

VI.

Aus der Königl. psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Königsberg. (Direktor: Geh. Medizinalrat Prof. Dr. E. Meyer.)

Zwei Fälle von hysterischem Oedem.

Von

Dr. Walther Riese.

(Hierzu Tafeln VI—VII und 2 Textfiguren.)

Beobachtungen und Beschreibungen des hysterischen Oedems, des „Oedème bleu“ der Charcot'schen Schule sind an sich nicht selten und keineswegs jüngeren Datums. In den grossen Lehrbüchern und in den Monographien von Binswanger, Curschmann, Oppenheim, Cassierer, Lewandowski wird seiner zum Teil ausführlich Erwähnung getan. Die in Betracht kommende jüngere Literatur ist vielfach in ausländischen Fachzeitschriften verstreut und des Krieges wegen leider nicht zugänglich. Im Jahre 1909 veröffentlichte Andernach¹⁾ eine Beobachtung hiesiger Klinik, die eine 19jährige Hysterika betraf, mit Oedème bleu der rechten Hand. Dieselbe Kranke gelangte ein zweites Mal am 4. 11. 1913 zur Aufnahme in die Klinik. Die Besonderheiten des Falles veranlassen mich, auf ihn, zusammen mit einem zweiten, ebenfalls sehr bemerkenswerten, näher einzugehen.

Es ergab sich damals folgender Befund:

Bei gutem Allgemeinzustande boten die inneren Organe keine Besonderheiten; nur ergibt die gynäkologische Untersuchung Atrophie und Retroflexio uteri. Pat. gibt an, noch niemals Menses gehabt zu haben. Die Pupillen reagieren prompt. Augenbewegungen und Hirnnerven frei. Kniephänomen rechts lebhaft, links sehr schwach (cf. zitierte Arbeit), alle übrigen Reflexe o. B. Es besteht starkes vasomotorisches Nachröten, starke mechanische Muskelerregbarkeit; ebenso Ovarie und Mastodynien.

Die linke Hand (Fig. 1, Tafel VI) ist ödematös verdickt und stark blaurot verfärbt. Die Verdickung soll seit 7 Wochen bestehen und seither immer mehr zugenommen haben. Eine Messung ergibt: Unterarm unteres Drittel: rechts 15,2 cm, links 16,5 cm. Mitte des Handrückens (stärkste Circum-

1) Andernach, Ein Fall von Hysterie mit Oedème bleu und Differenz der Kniephänomene. Münchener med. Wochenschr. 1909. Nr. 43.

ferenz) rechts 18,5 cm, links 21,5 cm. Die linke Hand wird etwas gebeugt gehalten, Bewegungen im linken Arm aktiv unmöglich, die Hand ist kälter als die rechte, eine Temperaturmessung ergibt: rechte Hand 31,5°, linke 30,5. Die rechte Hand (Fig. 2, Taf. VI) steht in eigentümlicher Kontrakturstellung: Kleiner Finger und Daumen opponiert und nach einwärts geschlagen, der kleine Finger stark hyperextendiert, die übrigen Finger in Schreibstellung. Die ganze rechte Hand bewegungslos. Fig. 3 (Taf. VII) zeigt die rechte Hand zur Zeit der ersten Beobachtung im Zustande der Schwellung.

In den Beinen in Rückenlage keine Lähmung; der Gang aber ist langsam und schleppend. Die Sensibilitätsprüfung ergibt: Am linken Arm Ausfall für Berührung und Schmerz, etwa eine Handbreit über dem Handgelenk beginnend, bis zu den Fingerspitzen. An der rechten beginnt die gefühllose Zone erst in Höhe des Handgelenks.

Im weiteren Verlaufe der Erkrankung wechselte das Bild der Sensibilitätsstörung ständig. Die elektrische Erregbarkeit der Muskulatur ist in den erkrankten Händen stark herabgesetzt. Im übrigen Körper elektrische Muskelerregbarkeit o. B. Die elektrische Erregbarkeit der Nerven ist gesteigert.

Im übrigen Verhalten offenbaren sich die Züge psychopathischer Konstitution mit psychogenen Reaktionen der Kranken: Sie leidet unter häufigen Krampfanfällen, bei denen auf beiden Seiten starke Zuckungen auftreten, das Gesicht blass wird und Schaum vor den Mund tritt. Pat. beißt sich aber nie auf die Zunge, ebensowenig findet ein eigentlicher Bewusstseinsverlust statt. Pupillen, Reflexe o. B. Die Anfälle dauern 1—2 Minuten. Die Affektlage der Kranken ist sehr labil; sie neigt zu depressiven Stimmungen und glaubt oft, sie müsse sterben. Die Nahrungsaufnahme ist stark reduziert. Pat. erbricht nach jedesmaligem Essen, sodass zu Schlundsondenfütterungen geschritten werden muss. Als auch dies erfolglos bleibt, wird die Nahrungsaufnahme unter Hypnose mit besserem Erfolg versucht.

Geben wir einen zusammenfassenden Ueberblick über die Krankengeschichte, so ergibt sich: Eine Kranke mit unverkennbar hysterischen Zügen und Stigmata, welche vor 4 Jahren an einer hysterischen Lähmung der rechten Hand mit Oedème bleu gelitten hat, erscheint jetzt mit den gleichen Erscheinungen an der anderen Hand, während die rechte Hand in starrer Kontraktur sich befindet und ein auffallend glänzendes Aussehen der Haut zeigt. Für die Entstehung des Leidens waren besondere Momente nicht nachweisbar. Das Oedem der linken Hand bestand unter gewissen Schwankungen fort und begann schliesslich in einen ähnlichen Zustand, wie er in der rechten Hand sich eingestellt hatte, überzugehen.

Der zweite Fall betrifft einen Pat., der sich in auffallender Weise dadurch von der oben besprochenen Kranken unterscheidet, dass er in seinem früheren Leben mit Ausnahme von ihrem Wesen nach ungeklärter Auffälle in früher Kindheit nie Zeichen psychopathischer Konsti-

tution bzw. von Psychogenie geboten hat und auch jetzt kaum Züge aufweist, die auf eine derartige Veranlagung schliessen lassen könnten.

A. S., Ersatzrekrut. Notargehilfe, 22 Jahr. Familienanamnese o. B. Keine Heredität.

Als Kind „Nervenanfälle“, die meist nachts aufgetreten seien, bei denen er „ausgeschlagen“ habe. Mit dem 13. Lebensjahr seien die Anfälle erloschen. Ueber die Natur der Anfälle liess sich nichts näheres eruieren.

Am 5. August 1914 eingezogen. Ende Februar 1915 wurde er ins Feld geschickt. Am Ostermontag lag sein Truppenteil, der im Vorgehen begriffen war, ungefähr 5 Stunden hintereinander im Artilleriefeuer. Während Pat. in einem Graben lag, schlug etwa 2 m vor ihm eine Granate ein. Er blieb unverwundet, wurde aber mit Erde überschüttet; in plötzlichem Schreck zuckte er jäh und heftig zusammen. Darauf merkte er sofort, dass sein linker Arm und sein linkes Bein gelähmt waren. Er blieb noch 8 Tage bei der Truppe in der Hoffnung auf spontane Besserung; dann aber musste er sich krank melden und wurde einem Reservelazarett überwiesen. Er wurde 4 Wochen lang mit Massage und Elektrisieren mit geringem Erfolge behandelt. Am 8. Mai wurde er in die Klinik aufgenommen.

Hier klagt er ausser der Bewegungslosigkeit des linken Armes und des linken Beines über Kopfschmerz und Druck über den Augen. Er sei nervös, leicht reizbar und empfindlich, neige zum Weinen und zur Traurigkeit. Im Anfang habe er sehr unter Heimweh gelitten. Allmählich sei ihm auch eine Schwellung und bläuliche Verfärbung der linken Hand aufgefallen; die Schwellung sei anfangs recht stark gewesen.

Kein Potus, keine venerische Infektion; intellektuell intakt.

Die objektive Untersuchung ergibt: Gleichweite, mittelweite Pupillen, die auf Licht und Konvergenz gut reagieren, Augenbewegungen und die übrigen Hirnnerven frei, leicht gesteigerte Kniephänomene, alle übrigen Reflexe normal, insbesondere kein Unterschied der Kniephänomene, der Bauchdeckenreflexe, kein Babinski; geringes vasomotorisches Nachröteln, keine Ovarie, keine Mastodynien.

Der linke Arm hängt schlaff herab, kann aktiv nur um wenige Grade gehoben werden, gerät dann in lebhaftes Zittern und fällt wieder schlaff herunter. Passiv lassen sich in allen Gelenken der oberen Extremität, ohne dass man auf Widerstand stösst, alle Bewegungen ausführen. Der passiv bis zur Horizontalen erhobene linke Arm fällt nach dem Loslassen sofort wieder schlaff herunter; bei mehrmaligem Wiederholen des Versuches gelingt es schliesslich, den Pat. wenige Sekunden den Arm etwa 45° vom Körper entfernt frei halten zu lassen. Die linke Hand hängt in Pronationsstellung herab, sie ist in den Metakarpophalangealgelenken leicht flektiert, der Daumen leicht opponiert und adduziert. Es sind nur geringe Fingerbewegungen möglich, die sich in einer minimalen Streckung und Abduktion erschöpfen. Nirgends Atrophien. Hand und Finger sind deutlich geschwollen und blaurot verfärbt (Fig. 4, Taf. VII); die Schwellung ist hart, prall und elastisch, sie lässt keine Fingereindrücke bestehen. Sie ist am stärksten an den Fingern ausgesprochen, wo

die queren Hautfalten auf den beiden Endgliedern völlig verstrichen sind. Der Umfang der Grundphalange des dritten linken Fingers misst 7,4 cm, wogegen er rechts nur 6,9 cm beträgt. Der Grad der Schwellung wechselt. Es ist aber kein konstanter Unterschied zwischen dem Schwellungsgrad morgens und abends festzustellen. Ebensowenig lassen sich andere Einflüsse, wie etwa Gemütsbewegungen, als bestimmende Faktoren für die verschiedene Intensität der Schwellung eruieren. Die blaurote Verfärbung beginnt schon im unteren Drittel des linken Unterarmes auf der Streckseite und breitet sich namentlich über das Dorsum manus aus. Die linke Hand schwitzt stärker als die rechte; sie ist auch wesentlich kälter als die rechte Hand. Temperaturmessungen ergeben, in der Vola manus gemessen:

morgens		abends	
links 27,2°	rechts 31,7°	links 33,6°	rechts 35,7°
25,4°	34,0°	33,1°	34,9°
25,6°	33,05°	29,5°	34,7°
24,9°	32,7°	31,2°	35,1°
28,2°	30,4°	30,9°	35,4°
25,4°	32,8°	27,4°	34,9°

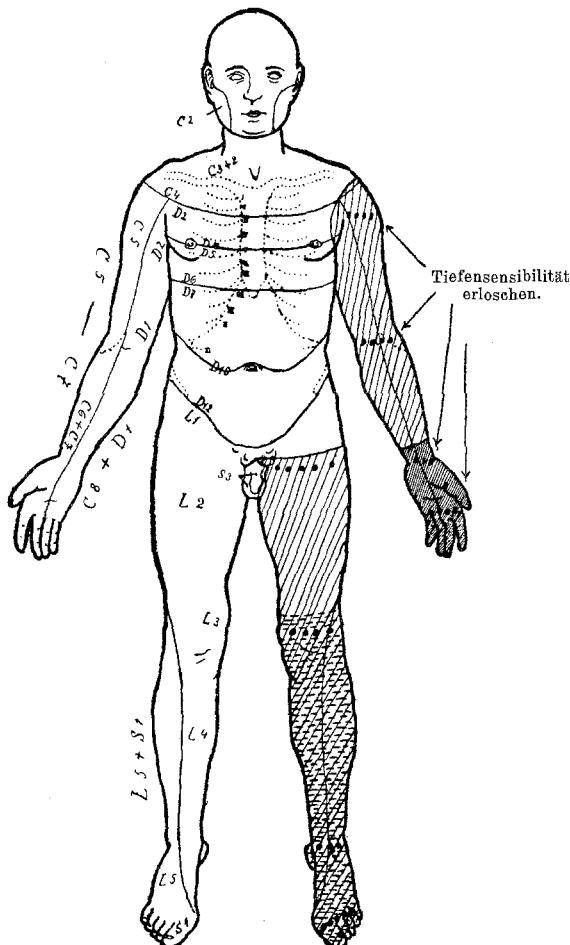
Das linke Bein wird aktiv um kaum mehr als einige Grad gehoben, kann nur wenige Sekunden gehalten werden und fällt dann wieder schlaff herunter. Im Knie findet geringe Beugung statt, im Tibiotarsalgelenk so gut wie gar keine Bewegung. Dagegen sind geringe Zehenbewegungen ausführbar. Bei passiven Bewegungen macht sich namentlich im Kniegelenk ein geringer Widerstand bemerkbar, der auch nach einiger Zeit nicht verschwindet. Auch hier nirgends Atrophien; keine Spasmen, keine Oedeme. Beim Gehen hält Pat. das linke Bein stark gespannt, bewegt es kaum im Knie, hebt sich im rechten Fusse, um die durch die Spannung und Steifheit des linken Beines bedingte abnormale Länge desselben zu kompensieren, führt das Bein fast wie ein künstliches gerade nach vorn.

Die Sensibilitätsprüfung (s. Schemata 1 und 2) ergibt bei der ersten Untersuchung eine Störung im Sinne einer scharf begrenzten Anästhesie des linken Armes und des linken Beines, einer ebenso scharf begrenzten Hypalgesie beider linker Extremitäten; einer Thermoanästhesie, welche eine Hand breit oberhalb des Handgelenks und dicht oberhalb des Kniegelenks scharfrandig beginnt; einer Aufhebung der Tiefensensibilität des linken Armes und linken Beins. Im Bereiche des blauroten verfärbten und geschwollenen Bezirkes des unteren Endes des linken Unterarms und der ganzen linken Hand sind alle Qualitäten erloschen. Bei einer zweiten Sensibilitätsprüfung, 3 Tage später, haben sich zu den alten Störungen eine dicht oberhalb des Knöchels in einer scharfen Linie sich absetzende, völlige Aufhebung für alle Qualitäten im Bereiche des linken Fusses hinzugesellt.

Auch hier handelt es sich wohl um eine psychogene Störung. Diese Diagnose wird einmal gerechtfertigt durch das ganz akute Entstehen des Krankheitsbildes nach einem starken psychischen Trauma.

Des ferneren lassen jegliche Symptome, welche für eine eventuell organische Hemiplegie sprechen könnten (keine Spasmen, kein Babinski, kein Unterschied der Knie- und Bauchdeckenreflexe) die eigentlich sich in dieser Form nur bei der Hysterie findende, gliedförmig ab-

Schema 1.

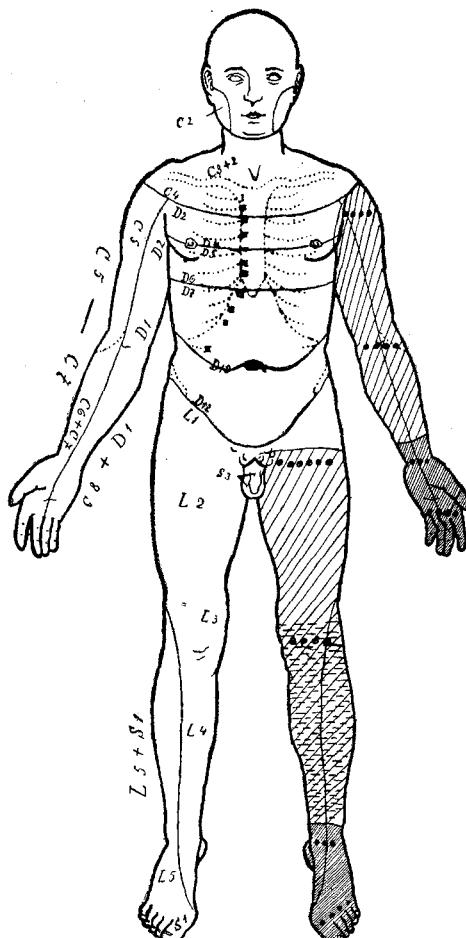


- [Solid gray shading] = Aufhebung für alle Qualitäten.
- [Hatched shading] = Anästhesie, Hypalgesie.
- [Cross-hatched shading] = Thermoanästhesie.

gesetzte Sensibilitätsstörung keinen Zweifel an der Psychogenie des Leidens aufkommen.

Gemeinsam mit der ersten Beobachtung sind diesem Falle: die blaurote Verfärbung, die ödematöse Schwellung, die Temperatur-

Schema 2.



erniedrigung und die starken Schweiße. Die cyanotische Verfärbung mit der harten prallen und elastischen Schwellung auf dem Boden einer hysterischen Grunderkrankung bilden das Syndrom des Oedème bleu. Differentialdiagnostisch käme höchstens noch das akute um-

schriebene Oedem von Quincke in Betracht. Aber das Freibleiben des Gesichtes, der chronische Verlauf, die Anwesenheit typischer hysterischer Sensibilitätsstörungen sichern die Diagnose: Oedème bleu.

Immerhin wird man bei derartigen Fällen immer an die Aehnlichkeit mit den Erscheinungen der vasomotorisch-trophischen Neurosen zu denken haben.

Beobachtungen von Lähmungen usw. bei Kranken, in deren unmittelbarer Nähe Granaten einschlugen, sind wiederholt in hiesiger Klinik wie auch sonst gemacht, Auftreten von Oedème bleu oder anderen vasomotorisch-trophischen Erscheinungen bisher nicht. Uebrigens legen auch diese Fälle den Gedanken nahe, dass die Fälle anscheinender Hysterie mit lokalisierten Störungen ohne, oder wenigstens ohne wesentliche Allgemeinerscheinungen, wie wir sie bei der Hysterie sonst finden, eine besondere Stellung einnehmen.

Zum Schluss ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Meyer für die Anregung und Ueberlassung der Arbeit meinen wärmsten Dank auszusprechen.

Erklärung der Abbildungen (Tafeln VI und VII).

Figur 1. F. 1: Linke Hand im Zustande der Schwellung.

Figur 2. F. 1: Rechte Hand im Zustande der Kontraktur.

Figur 3. F. 1: Rechte Hand im Zustande der Schwellung (fr. Beobachtung).

Figur 4. F. 2: Linke Hand im Zustande der Schwellung.



Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 2.

Z. für ges. Path. u. Physiol.



Fig. 1.

Dr. Bernhard Grise

Fig. 3.



Fig. 4.

