام وقایع ۲۰ سال اخیر را فراموش کرده است. اختلال ضبط حوادث جدید چنان شدید است که اسم زن جدیدش را نمی تواند بخاطر آورد و با یاد آوردن اسم خاله اش که همنام همسرش است تداعی می کند.

از زمان، آشنائی کامل ندارد ولی گذشت زمان را احساس میکند. خوابش کم است و از وضع خود خجسته است: تمام آزمایشهای کلینیکی بجز مسائل بالا منفی است. با این علائمی که خلاصه شد فکر متوجه چنا، چیز می شود:

۱- بمناسبت حملات تشنجی: آیا بیمار دچار صرعی است که در سنین بالا و در ۵۲ سالگی تظاهر کرده است؟
این تشخیص بدلائل ذیل رد میشود:

E. E. G مجدد کاملاً طبیعی بود در صورتیکه E. E. G نخستین تغییراتی در جهت آبسه هماتوم یا ترومبوفلیت نشان میداد.

گواینکه صرع مؤخر (دیر آی) و وجود تغییراتی در جهت امکان هماتوم یا آبسه یا ترومبوفلیت در E. E. G اول ممکن است چنین توجیه شود که هماتومی بوده و تدریجاً جذب شده است این فرض هم غیر قابل قبول است زیرا بیمار در تمام مدتی که در خارج بوده درمان صرعی و فتوباربتالی بکار نمی برده است و در مبتلایان هماتوم هرگز اختلال حافظه باین شدت دیده نمی شود و معمولاً اختلالات حافظه که بر

اثر حملات صرعی پیدا میشود موقت، زودگذر و جزئی میباشد و بیمار، با آنکه ۹ ماه بدون فنوباریتال میزیسته و تشنجی نداشته اختلال حافظه اش دائم برقرار و کلی بوده است.

۲ - همتوم: بیمار پس از ۹ ماه سه بار مجدداً حمله صرعی داشته است اگر همتوم جذب شده تجدید حملات چه معنی دیگر میتواند داشته باشد پس نمیتوان همتوم را مورد توجه قرار داد.

۳ - آبه: گوا اینکه در چند روز اول چند درجه تب فکر عفونت و موضعی شدن عفونت را بصورت آبه بذهن می آورد ولی فقدان علائم موضعی و اختلال عام حافظه و قطع تب هم وجود آبه را رد میکند بعلاوه آبه های داخل جمجمه رشد سریعی دارند و معمولاً منشاء اولیه ای برای ایجاد عفونت را میتوان پیدا کرد.

۴ - اگر بیمار گرفتار همتوم و آبه نیست آیاتومور مغزی در کار نیست؟
در بعضی از بیماریهای روانی ممکن است بامواردی از تومورهای مغزسروکار داشته باشیم که علائم موضعی خیلی کمی داشته باشند و تحول و گسترش و رشد آنها غیر عادی بوده نوع بالینی ناجوری (Atypique) باشند در این موارد است که کار روانپزشک با مشکلات بسیاری روبرو میشود ولی دقت بیشتر معمولاً مانع خطای تشخیص میگردد. معاینه بدنی کامل مخصوصاً معاینه عصبی همیشه باید دقیقاً انجام شود تا از خطا برکنار بمانیم چه بسا بیماری که از نظر خلقی افسردگی واضحی ندارد و فقط آپاتی و بی تفاوتی نشان میدهد اگر توجه لازم نکنیم آنرا يك دپرسیون درونزای (آندوزن) تشخیص میدهیم. یا نوروز يك فردی را که تطابق و چگونگی اجتماعی و عوامل دیگر قبلی کافی برای ایجاد نوروز نبوده است بر اثر کم توجهی، به تشخیص نوروز اکتفا کنیم و تحقیق کامل بعدی روشن کند که در هر دو مورد تومور مغز بوده است در اینجا باید نخست علائمی را که بعلت افزایش فشار داخل جمجمه ایجاد شده جستجو کنیم تا آنرا با يك پسیکونوروز ممکن تقلیدی اشتباه ننمائیم یا سردرد حاصل از فزونی فشار داخل جمجمه را بجای يك سردرد پسیکوژنیک که دارای علائم خاص میباشد نگیریم. محل سردرد پسیکوژنیک در فرق سر بوده با سرفه و فشار شدت نمی یابد و از نظر شدت و سختی و همراه نبودن با تهوع و استفراغ و سرگیجه با سردرد نخستین تفاوتهای بارزی دارد مضافاً اینکه با سردردهای پسیکوژنیک سماجت، ظاهر سازی و خلق و خوی خاص نوروتیکها همراه است.

۵ - جنبه شوخ و مسخره و شادی غیرطبیعی بیمار توأم با اختلال شدیدحافظه ممکن است فکر را متوجه P.G یا یک سیفیلیس Meningo-Vasculaire بکند ولی فقدان دیزارتوری و رفلکس آرگایل . روبرتسون (Argyl-Robertson) و سلامت اعصاب مرکزی و محیطی ، منفی بودن مایع نخاع از نظر B.W و تحول قهقرائی علائم بدون درمان P.G حدس P.G را رد میکند .

۶ - مشی متغیر حملات تشنجی و پیشرفت اختلال حافظه و وجود فواصل بهبودی بین بحرانهای تشنجی از نظر عمومی و حس و حرکت، فکر را متوجه عارضه آرترویوسکلروز سر برال میکند .

فقدان علائم انسداد عروقی گرچه این حدس را ضعیف میسازد ولی بالانبودن فشار داخل جمجمه و علائم مربوط بآن و نحوه تحول بیماری آنرا طرح میسازد . ظهور نخستین حمله تشنجی پس از خبر ناگوار و در واقع ناگهانی بسودن آغاز بیماری بر علیه فرض آرترویوسکلروز مغزی است چون این عارضه تدریجی است .

۷ - اختلال حافظه آیا بر اثر دمانس پیری یا پیش از پیری نیست ؟ اینجا نیز ناگهانی بودن و ظهور علائم فوراً بعد از شنیدن يك خبر ناگوار این تشخیص را رد میکند بخصوص که علائم دیگر جنون مطلقاً دروی مشاهده نشده است .

۸ - بیماری Alzheimers Pick نیز بمناسبت فقدان علائم شکنج پاریتال و سابقه ارثی و چگونگی ناگهانی آغاز بیماری رد میشود .

۹ - آیا علت بیماری خونریزی مغزی بوده است که ناگهانی و شدید و همراه با کما بوده است .

شرح حال بیمار این فرض را رد میکند، فقدان علائم موضعی عصبی و ناجور بودن خون در مایع نخاع این تشخیص را نیز مردود میسازد .

۱۰ - بالاخره ترومبوز مغزی یا ترومبوفلیت که خبر ناگهانی و تشنج و کمای بعدی، سیر بیماری و خلاصه آنچه در شرح حال آورده شده است مؤید تشخیص اخیر است . و بیماری بعلت ترومبوز مغزی که بر اثر خبر ناگوار انقلابی در عروق ایجاد کرده بوجود آمده است و مشاهده پرتونگاری که حکایت از آتروفی مغز دارد نیز این تشخیص را تأیید میکند .