

XX.

Aus dem Allgemeinen Krankenhause Hamburg-Eppendorf
(Abtheilung von Oberarzt Dr. Nonne).

Obductionsbefund bei einem Fall von Hystero- Epilepsie.

Von

Dr. Paul Steffens in Eisenach,

vorm. Assistenzarzt am Allgemeinen Krankenhaus Hamburg-Eppendorf.

(Hierzu Tafel XII.)

In Band 33, Heft 3 dieses Archivs veröffentlichte ich als Anhang zu meiner Arbeit: „Ueber 3 Fälle von Hysteria magna. Ein Beitrag zur Differentialdiagnose zwischen Hysterie und Epilepsie“ noch einen weiteren Fall unter dem Titel: „Ueber Hystero-Epilepsie. Ein Beitrag zur Kenntniss der Uebergangsformen zwischen Hysterie und Epilepsie.“ — Obgleich dieser Fall in Folge verschiedener chirurgischer Eingriffe in die Schädelhöhle sehr complicirt war, konnte derselbe doch durch die Form der Anfälle als geeignet erscheinen zur Illustration der „Uebergangsformen“ zwischen Hysterie und Epilepsie.

Nachdem nun — ca. 1 $\frac{1}{4}$ Jahr nach der Abfassung jener Arbeit — die betreffende Patientin ad exitum gekommen ist, sehe ich mich, einer Anregung meines früheren Chefs, des Herrn Dr. Nonne folgend, veranlasst, auch den weiteren Verlauf des Krankheitsfalles sowie besonders den Obductionsbefund zu veröffentlichen, da uns der letztere Aufklärung giebt über das so verwickelt erscheinende Krankheitsbild.

Krankengeschichte.

Nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus am 19. November 1899 blieb Patientin zunächst beschwerdefrei und ohne Anfälle, bis sich die letzteren dann in geringerer Intensität wieder einstellten und mit ca. vierwöchentlichen Intervallen wiederholten. (Ein Zusammenhang mit der Menstruation war nicht

nachweisbar.) Der Charakter dieser Anfälle liess sich aus der Beschreibung nicht feststellen.

Am 29. Juni 1900 suchte Patientin wieder das Krankenhaus auf, und zwar wegen „Schmerzen in der linken Kopfhälfte“ und „Ohrlaufen“. Als Ursache für das letztere fand sich im linken äusseren Gehörgang ein exulcerirter Polyp, welcher abgetragen wurde. Die Kopfschmerzen localisirten sich am hinteren Rand des Trepanationslappens.

Der objective Befund war ungefähr derselbe, wie bei der letzten Entlassung aus dem Krankenhaus. Speciell bestand dieselbe concentrische Einengung des Gesichtsfeldes beiderseits für weiss und Farben, sowie totale Analgesie fast am ganzen Körper.

Erst am 4. und 17. November 1900 kamen wieder Anfälle zur Beobachtung, die, wie folgt, beschrieben werden: „Dauer des Anfalls $\frac{1}{4}$ Stunde. Tonischer Krampf des linken Beines. Rechts klonischer Krampf. Mit den Händen Reibebewegungen an den Seiten des Thorax. Bewusstseinsverlust fraglich. Schaum vor dem Mund. Kein Zungenbiss.“

Am 19. September fiel Patientin ohne Prodromalerscheinungen auf der Strasse plötzlich hin. Von selbst wieder aufgestanden und zum Pavillon zurückgekehrt.

Vom 4.—7. Januar 1901 sieben Anfälle von „rein hysterischem“ Charakter: „Klonischer Krampf beider Arme. Anscheinend kein Bewusstseinsverlust. Kein Schaum vor dem Mund. Kein Schrei. Kein Zungenbiss. Keine Enuresis. Pupillen reagiren im Anfall prompt auf Licht.“

Der eitrige Ausfluss aus dem Ohr ist seit der Wiederaufnahme der Patientin nie ganz verschwunden. Ausser einer kleinen polypösen Stelle am äusseren Gehörgang lässt sich kein Eiterherd finden. (Sonstiger Ohrbefund wie im früheren Status.) Ophthalmoskopisch wird am 7. Januar 1901 festgestellt: Opticus-Papillen beiderseits stark kapillarroth, nicht geschwollen.

Am 10. Januar 1901 früh um 6 Uhr beginnt eine Reihe von Anfällen „epileptischer“ Natur: Beginn des Anfalls mit Nystagmus, dann tonisch-klonischer Krampf der Gesichtsmuskulatur rechts, des rechten Armes, des rechten Beines, des linken Beines und zuletzt des linken Armes. Bewusstseinsverlust. Cyanose. Schaum vor dem Mund. Zungenbiss. Enuresis. Pupillen im Anfall ohne Reaction. Dauer des Anfalls jedesmal ca. 1—2 Minuten. — Status epilepticus. Patientin kommt zwischen den Anfällen nicht mehr zum Bewusstsein. Abends Temperatursteigerung. Trachealrasseln.

Nachdem Patientin bis zum 11. Januar Vorm. eine Reihe von 108 Anfällen (wie soeben beschrieben) gehabt hat, wird auf der chirurgischen Abtheilung die Trepanation vorgenommen. Eröffnung des Schädels an der früheren Trepanationsstelle. Hirnhäute narbig verdickt; keine frischen entzündlichen Processe. Gehirnmasse erscheint etwas eingesunken, weich. Probe-punctionen ergeben seröse Flüssigkeit, wohl den Ventrikeln entstammend; Eiter nicht auffindbar. Schädeldach wieder geschlossen; Kopfhaut darüber durch Seidennähte vernäht. Antiseptischer Verband.

Nach der Operation sistiren die Anfälle. Patientin liegt tief comatös

und cyanotisch da. Kopf nach rechts gerichtet. Am 11. Januar, Abends 9 Uhr, beginnt eine Serie von weiteren 103 Anfällen, die ebenso wie die früheren auf der rechten Seite anfangen, um später auf die linke Seite überzugehen. Um 5 $\frac{1}{2}$ Uhr früh hören die Anfälle auf. — Coma. — Exitus letalis am 12. Januar 1901 Mittags.

Sectionprotocoll. (Dr. Nonne.)

Auf der linken Kopfseite findet sich im Bereich des Scheitelbeins eine alte, fast kreisförmige Narbe in der Ausdehnung von 6:7 cm (erste Trepanation 1898), deren 3 cm breite Basis nach dem Hinterhaupt gerichtet ist. Um diese Narbe verläuft eine frische, durch Nähte völlig geschlossene Operationswunde (letzte Operation) von halbkreisförmiger Gestalt, deren 10 cm breite Basis nach der Stirn zu gerichtet ist. Hinter dem linken Ohr findet sich an Stelle des Warzenfortsatzes eine narbige Vertiefung (Aufmeisselung 1897). Die frische Wunde durchtrennt die Weichtheile bis auf den Knochen, welcher in gleicher Form, aber etwas geringerer Ausdehnung, durchtrennt ist. Im Bereich der Operationsstelle ist das Schädeldach im Vergleich zu den anderen Partien verdickt. Entsprechend der alten äusseren Narbe findet sich auch eine solche im Knochen (Trepanation 1898), doch ist an einer Stelle nicht eine völlige Vereinigung der Knochenränder eingetreten, so dass eine Vertiefung und innerhalb dieser ein ca. linsengrosser Defect übrig geblieben ist. — Die Dura ist an der Operationsstelle mehrfach incidirt (letzte Operation); nirgends ist sie mit den Schädelknochen verwachsen. Es findet sich an der betreffenden Operationsstelle ein beträchtliches Blutextravasat, welches auch in reichlicher Menge an der Gehirnbasis vorhanden ist. — Beiderseits an dem linken Sulcus petroso-superficialis, und zwar ziemlich nahe dem äusseren Ende desselben, findet sich je ein kleiner länglicher alter Knochendefect (Operation 1897), durch welche die Sonde direct in den äusseren Gehörgang führt, durch eine mit übelriechender, eitriger, schmieriger Masse gefüllte Höhle, die sich an Stelle des Mittelohrs befindet. An der den Knochendefecten entsprechenden Stelle des Gehirns ist keine eintzündliche Veränderung nachweisbar. — Dicht hinter der im Bereich der eingeschnittenen Dura eingetretenen mässigen Vorwölbung der Gehirnsubstanz (letzte Operation) findet sich eine Einziehung derselben (Folge der Trepanation 1898), die sich auch durch eine anscheinend weichere Consistenz auszeichnet. In der Vorwölbung finden sich drei arteficielle Defecte oberflächlicher Art (letzte Operation).

Die übrige Section des Gehirns wird bis nach der Formol-Härtung desselben verschoben. — Das Rückenmark, an dem sich makroskopisch keine Veränderung findet, wird in Müller'sche Flüssigkeit eingelegt. — Die Section der übrigen Organe bietet keinen bemerkenswerthen pathologischen Befund.

Gehirn-Section.

Nachdem das Gehirn 14 Tage in Formol gehärtet ist, findet sich, dass dasselbe von normaler Grösse und Configuration ist. Die Oberfläche zeigt nur die beschriebenen Operationsdefecte. Das Blutextravasat ist ca. $\frac{1}{2}$ cm dick

an der Basis des Gehirns, und zwar von der Gegend des Chiasma an bis zum distalen Abschnitt der Medulla oblongata sich erstreckend, sämtliche austretenden Hirnnerven und den ganzen Gefässkranz einhüllend und der Beurtheilung entziehend. — Blutmassen zeigen sich auch in den beiden Seitenventrikeln, nicht in dem III. und IV. Ventrikel; dagegen wieder auf den vorderen Abschnitten des Gehirns, sowie über beiden Temporallappen (hier nur als dünner Ueberzug); auch über dem Scheitellappen befindet sich eine dünne Blutschicht; am Frontallappen fast nur an der Basis. — Auf Frontalschnitten ergibt sich als einzige Anomalie, dass das beschriebene Eingesunkensein der Rinde (links) am Uebergang von der hinteren Centralwindung zum Scheitellappen die Rinde verschmälert hat. Dicht unter der Rinde findet sich an dieser Stelle ein ca. bohnergrosser alter pigmentirter Erweichungsherd, welcher von der Rinde selbst durch eine Brücke anscheinend nicht intacten Marklagergewebes getrennt ist.

Die mikroskopische Untersuchung dieses Erweichungsherdes und dessen Umgebung ergibt: Gewebslücken um vermehrte und erweiterte Gefässe herum; indifferente homogene Massen an Stelle von Hirngewebe; secundäre Zunahme der Gliazellen; Pigmentschollen. — Die Pia ist über dem Herd, der von ihr durch eine schmale Brücke ziemlich normalen Gewebes getrennt ist, stark gewuchert und infiltrirt.

Epikrise.

Auf Grund des Obductionsbefundes müssen wir unsere frühere Ansicht von der Natur des Leidens unserer Patientin richtig stellen. In meiner früheren Arbeit (s. o.) wies ich schon auf die Möglichkeit eines Zusammenhanges zwischen der organischen Hirnläsion (die Folge der ersten Trepanation im Jahre 1898) und dem Auftreten der „epileptischen“ Anfälle hin, glaubte aber, diese Ansicht zurückweisen zu müssen, da früher „niemals Anfälle von rein Jackson'schem Charakter beobachtet worden, d. h. niemals die Zuckungen auf die rechtsseitigen Extremitäten beschränkt waren, oder derartig auftraten, dass sie zuerst die rechtsseitigen, und nach und nach erst die contralateralen Extremitäten ergriffen hätten“. — Der Obductionsbefund legt uns nun aber doch den Gedanken nahe, dass der so dicht an der Rinde befindliche encephalomalacische Herd die Ursache war für das Auftreten einzelner „epileptischer“ Convulsionen, die aber in diesem Falle nicht den Jackson'schen Charakter trugen, sondern als „generelle“ Anfälle imponirten.

Die letzten schwersten Convulsionen rühren offenbar von der starken basalen Blutung her. Da das Gehirn gleich in Formol gelegt wurde, und die Blutmasse beim Herausnehmen fest geronnen war, so war es nicht mehr möglich, an den Gefässen der Hirnbasis auf

ein eigentliches Aneurysma zu fahnden. — Der Exitus erfolgte durch Blutcompression der Medulla oblongata.

Es muss demnach unser Fall doch zu der Zahl derjenigen Fälle gerechnet werden, in denen eine sogen. „Jackson'sche Epilepsie“ mit „Hysterie“ combinirt erscheint, und ist nicht als eine Illustration zu der vielfachen Verquickung „hysterischer“ und „genuin-epileptischer“ Charaktere bei der „Hystero-Epilepsie“ zu verwerthen.

Durch den Obductionsbefund wird unser früher (l. c.) aufgestellter Satz, „dass wir ein coordinirtes Bestehen von „genuiner“ Epilepsie und Hysterie leugnen müssen“, nicht berührt, und bleibt unsere Hypothese über das „Wesen der Hystero-Epilepsie“ (l. c.) unangefochten.

Zum Schluss erlaube ich mir, auch an dieser Stelle Herrn Oberarzt Dr. Nonne für die Ueberlassung des vorliegenden Materials zur Veröffentlichung meinen besten Dank auszusprechen.

Eisenach, Mai 1901.
