Vom „hysterischen Ödem“.

Von

Dr. G. C. Bolten, Haag (Holland).

Vasomotorisch-trophische Störungen kommen fast ausschließlich bei neuropathischen Personen vor; meistens werden sie in mehr oder weniger entferntem Zusammenhang mit der Hysterie gebracht. So sind Erytheme, Urticæra, Herpes, Pemphigus und auch Purpura wiederholt bei der Hysterie beobachtet worden; zu den seltenen Formen der hysterisch-trophischen Störungen gehören: die solitäre, hysterische Gangrän, die multiple hysterische Hautgangrän, der Herpes zoster gangraenosus hystericus und die unterschiedenen Formen der sogenannten hysterischen Ödeme. Schon Sydenham hatte auf diese Ödeme aufmerksam gemacht und nachher ist es besonders die französische Schule, Charcot und seine Schüler (Gilles de la Tourette, Dutil, Pitres, Tuffier, Renault, Athanassio und viele andere) gewesen, welche dieses eigentümliche Syndrom weiter studiert hat. Aus der Literatur ist jetzt eine ziemlich große Anzahl Fälle des unzweifelhaft „hysterischen“ Ödems bekannt („neurogenes“ Ödem würde ein besserer Name sein) und aus den Beschreibungen geht ganz deutlich hervor, daß das hysterische Ödem durchaus kein einheitliches, konstantes Bild, sondern im Gegenteil eine große morphologische Verschiedenheit zeigt. Sydenham hatte schon festgestellt, daß es für das hysterische Ödem typisch sei, daß es hart, elastisch und mit der Fingerspitze nicht einzudrücken ist; weiter sollte es sich am Morgen am deutlichsten zeigen. Erstgenannte Merkmale werden auch noch heute als vollständig richtig angenommen, aber Pitres weist darauf hin, daß in seinem Falle gerade am Abend das Ödem am ausgesprochensten war.

Das hysterische Ödem tritt in den meisten Fällen in Anschluß an hysterische Lähmungen und Kontrakturen auf. Es sind aber auch Fälle bekannt, bei welchen jede motorische Ausfallserscheinung fehlte; auch in einem nachher zu beschreibenden Fall fehlten diese. Binswanger meint, daß oberflächliche oder tiefe Sensibilitätsstörungen,

wie Anästhesie, Analgesie, Hypoästhesie bzw. Hyperalgesie, Topalgie, Parästhesien und neuralgiforme Schmerzen nie fehlen. Auch hierbei herrscht große Verschiedenheit; bald finden wir nur Reizungserscheinungen. z. B. Hyperalgesie und Parästhesien, wie in unserem Fall, bald bei anderen Kranken ausschließlich Symptome beginnender oder kompletter Gefühlslähmung. Dazu kommen ab und zu Neuralgien und Hyp- bzw. Anästhesie der Haut zu gleicher Zeit vor; Brodie beschreibt mit ödematösen Schwellungen der betroffenen Gelenke kombinierte Arthralgien. Gewöhnlich ist die lokale Temperatur der gelähmten und ödematösen Extremität herabgesetzt und hat die Blutzirkulation in der Haut stark abgenommen; in einigen Fällen aber (Higier, Damaschino) war die Temperatur der ödematösen Haut gerade erhöht. Die Weisen, in welchen das Ödem auftritt, können sehr verschieden sein; bald entwickelt sich, in Anschluß an ein Trauma — wobei dem psychischen Trauma, wie Schrecken, heftigen Erregungen usw. die Hauptrolle zukommt, — sehr schnell eine hysterische, von Ödem begleitete Lähmung, welche gleichfalls sehr akut auftreten kann, bald entwickelt sich das Ödem langsam und erreicht erst nach mehreren Tagen seinen Höhepunkt; ab und zu sieht man auch in Anschluß an ein Trauma erst eine Lähmung auftreten und dann nach mehreren Tagen oder Wochen ödematöse Schwellungen an der gelähmten Extremität zum Vorschein kommen. So sah ich einen Mann, der infolge eines Falles seinen linken Arm luxierte und sofort eine Lähmung des Armes mit heftigen Neuralgien bekam. Im Anfang wurde an eine traumatische Plexuslähmung gedacht, aber jede Spur einer Entartungsreaktion und jede degenerative Muskelatrophie blieb aus. Überdies entwickelte sich eine rein manschettenförmige Anästhesieanalgesie. Es war also hier eine hysterische Lähmung im Spiele; ungefähr eine Woche nach dem Trauma entwickelte sich am linken Arm eine diffuse ödematöse Schwellung, welche jahrelang, sei es mit wechselnder Intensität, fortbestanden hat.

Meistens ist die Schwellung nicht ganz konstant, was Ausdehnung und Grad anbetrifft; starke Erregungen, wie Menstruation und hysterische Anfälle, können die Ausdehnung und die Intensität steigern; vereinzelt sieht man nach einem hysterischen Anfall das Ödem schwinden.

Gewöhnlich wird nur eine Extremität, ganz oder zum Teil, von der Schwellung getroffen, aber es sind auch Fälle bekannt, wo die Ausdehnung viel größer war; die 43jährige Kranke Mitchells hatte ödematöse Schwellungen am linken Bein, am linken Arm und, intermittierend, auf der linken Rumpfhälfte mit Inbegriff der linken Mamma. Auch

in einem Falle Higiers war die ganze Körperhälfte ödematös geschwollen (zuerst die rechte Hand und nachher die ganze rechte Körperhälfte, mit Ausnahme des Gesichtes).

Charcot beschrieb ausführlich das „Oedème bleu des Hystériques“; bei diesem bestanden die von Sydenham angegebenen Merkmale des hysterischen Ödems und obendrein im Anfang die violettrote, später blaurote (in vereinzelten Fällen schließlich eine schwarzblaue) Verfärbung der Haut, welche dem Auftreten des Ödems voranging und auch noch während einiger Tage bestehen blieb, nachdem das Ödem schon verschwunden war. Die Temperatur der ödematösen Haut war oft um 2—5 Grad C niedriger als die der übrigen Haut. Weiter ist von sehr großem Interesse, daß Charcot in der Tat den Beweis der hysterischen bzw. neurogenen Natur und Ursprungs des Ödems liefern konnte. Nicht nur trat dieses „Oedème bleu“ bei Kranken mit „grande Hystérie“ (also mit hysterischen Anfällen) auf, sondern überdies konnte Charcot die Erscheinung willkürlich hervorrufen, indem er die Kranken in tiefe Hypnose brachte (somnambule Periode des schweren Hypnotismus) und ihnen dann das Ödem suggerierte. Charcot suggerierte den Kranken, daß die rechte Hand und das rechte Handgelenk blaurot und stark geschwollen werden würden; am Ende des fünften Tages waren diese Suggestionen völlig realisiert und Hand und Finger stark geschwollen, violettrot gefärbt mit zerstreuten roten Flecken; die Beweglichkeit der Finger ist verringert, die Hauttemperatur um 5° C. niedriger als an der gesunden Seite und die Haut ist analgetisch, anästhetisch und thermoanästhetisch. Das ganze Syndrom ist vermittelt Kontrasuggestion gleichfalls in der Hypnose. in 10 bis 20 Minuten vollständig zum Verschwinden zu bringen. In diesem Hervorrufen und wieder Zumverschwindenbringen des ganzen Syndroms durch Suggestion ist in der Tat der Beweis des neurogenen Ursprungs zu sehen.

Weitere Mitteilungen in bezug auf das blaue hysterische Ödem sind noch von Guinon, Nonne und Thiele gebracht worden. Das Syndrom muß aber als etwas sehr Seltenes betrachtet werden.

Das klinische Bild kann, wie ich schon sagte, sehr verschieden sein; dem blauen Ödem Charcots gegenüber steht das weiße (farbloze) hysterische Ödem. Darüber sind u. a. Mitteilungen gemacht worden von Mitchell, Pitres und Higier. Es muß aber bemerkt werden, daß eine scharfe Trennung zwischen dem blauen und dem farblosen Ödem nicht zu machen ist; so beschreibt in seinem Falle Higier die Farbe als weiß, mit hellroten Partien dazwischen. Auch in unserem

Fälle war die Farbe im Anfang hell blauröt, aber nicht, so intensiv als von Charcot beschrieben worden ist; nach einigen Wochen schwand diese Färbung, obgleich das Ödem fortbestand und war die ödematöse Haut von der normalen nicht zu unterscheiden. Das weiße (farblose) Ödem ist wie das blaue immer ziemlich hartnäckig, mag auch die Dauer sehr verschieden sein. Meistens bleibt es einige Monate bestehen, nur selten ist es schon nach wenigen Wochen verschwunden. Die Dauer würde also einen Hauptunterschied bilden mit dem flüchtigen Ödem; so, wie der Name schon andeutet, hat das flüchtige (angioneurotische) Ödem nur ein kurzes Dasein; nach ein paar Tagen ist es wieder verschwunden. Es gibt jedoch auch wieder Übergangsformen zwischen dem flüchtigen und dem hysterischen Ödem; Bauke, Curschmann, Riehl, Dufour beschreiben Fälle, bei welchen die wechselnde Lokalisation stark an flüchtiges Ödem erinnert, wobei allerlei andere Umstände wieder viel mehr in die Richtung des hysterischen Ödems weisen. Bald bestanden an der Stelle des Ödems Sensibilitätsstörungen (in einem Fall Schmerzen, im andern Anästhesie), welche, wie bekannt, beim flüchtigen Ödem vollständig fehlen (mit Ausnahme von Parästhesien als Anfangssymptom). Im Falle Baukes zeigten sich, daß Aufregungen einen großen Einfluß auf die Ödeme ausüben; Schrecken, Freude, Aufregung können sowohl die Ödeme hervorrufen oder sehr verschlimmern, wie zum Verschwinden bringen. Auch waren die Ödeme stets auf der rechten Seite aufgetreten, so daß in diesem Falle sehr deutliche Hinweisungen auf Hysterie bestanden. Im Falle Curschmanns waren die ödematösen Teile stets völlig anästhetisch, was auch mehr für Hysterie spricht. Gilles de la Tourette deutet darauf hin, daß das flüchtige Ödem oft das Angesicht trifft (die Lippen, Wangen und Augenlider sind eben Stellen großer Prädisposition in bezug auf die Anfälle flüchtigen Ödems), während beim hysterischen Ödem das Gesicht meistens frei bleibt. Fabre, Wills und Cooper beschreiben jedoch Fälle hysterischen Ödems, bei welchen auch das Gesicht betroffen wird. Higier nennt als typisch für das hysterische Ödem: plötzliches Auftreten, chronischer Verlauf, gleichzeitiges Erscheinen motorischer und sensibler Stigmata (Lähmungen, Kontrakturen) an der ödematösen Extremität und Beeinflussbarkeit durch Suggestion. Letzteren Faktor und den chronischen Verlauf erachte ich von größter Bedeutung, weil die übrigen, besonders die motorischen und die sensiblen Ausfallserscheinungen auch beim hysterischen Ödem völlig fehlen können. Eine ganz brauchbare Differentialdiagnostik zwischen

hysterischem und angioneurotischem Ödem besteht also nicht; die Übergangsformen weisen n. E. immerhin darauf hin, daß eine große Verwandtschaft bestehen muß zwischen dem flüchtigen und dem hysterischen Ödem, wenigstens in bezug auf die Genese. So beschreibt Edgeworth einen Fall, der ganz und gar als flüchtiges Ödem debütiert, weil die Schwellungen nur von kurzer Dauer sind. Die ödematöse Haut ist aber hyperästhetisch, hypthermästhetisch und völlig analgetisch, was wiederum stark an Hysterie erinnert. Ich selber kenne eine nervöse Patientin, welche an ziemlich seltenen Anfällen flüchtigen Ödems leidet (besonders an den Augenlidern), die aber ferner wiederholt monatelang symmetrische Ödeme der Kniee zeigte. Diese Kranke ist sehr emotionell, jedoch ohne irgendwelches typisch-hysterische Stigma; in der Klinik, bei absoluter Bettruhe, traten die Ödeme gleichfalls auf, während hier also eine traumatische Genese sowie ein künstliches Hervorrufen ganz ausgeschlossen war. Hier würden also beide Typen bei einer Person vorkommen.

Weiter sieht man nicht selten bei der Migräne und bei schweren Neuralgien ödematöse Schwellungen auftreten. Beim Migräneanfall ist Ödem des Halses oder eines Teiles des Angesichts keine Seltenheit, bei einer heftigen Trigeminusneuralgie ist gleichfalls Ödem des schmerzhaften Hautteiles beobachtet worden.

Weiter gibt es noch eine Gruppe von Ödemen welche bei nicht-hysterischen Kranken auftreten, bei welchen aber wohl allerlei andere nervöse Symptome vorhanden sind; diese Ödeme werden deshalb „neuropathische bzw. idiopathische“ Ödeme genannt. Cassirer beschreibt einen Fall von Ödem an der Rückseite der rechten Hand bei einem 23jährigen Mädchen, das sehr stark neuropathisch ist und sich vielleicht zu sehr ermüdet hat, jedoch kein einziges Zeichen der Hysterie zeigt. Das Ödem ist sehr hartnäckig und daher gewiß nicht zu den flüchtigen Ödemen zu zählen, aber die Merkmale des hysterischen Ödems zeigt es eben so wenig. Wohl bestehen andere wichtige Andeutungen: diese Kranke litt gleichfalls an Urticaria und lokaler Synkope und dadurch ist ziemlich deutlich festgestellt, daß hier eine leichte Vasomotoreninsuffizienz im Spiele ist. Damit ist zu gleicher Zeit die genetische Verwandtschaft festgestellt, des chronisch-neuropathischen Ödems mit dem hysterischen und dem flüchtigen Ödem. Rosenfeld beschreibt neuropathische Ödeme der beiden Handrücken, welche außerordentlich hartnäckig sind; sie bestehen seit 15 Jahren. Diese

Patientin zeigt keine hysterischen Erscheinungen, stammt aber aus einem neuropathischen Geschlecht.

Meige und Desnos beschreiben eine hereditäre und familiäre Form von Ödem, welche besonders bei Frauen auftritt und überwiegend die unteren Extremitäten trifft. Die Krankheit ist chronisch und permanent, trifft das eine Mal den Fuß, das andere Mal die Knie oder die Hüften, bald einseitig, bald doppelseitig. Meige nennt die Erscheinung „Trophoedème chronique héréditaire“. Besonders französische Forscher (Valobra, Rapin, Mabile, Lannois u. a.) haben nachher das Syndrom „Trophoedème“ näher studiert. Es ist ein farbloses, hartes, elastisches Ödem, das sich schmerzlos entwickelt. Druck mit der Fingerspitze verursacht entweder keine oder nur eine ganz geringe Einsenkung. Oft kommen jedoch auch vasomotorische Störungen, unter dem Bilde einer fleckigen Röte oder einer blauen Verfärbung vor, welche sehr stark an die „Asphyxie locale“ erinnert (der Fall Cassirers). Augenscheinlich ist das hereditäre Trophödem eine selbständige Krankheit, aber in dem Maße wie die Kasuistik sich erweiterte, ergab es sich daß auch wieder Mischformen bestanden. So beschreibt Valobra eine 26 jährige, nichthysterische Frau, welche vor 12 Jahren, während kurzer Zeit an flüchtigen Ödemen gelitten hat und nachher, in Anschluß an eine Autointoxikation intestinalen Ursprungs, aufs neue Ödeme bekam, besonders an der rechten Hand. Die Kranke erholt sich, die übrigen Ödeme schwinden, aber die rechte Hand zeigt noch immer eine chronische Schwellung, eine Art persistierendes „Trophödem“. Hier sehen wir also die Erscheinungen eines flüchtigen Ödems in die eines bleibenden Trophödems übergehen. Valobra ist denn auch überzeugt, daß flüchtiges Ödem, Urticaria und Trophödem nur Varianten ebenderselben Krankheit sind; auch Parhon und Cazacou sahen bei einer Kranken, welche jeden Winter an Urticaria litt, sich ein chronisches Ödem der beiden Beine entwickeln.

Es läßt denn auch meines Erachtens keinen Zweifel übrig, daß zwischen dem flüchtigen Ödem, dem Trophödem, dem neuropathischen und dem hysterischen Ödem zahlreiche Übergangs- und Mischformen bestehen; daß alle diese Syndrome eine in vielen Hinsichten parallel verlaufende bzw. fast dieselbe Genese haben, dünkt mich denn auch ganz gewiß.

Es gibt unterdessen auch Forscher von großer Autorität, welche die Existenz eines „hysterischen“ Ödems mit einem Male verneinen. Niemand weniger als Babinski bestreitet die Existenzberechtigung

sowohl der hysterischen Gangrän, wie die des hysterischen Ödems; d. h. er meint, daß diese Erscheinungen entweder Kunstprodukte oder (in den seltenen Fällen, die das nicht sind) dennoch nicht als eine hysterische Erscheinung betrachtet werden dürfen. Für Babinskis Auffassung ist etwas zu sagen; es ist eine unanfechtbare Tatsache, daß ein bedeutender — vielleicht der größte — Teil der Fälle, sowohl der hysterischen Gangrän, wie vom hysterischen Ödem als Artefakte betrachtet werden müssen. Was die gangränösen Erscheinungen anbelangt, so werden dazu von den hysterischen Kranken allerlei beißende Mittel angewandt (Säuren, Lauge, Lysol usw.) und die Ödeme werden mittelst kräftiger und langwährender Umschnürung des betreffenden Gliedes erreicht. Glorieux teilte einmal einen Fall mit von einem sehr voluminösen Ödem an Hand und Vorderarm, von welchem Meige nachher feststellte, daß es künstlich erzeugt war. Meige, Deny und Dupré haben später in den Pariser Hospitälern eine ganze Reihe Fälle sog. hysterischen Ödems untersucht und immer feststellen können, daß die Ödeme die Folge einer Abschnürung waren. Noch zahlreicher sind in der Literatur die Mitteilungen über hysterische Gangrän (Babinski, Meige, v. Strümpell, Narath, Groß, Krecke, Latte, Singer, Tesdorff und viele andere), wobei es sich in der Tat zeigte, daß Kunstprodukte vorlagen. Eins und das andere schließt jedoch nicht absolut aus, daß es auch Fälle spontaner hysterischen Gangrän gibt und in größerer Zahl Fälle neuropathischen bzw. hysterischen Ödems, welche auch bei der allerstrengsten Kontrolle auftreten und bei welchen von irgendwelchem Kunstgriff keine Rede ist. Besonders sind die Fälle der Ödembildung bei neuropathischen Personen nicht so außerordentlich selten. Dabei muß in Betracht gezogen werden, daß das hysterische und das idiopathische, chronische, neuropathische Ödem sich morphologisch und genetisch fast vollkommen gleichen und daß es weiter Übergangsformen zum flüchtigen Hautödem (Quinke) und zum Trophödem gibt. Jedoch auch diese Formen sind genetisch einander nahe verwandt, obgleich ihre klinischen Bilder sehr verschieden sind.

Übrigens zeigt schon das rein hysterische Ödem eine so große klinische Verschiedenheit (bald blau, bald wieder weiß, in manchen Fällen ganz isoliert, in andern in Anschluß an Lähmungen; weiter große Unterschiede in der Dauer, der Lokalisation und der Art des Auftretens), daß es schon nicht möglich ist eine kurze Definition des hysterischen Ödems zu geben, welche für alle Fälle zutrifft. Nach meiner

Meinung steht es absolut fest, daß bei der Hysterie, bzw. bei Neuropathen, ganz spontan oder nach psychischen Traumen, ödematöse Schwellungen auftreten können. Die Tatsache, daß Charcot, Pitres und andere Autoritäten der französischen Schule, diese Ödeme durch Suggestion hervorrufen konnten, deutet schon darauf hin, daß sie auch spontan auftreten können. Eine andere Frage ist es, ob man ein spontanes, bei einer Hysterika, auftretendes Ödem, ein hysterisches Ödem nennen darf. Ich meine, daß Babinski in diesem vollständig recht hat; die zahlreichen vasomotorisch-trophischen Störungen, welche unzählige Male bei Hystericae beobachtet werden, wie Erytheme, Purpura, rezidivierender Herpes, Pemphigus, Urticaria, Akrozyanosis, lokale Synkope, Akroparästhesien usw. und schließlich auch die Ödeme (sowohl die chronischen wie die flüchtigen, bzw. die anfallsweise auftretenden) sind nicht als eine Erscheinung der Hysterie an sich zu betrachten, sondern als ein hinzukommender Faktor, nämlich als die Folge einer leichten Vasomotoreninsuffizienz.

Jetzt ein einzelnes Beispiel von chronischem hysterischem bzw. neuropathischem Ödem:

Frl. X, 34 Jahre, unverheiratet, Lehrerin. Ist ziemlich schwer neuropathisch belastet, ihre Mutter ist sehr nervös, wie auch die Geschwister. Patientin war immer sehr nervös und leicht erregt, ist sehr schreckhaft, kann um jede Kleinigkeit weinen und zittern, schläft unruhig, träumt viel usw. Eine Schwester leidet an Migräne. Weiter ist Patientin, welche auffallend blaß aussieht, schnell ermüdet, geistige sowie körperliche Anstrengung bringen sie bald in einen Zustand der mit Depressionsgefühlen verbundenen Erschöpfung. Sie hat immer viel gekränkelt (Schwäche, Blutarmut), litt viel an Schwindel, Ohrensausen, hin und wieder an Kopfschmerzen, weiter an sehr heftiger langanhaltender Dysmenorrhöe, hatte mehrmals das Gefühl, als ob ein Brocken im Halse steckte, heftiges Beklemmungsgefühl, Aufgetriebensein nach der Mittagsmahlzeit und oft Hyperazidität. Ziemlich viel vasomotorische Störungen: starke Parästhesien, welche nur selten in den Händen und Füßen, jedoch meistens im Rücken, besonders der Wirbelsäule entlang ihren Sitz haben; im Winter stets eiskalte Hände und Füße, meistens stark aufgetriebene, zerrissene Finger, ab und zu leichte Cyanose der Haut der Hände und beim Berühren kalten Wassers fast immer „tote Finger“. Litt ziemlich viel an Ischias, welche auch jetzt noch anwesend ist und mehrmals an Brachial- und Okzipitalneuralgien, während der letzten 6 Jahre mehrmals an Hydrops des rechten Kniegelenks, ohne daß ein Trauma oder eine andere anleitende Ursache vorangegangen war. Diese Kranke bekam vor 8 Wochen ziemlich heftige Schmerzen im rechten Arm und in geringerem Grade in den beiden Beinen. Im Bade bemerkte sie, daß der rechte Arm, sowohl der Ober- wie der Unterarm, ziemlich stark geschwollen und leicht blauviolett verfärbt war, mit

hier und da einzelne Flecken und Marmorierung. Die beiden Oberschenkel zeigen sowohl an der Vorder- wie an der Hinterfläche diffuse Schwellungen, welche ziemlich symmetrisch lokalisiert sind. Bei der Untersuchung zeigt sich der rechte Oberarm überall 3 bis $3\frac{1}{2}$ cm größer im Umfang als die an gleichen Stellen des linken Armes. Die Hautfarbe ist noch leicht zyanotisch, jedoch weniger als vor ein paar Wochen. An den Beinen sind die ödematösen Stellen mehr oder weniger begrenzt, die Haut ist wenigstens nicht überall gleichmäßig geschwollen. Das Ödem ist hart und elastisch und läßt auch bei starkem Druck mit der Fingerspitze, kaum irgendeinen Eindruck zurück.

Die Kranke zeigt keine organische Erkrankungen, die Sehnenreflexe sind ziemlich lebhaft, der Pharynxreflex fehlt fast ganz, die Bauch- und Plantarreflexe sind schwach. Der Puls ist frequent (96), völlig regulär und äqual, jedoch klein und weich, tiefe Atembewegungen verursachen eine bedeutende Pulsverlangsamung (Pulsus irregularis respiratorius), Druck auf den Bulbus verursacht nur geringe Pulsverlangsamung (Okulokardialer Reflex), sowie Druck auf den Vagus (Tschermaks Phänomen). Patientin klagt über die Empfindung, als bliebe, wenn sie erregt ist, der Herzschlag ab und zu aus; objektiv war dies bei der Untersuchung nicht nachzuweisen. Die Dermographie ist sehr lebhaft; im Blutbild gesteigerte Eosinophilie (6 $\%$), im übrigen keine Alterationen. In der motorischen Sphäre ist nichts zu finden, auch die Sensibilität ist in allen Qualitäten völlig intakt. Die Behandlung bestand in Organotherapie (Adrenalin und Thyreoid) und lokal mit hochfrequenten Wechselströmen; in ungefähr 10 Wochen waren die Ödeme fast ganz geschwunden, die Schmerzen schon früher.

Bei dieser Kranken ist jede Möglichkeit eines Künstlicherzeugtseins der Ödeme ganz ausgeschlossen; es war nie ein Zeichen von Abschnürung zu finden und überdies reichten die Ödeme an der Rückseite der Beine bis ziemlich weit über die Stelle, wo eine Abschnürung noch möglich gewesen wäre. Auch waren die Ödeme, wie auch die hinzukommenden Erscheinungen viel zu chronisch und zu wenig wechselnd, um an ein Kunstprodukt glauben zu lassen. Was die Benennung anbetrifft kann man in diesem Falle das Syndrom nach Auswahl „hysterisches“ oder „idiopathisches“, chronisches neuropathisches Ödem nennen. Die Kranke hatte nie Anfälle oder andere rein hysterische Erscheinungen gezeigt, auch keine hysterischen Stigmata; dessenungeachtet werden viele sie als eine Hysterika betrachten (Pharynxphänomen, herabgesetzter Fußsohlenreflex). Eine neuropathische Person ist sie allerdings.

In betreff der Genese diene folgendes: Pitres hat behauptet, daß die hysterischen Ödeme auf Lähmung der Vasokonstriktoren und einer bleibenden Erweiterung der Kapillaren beruhen. Binswanger meint, daß man mit gleichem Recht von einer Reizung der Vasodilatatoren

reden könne. Dieses ist meines Erachtens unrichtig; ein chronischer Reizzustand ist weder anzunehmen noch zu erklären, im Gegenteil ist eine Vasomotoreninsuffizienz (Lähmung ist keinesfalls notwendig), eine vielfach vorkommende angeborene Störung und diese letztere ist zu gleicher Zeit die Ursache einer Verlangsamung des Stoffwechsels und dadurch von leichter chronischer Autointoxikation. Dieser Faktor spielt meines Erachtens bei dem Entstehungsmechanismus des Ödems eine sehr große Rolle, sowohl bei den mehr permanenten Formen (Trophödem, hysterisches Ödem, neuropathisches Ödem), wie bei dem flüchtigen (angioneurotischen) Hautödem. Die Vasomotoreninsuffizienz ist uni- oder pluriglandulären Ursprungs und beruht auf einer leichten Funktionsreduktion der Thyreoidea oder des chromaffinen Systems.

Literatur.

- Athanassio, Des troubles trophiques dans l'hystérie. Thèse de Paris 1890.
 Binswanger, O., Die Hysterie. Nothnagels Handbuch 1904, XII. Bd. 1, 2. Abt., S. 587.
 Bolten, G. C., Über das angioneurotische Ödem. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 1919, Bd. 45.
 Cassirer, R., Die vasomotorisch-trophischen Neurosen 1912, S. 809.
 Desnos, Oedème rhumat. chron. Soc. méd. d. Hôpit 1891.
 Gilles de la Tourette, Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie 1895, II.
 Guinon, Le Progrès médic. 11. Okt. 1890.
 Higier, H., Akutes und chronisches Ödem bei manchen Neurosen usw. Petersb. med. Wochenschr. 1894, S. 443.
 Lannois, Throphoedème chronique chez une épileptique. Lyon méd. 1904.
 Derselbe. Une observation de trophoedème chron. héréditaire. Nouv. Icon. d. l. Salp. 1900.
 Lewandowsky, M., Handbuch der Neurologie 1914, Bd. 5, Bl. 695.
 Meige, H., Sur le trophoedème. Nouv. Icon. d. l. Salp. 1901, S. 465.
 Mabile, Observation de trophoedème. Nouv. Icon. d. l. Salp. 1901.
 Marie, P., La pratique neurologique 1911, S. 1028.
 Oppenheim, H., Lehrbuch der Nervenkrankheiten 1913, II, Bl. 1774.
 Quincke, Über akutes umschriebenes Hautödem. Monatsh. f. prakt. Derm. 1882.
 Rapin, Des angioneuroses familiales. Genève 1908.
 Valobra, Les oedèmes circonscrits aigus et chroniques etc. Nouv. Icon. d. l. Salp. 1905.
-