Ueber „Adiposis dolorosa“ (Dercum) und das „Oedème blanc et bleu“ (Charcot).

Von

Prof. P. Strübing.

Im Jahre 1892 beschrieb Dercum (1) als „Adiposis dolorosa“ ausführlicher ein eigenartiges Krankheitsbild, welches scheinbar bisher unbeachtet geblieben war. Nach dieser von Dercum gegebenen Anregung tauchten in den folgenden Jahren in der amerikanischen und englischen Literatur vereinzelte casuistische Mittheilungen auf, bis W. Hale White (2) 1898 das eigenartige Leiden wieder eingehender besprach. Obwohl ich seit dem Jahre 1881 diesem Leiden meine Aufmerksamkeit geschenkt und im Laufe der Jahre ein nicht unbedeutendes Beobachtungsmaterial gewonnen hatte, übersah ich doch die Dercum'sche Arbeit und lernte erst durch die White'sche Publication die Auffassung der genannten Autoren kennen.

White lehnt sich in seinen Schilderungen eng an Dercum an und beschreibt auf Grund der Beobachtungen dieses Autors, sowie der Mittheilungen von Spiller (3) und Essner (4) und endlich auf Grund einer eigenen Beobachtung das Krankheitsbild in folgender Weise. (Ich gebe die White'sche Schilderung, soweit dies für die Beurtheilung der Sachlage von Wichtigkeit ist, möglichst wortgetreu.)

Das Leiden soll sich nur bei Frauen entwickeln und zwar im Alter von 40 bis 60 Jahren. „Einige von den Patientinnen waren Trinkerinnen, andere hatten Syphilis. Zuerst beobachtet man, dass am Rumpf und an den Gliedern Fettwülste auf-

treten; diese sind manchmal symmetrisch. Es bilden sich immer neue Fettmassen und zugleich bekommen die Patienten allgemeine Fettsucht, so dass sie im vollentwickelten Krankheitsbilde enorm fett sind. Hände, Füsse und Gesicht waren in allen beobachteten Fällen frei geblieben. In Spiller's erstem Fall kam die Patientin so zeitig zur Beobachtung, dass die Fettablagerung nur an einer unteren Extremität und an einem Theil des Stammes deutlich war. Beim Anfassen einer solchen Fettmasse hat man ein Gefühl, ähnlich wie bei einer Varicocele.“

„Schmerz ist ein auffallendes Symptom, er wird gewöhnlich sehr frühzeitig oder wo möglich noch eher wie die Fettmassen bemerkt und kann schon in Theilen empfunden werden, in denen die Fettablagerung noch nicht eingetreten ist. Der Schmerz kann sehr heftig sein, er ist oft stechend, brennend oder brühend und tritt häufig in Paroxysmen auf; dann sind aber in der Zwischenzeit gewöhnlich die Schmerzen gering. Oft sind die Fettmassen ausserordentlich druckempfindlich. Meine Patientin schreit auf, wenn man sie anfasst. Die Kranken klagen schon frühzeitig über ein Kältegefühl und bei der Untersuchung im vollentwickelten Bilde findet man meist, dass das Empfindungsvermögen für Schmerz, Berührung, Wärme und Kälte beträchtlich herabgesetzt ist. Diese Herabsetzung der Sensibilität ist bei einer und derselben Kranken an den verschiedenen Körpertheilen verschieden. An manchen Stellen kommt es zum vollständigen Verlust einer oder mehrerer Empfindungsvarietäten. Die Muskelkraft ist sehr schwach; meine Patientin kann kaum gehen und vermag mit beiden Händen den Dynamometer nur um 5 Grade zu bewegen. In manchen Fällen besteht grosse geistige Schwäche und eine der Kranken Dercum's starb im Wahnsinn. Meine Patientin verliert zeitweise ihren Verstand.“

„Kopfschmerz gehört zu den gewöhnlichen Symptomen, Herpes, Haematemesis, Epistaxis, frühzeitige Menopause, geringe Pigmentation der Haut, Atrophie der Handmuskulatur und Entartungsreaction sind als gelegentliche Symptome beschrieben worden.“

„Dercum entnahm ein Stückchen Fett bei Lebzeiten und fand es ähnlich solchem von embryonalem Typus and one

nerve fibre examined showed dense connective tissue with a multiplication of nuclei.“ (?)

„In manchen Fällen war die Krankheit mit Bronchitis complicirt. Die Schleimhäute, der Appetit, Puls, Temperatur, Urin, Sprache, Haare und Opticuspapille sind normal. In einem Falle war die Zunge etwas vergrößert, aber nicht auffallend. Die Haut ist meist feucht, die Empfindlichkeit der Sinnesorgane mag leicht abgestumpft sein. Oedem ist nicht vorhanden.

In den meisten Fällen ist die Krankheit eine fortschreitende. Dercum sah zwei Fälle mit tödlichem Ausgang. In dem einen Falle war die Glandula thyreoidea klein, verhärtet, infiltrirt und verkalkt, im zweiten war sie zwar grösser als normal, aber ebenfalls, besonders im rechten Lappen, verkalkt. Man kann die Adiposis dolorosa deshalb eine Erkrankung der Schilddrüse nennen, nur gestattet unsere Kenntniss gegenwärtig noch keine weitere genauere Definition. Ein Fall schien sich durch Thyreoidinbehandlung zu bessern, in meinem Falle hatte dieselbe jedoch keinen Erfolg.“

White gibt dann sehr ausführlich die Krankengeschichte einer 22jährigen Patientin mit congenitaler Syphilis, bei welcher sich seit dem 11. Jahre eine so starke Obesitas entwickelt hatte, dass sie im Alter von 13 Jahren 280 Pfund wog. Als sie, 22 Jahre alt, im Guy's Hospital aufgenommen wurde, wog sie 273 Pfund. „Sie ist ausserordentlich dick an allen Körpertheilen. Hände, Füße, Nacken, Gesicht und Kopf ausgenommen. Gewaltige Massen subcutanen Fettes hängen ihr von der Hinterfläche der Gliedmassen, besonders von den Armen und Oberschenkeln herab. Die Glieder selbst sind fast ganz rund. Nirgends entsteht auf Druck eine Delle. Das Gesicht ist ein wenig fett, aber das Fett ist hier ganz unbeträchtlich im Vergleich zu dem am Körper und an den Extremitäten. Das Haar ist gut gewachsen und nicht spröde, die Augenbrauen und Wimpern sind ebenso ganz normal, die Nägel sind gesund. Die Haut ist blass, nicht abnorm pigmentirt, sie zeigt atrophische Linien und ist auf dem Abdomen durch die Fettwülste in Falten gelegt. Die Zunge ist vielleicht ein klein wenig vergrößert, die Zähne sind ziemlich defect; sie hat 3 oder 4 verloren, welche ihr, wie sie sagt, ausgefallen sind.

Mund und Rachen sind ganz gesund. Die Stimme ist normal. Ueber den ganzen Rumpf, Gesicht und Gliedmassen ist das Gefühl für Berührung, Schmerz und Temperatur vermindert, an manchen Stellen so sehr, dass sie einen Nadelstich nicht zu fühlen und den Unterschied zwischen kaltem und heissem Wasser nicht anzugeben vermag. Die Fettmassen sind sehr empfindlich, so dass Patientin es nicht ertragen kann, dass man sie anfasst. Sie ist ausserordentlich muskelschwach.“

Eine ausschliessliche Eiweissdiät wurde versucht, aber verminderte das Gewicht nicht. Die Thyreoidinbehandlung hatte schon früher bei der Patientin keinen Erfolg gehabt.

White schildert eingehend die nervösen Erscheinungen, welche die Patientin bot und denen er eine Bedeutung für das Krankheitsbild beilegt. Nach dieser Schilderung handelt es sich um epileptische Krämpfe mit deutlicher Aura, welche zuerst im 15. Lebensjahre aufgetreten waren, um „Dämmerzustände“, um starke intercurrente Erregungszustände, welche sich den epileptischen Krämpfen anschlossen oder wohl als Aequivalente derselben auftraten.

Die hauptsächlichste Erscheinung, welche Dercum und die citirten anderen Autoren durch den Namen „Adiposis dolorosa“ charakterisiren wollen, ist eine starke Fettablagerung in der Haut und im subcutanen Gewebe, welche mit einer bisweilen ganz excessiven Schmerzhaftigkeit einhergeht. In wie weit mit diesen Erscheinungen andere sich combiniren, wie dann ihr Zusammenhang zu deuten, und ob es endlich statthaft ist, mit dieser eigenthümlichen Hautaffection andere Organerkrankungen, namentlich solche der Schilddrüse oder schwere Functionsstörungen des Nervensystems in Verbindung zu bringen, wie Dercum und White es wollen, dürften die später zu erörternden Fragen sein, welche sich an die Publicationen der genannten Autoren knüpfen.

Im Jahre 1881 nahm eine 48jährige corpulente Kranke meine Hilfe in Ansprush, welche sich nur mittelst Krücken mühsam fortbewegen konnte; sie klagte über Steifigkeit in den Extremitäten, namentlich in den unteren und über starke Schmerzen, welche in denselben bei jeder Bewegung auftraten.

Die Extremitäten, besonders die unteren, waren sehr voluminös, desgleichen zeigte das Abdomen und der Thorax starken Fettansatz. Wesentlich geringer war der letztere an den Händen, an den Füßen und im Gesicht. In den Kniegelenken war leichtes Knarren vorhanden, doch waren die Veränderungen in den Gelenken keine derartigen, dass sie die Intensität der Beschwerden und die schwere Alteration des Gehvermögens hätten erklären können. Ein Befund der Untersuchung war nun ein auffallender. Die ganze Haut der Extremitäten war verdickt und prall gespannt, so dass sie sich nicht in Falten emporheben liess; man hatte das Gefühl, als fasse man festen Speck an. Jeder Versuch, eine, wenn auch nur grobe Falte zu erheben, rief eine starke Schmerzensäusserung hervor. Ebenso war jeder stärkere Druck auf die infiltrierte Haut schmerzhaft. Die Infiltration der letzteren erstreckte sich in ziemlich gleicher Stärke auch auf das Gesäss, dagegen war die Haut des Rumpfes weniger prall infiltrirt und hier noch am stärksten über dem Abdomen. Die Haut der Füße hinauf bis zu den Malleolen, soweit der Druck des Stiefels gereicht hatte, war frei, desgleichen die Haut der Hände und des Gesichtes. Hier liess sich eine Hautfalte leicht und ohne Beschwerden für die Kranke bilden. Die starke Schmerzhaftigkeit der prall gespannten Cutis war es im wesentlichen, welche die Bewegungen erschwerte und damit die Hilflosigkeit der Patientin bedingte. Das Leiden hatte seit Jahren bereits bestanden und sich allmählig verschlimmert. Die Behandlung, auf die ich unten zurückkomme, war eine langwierige, erzielte aber schliesslich doch den Erfolg, dass die Patientin sich frei und ohne Unterstützung bewegen konnte.

Bald darauf sah ich eine andere 54jährige Kranke, bei welcher eine gleiche intensive Infiltration den ganzen Panniculus adiposus ergriffen hatte. Nur Gesicht, Hände und Füße waren auch hier frei geblieben. Die Patientin zeigte eine recht beträchtliche Obesitas, doch contrastirte hier ebenfalls das Volumen der Hände, der Füße und des Gesichtes auffällig mit dem der anderen Körperpartien. Die Kranke klagte über Schmerzen in den Extremitäten, welche die Bewegungen erschwerten, über Schmerzen im Rücken und in den vorderen Partien des Thorax, bot aber sonst keine weiteren pathologischen

Erscheinungen und hatte des „chronischen Muskel- und Gelenkrheumatismus“ wegen die hier in Frage kommenden bekanntesten Bäder nacheinander erfolglos besucht. Die infiltrirte Haut liess sich auch hier nicht in Falten erheben; jeder Versuch hierzu, sowie überhaupt jeder Druck auf die Haut verursachte intensive Schmerzen.

Ich habe dann im Laufe der Jahre eine grössere Zahl derartiger Kranken, welche das Leiden in mehr oder minder ausgesprochener Weise zeigten, zu beobachten und zu behandeln Gelegenheit gehabt. Meist war bei diesen Kranken eine allgemeine starke Adipositas vorhanden, doch wurde die Infiltration der Haut und die Schmerzhaftigkeit derselben auch bei mittlerem Fettansatz und selbst, wenn allerdings auch selten, unter Verhältnissen beobachtet, wo die nicht ergriffenen Hautpartien kein auffallenderes Fettpolster aufwiesen. Bald war die Infiltration eine partielle, bald eine mehr oder minder diffuse. Am häufigsten fand sie sich an den unteren Extremitäten und zwar immer zuerst an den Unterschenkeln; bisweilen war Anfangs nur der eine und auch dieser gelegentlich nur partiell, besonders an der Aussenfläche ergriffen. Soweit an den Füßen der festere Druck des Stiefels gereicht hatte, war die Haut frei und ebenso blieben mehr oder weniger die Hautpartien weich, welche dem Druck des Strumpfbandes ausgesetzt waren. Dann wurden die Oberschenkel ergriffen und zwar am frühesten und stärksten die Innenfläche derselben. Demnächst betheiligte sich die Haut des Gesässes. An der oberen Extremität zeigte sich die Infiltration am häufigsten am Oberarm und zwar zuerst an seiner Streckseite, demnächst an der Schultergegend und am Unterarm und hier wieder besonders an der Aussenseite desselben. Die Handrücken sah ich nur einmal betheiligt. Von der Schultergegend breitete sich das Infiltrat gern aus auf den Nacken und die oberen Partien des Thorax, vorn sowohl wie hinten; die Haut der Mammæ war bisweilen ganz besonders infiltrirt und schmerzhaft. Frühzeitig betheiligte sich meist die Haut des Abdomens an dem Process und hier war die Intensität desselben bisweilen eine besonders grosse. Nur einmal sah ich und auch nur in geringem Grade und vorübergehend, die Gesichtshaut infiltrirt.

Fälle, in denen die Haut des ganzen Körpers ergriffen war, sind im ganzen selten gegenüber solchen, in denen nur die Extremitäten, namentlich die unteren und vielleicht noch die Oberarme befallen waren. Die Affection trat fast ausschliesslich auf bei Frauen und besonders in der Zeit des Climacteriums, doch beobachtete ich sie auch sowohl bei jüngeren, wie bei älteren Individuen. Die jüngste Patientin war 12, die älteste 62 Jahre alt. Nur dreimal handelte es sich um Kranke männlichen Geschlechtes und jedesmal hatte sich hier das schmerzhaftes Infiltrat besonders in der Haut des Abdomens entwickelt.

Jeder Versuch, die mehr oder minder infiltrirte Haut in Falten zu erheben, war schmerzhaft, und bisweilen waren die Schmerzen hiebei so intensiv, dass die Kranken lebhaft klagten, selbst zu weinen begannen und jeder Berührung auszuweichen suchten. Bei stärkeren Infiltraten war die Faltenbildung überhaupt unmöglich.

Traten bei einer Infiltration mittleren Grades nur Schmerzen auf, wenn die Haut gedrückt oder bei Bewegungen gedehnt wurde, so rief eine starke auch spontane Beschwerden hervor. Die Kranken klagten über ein unangenehmes Brennen in der Haut oder hatten ein Gefühl, als wenn sie mit Nadeln gestochen würden. Bei einer solchen starken Spannung der Cutis wurde auch in der Ruhe bisweilen direct über Schmerzen geklagt. In schweren Fällen war die Schmerzhaftigkeit der Haut eine so starke, dass sie schliesslich die Bewegungsfähigkeit alterirte. In der Intensität der Infiltration und der Schmerzen waren Exacerbationen und Remissionen bisweilen nicht zu verkennen.

In einigen Fällen war die Haut an den Unterschenkeln, gelegentlich auch an den Unterarmen geröthet und an ersteren selbst bläulich verfärbt. Einige Kranke zeigten auch andere vasomotorische Störungen, so relativ häufig Urticaria factitia, leichtes Erröthen der Gesichtshaut, congestive Zustände nach dem Kopf, wie letztere im Klimakterium nicht selten sind. Hysterische Erscheinungen der mannigfaltigsten Art, namentlich bei Kranken der besseren Stände, complicirten häufiger das Krankheitsbild, doch fehlten sie bei anderen wieder vollständig. Nur bei solchen Hysterischen waren dann bisweilen Störungen

der Sensibilität, Hyper-, gelegentlich auch Anaesthesien der Haut nachweisbar. Störungen in der Motilität wurden, wenn dieselben nicht durch Complicationen bedingt waren, nur beobachtet, wenn die Spannung der Haut und die Schmerzen die Bewegungsfähigkeit Jahre hindurch in stärkerem Grade beeinträchtigt hatten. Die Veränderungen waren dann einfach atrophischer Art.

Die Kranken gehörten jeder Gesellschaftsclasse an; körperliche Ruhe schien eher die Ausbildung der Infiltrate zu begünstigen. Neuralgien im Bereiche des Plexus cervicalis waren bei Infiltration des Nackens und der Schultergegend beim Fehlen anderer nervöser Erscheinungen wiederholt vorhanden; über Kopfschmerzen klagten die Kranken häufiger, doch hatte die Neigung zu denselben gewöhnlich schon seit Jahren, selbst schon seit der Kindheit bestanden.

Wurde das Leiden auch bei ganz robusten Individuen beobachtet, so bestand meist doch ein gewisser Grad von Anaemie und dementsprechend eine gewisse Verringerung des Hämoglobingehaltes des Blutes; im übrigen ergab die Blutuntersuchung nur ein negatives Resultat.

Die Schmerzen in den Extremitäten wurden bei den Kranken häufiger in die Gelenke, namentlich in die Knie-, dann auch in die Hüft- und Schultergelenke verlegt, da sie sich besonders bei Bewegungen bemerkbar machten. Die Palpation der Gelenke war dann schmerzhaft, jedoch war die Intensität dieser Schmerzen hier keine grössere, als an anderen Stellen, an denen bei der Untersuchung die Haut gegen festen Knochen gedrückt wurde. Immerhin fanden sich aber doch objectiv nachweisbare Gelenkveränderungen häufiger. So wurde bei älteren Individuen namentlich Arthritis chronica meist leichteren Grades, bisweilen Arthritis deformans und bei jüngeren Individuen leichtere Synovitiden von acuterem Charakter beobachtet.

Die Krankengeschichten tragen hier naturgemäss einen ziemlich übereinstimmenden und damit einförmigen Charakter. Ich beschränke mich deshalb auf die Wiedergabe einiger weniger, die als Typen gelten können. Kranke, wie die Fälle 1 bis 3, kommen nach meiner Ueberzeugung nicht selten zur

Beobachtung des praktischen Arztes. Im 4. Falle hatte sich die Hautaffection ausnahmsweise bei einem Manne entwickelt; im 5. Falle endlich handelt es sich um einen selteneren, schweren, in dem die Haut des ganzen Körpers ergriffen war. Diese Fälle sind im Uebrigen durch keine nervösen, namentlich hysterischen Erscheinungen complicirt; der Patient im Fall 4 war ein Hypochonder, der die Schmerzen am Abdomen auf ein schweres Darmleiden bezog.

Fall 1. Die 26 Jahre alte Franziska K. aus R. bei Greifswald klagt über Schmerzen in den unteren Extremitäten, die das Stehen, Gehen und namentlich das Treppensteigen erschweren. Die Schmerzen bestehen schon seit etwa 2 Jahren, waren aber in ihrer Intensität so wechselnd, dass sie die Kranke bald weniger, bald stärker irritirten.

Die Patientin ist kräftig gebaut, hat gut entwickelte Musculatur und gesunde Gesichtsfarbe. Der Panniculus adiposus ist mittelstark. An beiden Unterschenkeln und hinaufreichend bis zur Mitte der Oberschenkel ist die Haut und das Unterhautzellgewebe eigenthümlich verdickt und auf Druck schmerzhaft. Eine Delle lässt sich bei Druck auf die Haut nicht bilden. Die Verdickung hat auch die Haut der Kniegelenke ergriffen; jede Bewegung in diesen Gelenken ist schmerzhaft, ohne dass sonst eine Erkrankung derselben nachweisbar wäre; speciell ist der Druck auf die Gelenklinien nicht schmerzhafter, wie der Druck auf andere Stellen der infiltrirten Haut. Letztere ist über den Knöcheln bis hinauf zur Mitte des Unterschenkels leicht roth verfärbt.

Die inneren Organe sind gesund. Störungen der Sensibilität und Motilität sind nicht nachweisbar.

Der Urin ist frei von Eiweiss; die 24stündige Urinmenge ist normal.

Fall 2. Die 20 Jahre alte Minna Sch. bemerkte im 17. Lebensjahr zuerst eine Verdickung der Haut etwas vor und über den äusseren Malleolen, die beiderseits zu gleicher Zeit an genau correspondirenden Stellen auftrat. In wenigen Wochen breitete sich die Affection über die ganzen unteren Extremitäten aus. Patientin klagt, dass ihr die Füße leicht schwer würden, dass sich bei längerem Arbeiten in den unteren Extremitäten ein unangenehmes Spannungsgefühl einstelle, welches das Gehen und Stehen sehr erschwere. Morgens ist das Befinden gewöhnlich besser, als nach der Arbeit des Tages.

Die Menses haben sich zuerst mit 15 Jahren und später immer regelmässig eingestellt.

Status praesens: 23./III. 1900. Grosse Patientin von kräftigem Knochenbau, kräftiger Musculatur und stark entwickeltem Fettpolster; Gesichtsfarbe gesund.

Die Haut beider Unter- und Oberschenkel ist stark verdickt; eine Hautfalte lässt sich theils gar nicht, theils nur mit Mühe bilden; der stärkere Druck auf die Haut hinterlässt keine Delle, ist aber sehr schmerzhaft.

An der Aussenseite der Unterschenkel ist beiderseits die Haut etwa in dem Umfange einer Handfläche leicht geröthet. Die gleiche Infiltration zeigt die Haut des Abdomens bis zur Taille. In der Schnürfurche ist die Haut normal, ebenso im Bereich der Unterschenkel an den Stellen, welche dem Druck der Strumpfbänder ausgesetzt sind. Die Haut des Rückens von der Steissbeingegegend an nach oben bis zur Spina scapulae ist frei, ebenso die Haut der Brust. Vom Nacken aus erstreckt sich die Infiltration der Haut nach den Oberarmen hin, welche ziemlich stark, namentlich an ihrer Aussenseite, theilhaft sind. Die Unterarme sind frei.

Von Seiten des Nervensystems sind keine Störungen vorhanden. Verhalten der Wadenmuskeln bei elektrischer Reizung normal. Herz und Lungen sind gesund, desgleichen die Verdauungs- und Harnorgane.

Fall 3. Die 21 Jahre alte L. V. aus Gr. erkrankte vor 3 Jahren an Gelenkrheumatismus und Lungenentzündung. Die Menses stellten sich mit dem 16. Jahre ein und kehrten regelmässig wieder. Seit 2 bis 3 Monaten bemerkte Patientin eine schmerzhaftes Anschwellung der Knie- und Fussgelenke, der bald eine deutliche Anschwellung der ganzen Unterschenkel folgte. Die Schmerzen nahmen allmählig an Intensität zu und erschwerten namentlich das Treppensteigen. In den Beinen hatte die Patientin ein Gefühl von Schwere. Sie trat am 20./II. 1899 in Behandlung.

Patientin ist von mittlerer Grösse und kräftigem Knochenbau; die Muskulatur ist gut, das Fettpolster recht stark entwickelt. Die Gesichtsfarbe ist gesund. Die Schmerzen in beiden Fussgelenken, in den ganzen Unterschenkeln und in den Kniegelenken machen sich bei ruhigem Verhalten nicht bemerkbar, sondern treten erst bei Bewegungen auf.

Die Besichtigung der unteren Extremitäten lässt eine mässige Volumenzunahme des ganzen Unterschenkels erkennen, ohne dass eine deutlichere Schwellung der Knie- und Fussgelenke nachweisbar ist. Der Fussrücken beiderseits ist frei. Die Palpation der Fuss- und Kniegelenke ist schmerzhaft. Die ganze Haut des Unterschenkels ist prall gespannt; eine Hautfalte lässt sich hier an einzelnen Stellen überhaupt nicht, an anderen nur mit Mühe bilden. Der Druck auf die infiltrierte Haut ist sehr empfindlich. Auch an der Innen- und Vorderfläche des Oberschenkels, vom Knie bis etwa zur Mitte desselben, zeigt die Haut dieselben Veränderungen wie am Unterschenkel. Die Haut des Abdomens ist ebenfalls, wenn auch in geringerem Grade infiltriert und auf Druck schmerzhaft. Die inneren Organe sind gesund.

Fall 4. Der Patient Friedrich K., 47 J. alt, klagt über Schmerzen in den Oberschenkeln, in den Knien und Schultern; besonders quälen ihn aber Schmerzen im Bereiche des Abdomens. Die letzteren treten besonders bei der Defäcation auf und erschweren dieselbe.

Der Patient ist gross und kräftig gebaut, hat eine gute Muskulatur und einen recht stark entwickelten Panniculus adiposus. Die inneren Organe sind gesund, nur besteht eine Bronchitis von mittlerer Intensität. Die Percussion und Palpation des Abdomens ist ausserordentlich empfindlich, doch lässt sich nirgends eine Resistenz oder ein Tumor nachweisen. Die

Schmerzhaftigkeit ist auch an keiner Stelle eine besonders ausgesprochene, sondern erstreckt sich gleichmässig über das ganze Abdomen. Schmerzhaft ist ebenso die Percussion der im übrigen nicht vergrösserten Leber und Milz, sowie der unteren Partie des Sternums. Im Bereich aller dieser genannten Stellen ist die Haut stark infiltrirt und von derber Consistenz. Jeder Druck auf die Haut, welche sich nur schwer und als dicker Wulst abheben lässt, ist schmerzhaft. Eine Delle bleibt auf Fingerdruck nirgends zurück. Die Infiltration der Cutis und des subcutanen Gewebes setzt sich vom Abdomen aus auf die vorderen unteren Thoraxpartien fort, ist hier am Rippenbogen und am Proc. xiphoides noch so stark, dass es kaum gelingt eine Falte zu bilden und nimmt dann im Bereich der oberen Thoraxpartien an Intensität allmählig ab. Dementsprechend verringert sich an diesen Stellen die Druckempfindlichkeit. Die Schultern und die oberen Partien der Oberarme sind ebenfalls noch ergriffen, doch sind sonst die oberen Extremitäten frei, ebenso der Rücken und das Gesäss. Dagegen setzt sich die Infiltration der Haut noch vom Abdomen auf die Oberschenkel fort und zieht über die Kniegelenke hinweg bis zur Mitte des Unterschenkels, wo sie sich ziemlich scharf mit einer Furche gegen die gesunde Haut abgrenzt. (Patient trägt ziemlich festanliegende Stiefel mit Schäften, die bis zur Höhe der Furche reichen.) Die Schmerzhaftigkeit und Spannung der Haut macht sich bei Bewegungen im Hüft- und Kniegelenk unangenehm und störend bemerkbar. Eine Erkrankung der genannten Gelenke ist nicht nachweisbar.

Der Schlaf ist schlecht. Der Patient ist Hypochonder; er klagt viel über die grosse Intensität der Schmerzen und hält sich für hoffnungslos krank.

Fall 5. Die Patientin B., 42 Jahre alt, hat zweimal geboren und einmal Lungenentzündung überstanden. Vor 4 Monaten sistirten die Menses. Bei der schon damals sehr corpulenten Frau traten vor 4 Jahren Schmerzen in den unteren Extremitäten auf, gleichzeitig bemerkte die Kranke, dass dieselben allmählig immer stärker „anschwellen“. Dann entwickelten sich die gleichen starken Schwellungen am Oberarm, an den Schultern, am Halse und an den Unterarmen; zeitweilig waren auch die Handrücken ergriffen. Das durch die Spannung der Haut an den Armen verursachte Gefühl vergleicht Patientin mit jenem, welches der Druck zu enger Handschuhe verursacht. Die Schwellungen an den unteren Extremitäten nahmen im Laufe der Zeit in dem Grade zu, dass jede Bewegung, welche die stark gespannte Haut dehnte, unmöglich wurde. Die Kranke musste meist liegen, da sie selbst längeres Sitzen nicht auszuhalten vermochte. Auch im Gesicht entwickelten sich Schwellungen, die mit schmerzhaften Spannungsgefühlen einhergingen, sich jedoch nach 1 bis 2 Wochen wieder zurückbildeten. Die Patientin tritt am 19./I. 1900 in Behandlung; sie selbst glaubt „wassersüchtig“ zu sein.

Mittelgrosse, kräftig gebaute Frau, die den Eindruck einer starken Obesitas macht. Die Haut und das subcutane Gewebe des ganzen Körpers sind mächtig infiltrirt, besonders stark an den Bauchdecken, an den

Unter- und Oberschenkeln und an den Oberarmen. Auch die Gesichtshaut ist nicht ganz frei, doch ist hier die Verdickung eine ungleich geringere. Die Spannung der Haut an den unteren Extremitäten ist eine derartig starke, dass es nicht gelingt, eine Falte zu bilden; jeder Versuch hierzu ruft die lebhaftesten Schmerzensäusserungen hervor; an den Oberarmen lässt sich nur eine grössere Hautpartie als ein dicker Wulst abheben. Besonders stark ist die Infiltration an den Bauchdecken. Jeder Druck auf die Haut des Körpers ist schmerzhaft. Die Infiltration der Haut über den Gelenken hindert die Bewegung derselben.

Der Patellarreflex ist beiderseits nicht auszulösen, Pupillarreaction ist normal; sonstige Störungen der Sensibilität sind nicht nachweisbar. Die Reaction der Muskeln auf faradische und galvanische Reizung erfolgt in normaler Weise.

Die Herzdämpfung ist nicht vergrössert, Herzthätigkeit rhythmisch. Die Herztöne sind rein, mässig kräftig. In den unteren Lungenlappen sind unterhalb des angulus scapulae Giemen und einzelne kleinblasige Rasselgeräusche hörbar. Percussionsergebnisse normal. Harnorgane gesund; im Urin kein Zucker und Eiweiss.

Die Patientin willigt ein, sich ein Stück der Haut und des subcutanen Fettgewebes am linken Oberarm behufs mikroskopischer Untersuchung desselben exstirpiren zu lassen. Die Exstirpation wird von Herrn Collegen Bier unter localer Anästhesie vorgenommen.

Bei der Operation ist die Blutung eine sehr mässige; Oedemflüssigkeit fehlt vollständig. Die Fettschicht ist ziemlich derb und sehr dick (5 bis 6 Cm.) Die mikroskopische Untersuchung hatte ein negatives Resultat, nur erschienen die Fettzellen recht gross.

Bei der Entlassung am 8./III. hatte sich die Infiltration der Haut wesentlich zurückgebildet; die Patientin war im Stande, sich im Zimmer langsam allein zu bewegen.

Es ist eine interessante Erscheinung, dass eine wohl charakterisirte Hautaffection in der Literatur einiger Länder im ganzen mit Stillschweigen übergangen wird; die Symptome werden gelegentlich wohl beschrieben, aber von anderen Gesichtspunkten aus beurtheilt und gedeutet. Nur in Frankreich ist eine nicht unbedeutende Literatur über das Leiden entstanden, obwohl auch hier eine gewisse Einseitigkeit in der Beurtheilung desselben, namentlich seiner Genese, Platz gegriffen hat. Charcot (5), welcher bei seinem Beobachtungsmaterial die Infiltration der Haut namentlich bei Individuen mit functionellen Störungen des Nervensystems fand, belegte dieselbe deshalb mit dem Namen „Oedème hystérique“.

Die erste Beschreibung des Leidens stammt indessen schon von Sydenham (5), der dasselbe ebenfalls auf Hysterie

zurückführt. „Die Hysterie ergreift nicht nur alle inneren Organe, sie befällt auch bisweilen die äusseren Theile und verursacht bald Schmerzen, bald Anschwellungen, von denen die der Unterschenkel die bedeutendsten sind. Die Schwellung gibt weder dem Fingerdruck nach, noch bleibt ein Eindruck. Die Schwellung ähnelt in Grösse und Oberfläche so sehr den hydropischen Schwellungen, dass die Kranken sich nicht leicht von der Ansicht abbringen lassen, hydropisch zu sein.“¹⁾

E. Warde führt 1897 in seiner Thèse „L'oedème hystérique“ (6) mehrere ältere Autoren an, welche die eigenartige Hautaffection kannten und beschrieben. „Manchmal entsteht, sagt z. B. Brodie (7), eine Schwellung am Oberschenkel und am Gesäss, entweder in Folge einer Turgescenz der Blutgefässe oder einer Infiltration des Zellgewebes, hauptsächlich aber in Folge der Gefässturgescenz, da die betreffenden Theile keine Spur nach Fingerdruck hinterlassen.“ Brodie sieht also die Erklärung für die Thatsache, dass bei Fingerdruck hier keine Delle entsteht, wie sonst beim Oedem der Haut, im Wesentlichen in einer abnormen Füllung der Blutgefässe. Ich unterlasse es, auf die Arbeiten der früheren Zeit einzugehen, da neben den hier in Frage kommenden Leiden zweifellos auch als „hysterische“ oder „neuropathische“ die Oedeme bezeichnet werden, deren Auftreten wir bei Erkrankungen des Rückenmarkes, nach Apoplexien etc. längst kennen, oder Oedeme, deren Genese uns völlig unbekannt, von Quincke als circumscriptes, von mir als angioneurotisches Hautödem beschrieben sind.

Präciser drückt sich über die hier in Frage kommende Hautaffection Charcot (8) (1890) aus: „Nicht oft, sagt er, finde ich eine Form des Oedems beschrieben, welche wir das blasse Oedem der Hysterischen (l'oedème blanc de Sydenham) nennen wollen, welches zum Verwechseln ähnlich sieht dem Oedem der Hydropischen, abgesehen von der Thatsache, dass bei diesem, wenigstens in der Regel, nach Fingerdruck eine Delle zurückbleibt. Ebensowenig habe ich, soviel ich weiss, Er-

¹⁾ Tumor nec digito cedit prementi, aut vestigium ullum manet; de cetero sive magnitudinem spectes, sive etiam superficiem, Hydropicorum tumores ita ad amussim aemulatur, ut aegri se haud facile ab ea, quae insedit sententia, dimoveri patiantur.

wähnung gefunden einer anderen Form des Oedems, welches wie dasjenige Sydenham's sich als eine Schwellung darstellt, die auf Fingerdruck nicht nachgibt, aber welches sich von jenem durch zwei wesentliche Kennzeichen unterscheidet, nämlich durch eine Erniedrigung der localen Temperatur und durch eine blauviolette Farbe, die manchmal sehr dunkel, manchmal nur lila, dem „blauen“ Oedem (*l'oedème bleu*) seinen Namen gab, den ich vorgeschlagen habe, weil die Verfärbung sozusagen zumeist ins Auge fällt.“

Ich habe eine röthliche und bläuliche Verfärbung der Haut an den Extremitäten, namentlich an den Unterschenkeln, dann auch an den Unterarmen wiederholt bei derartigen Kranken gefunden. Dass diese vasomotorischen Störungen accidenteller Art sind, dürfte keinem Zweifel unterliegen, denn bei Infiltraten von gleicher Intensität sind sie bald vorhanden, bald fehlen sie. In Wirklichkeit handelt es sich hier überhaupt nicht um jenen Vorgang, den wir als zum Begriff des Oedems gehörig betrachten, d. h. um eine Ansammlung von Flüssigkeit in der Haut und im subcutanen Gewebe etc.; bei der Excision des Hautstückes im Falle V war die Blutung eine mässige, eher geringere, wie in der Norm, und Oedemflüssigkeit fehlte vollständig. Die Veränderungen betrafen einzig und allein die Fettschicht. Gewiss kommen Kranke zur Beobachtung, bei denen die schmerzhafteste Infiltration der Haut besteht, und bei welchen die Unterschenkel gleichzeitig den Sitz eines wirklichen Oedems meist leichter Art bilden; es handelt sich dann um stärker chlorotische resp. anämische Individuen. Beide Affectionen, das Infiltrat der Haut und das Oedem, sind jedoch zu trennen; bei Besserung des Allgemeinbefindens schwindet das durch Hydraemie resp. durch eine gewisse Herzschwäche hervorgerufene Oedem, während die Infiltration bestehen bleibt, wenn die Therapie derselben keine besondere Aufmerksamkeit schenkt.

Warde beschreibt in seiner oben citirten Arbeit 1897 im ganzen treffend das Leiden, obgleich ich ihm in einzelnen Details nicht beistimmen kann: „Das Weib wird häufiger befallen als der Mann und nur bei Erwachsenen tritt es auf. Das Oedem ist hart und lässt bei starkem Druck mit dem Finger keine oder fast keine Delle zurück. (In letzterem Falle

würde also gleichzeitig ein wirkliches Oedem vorhanden sein.) Nadelstiche lassen keine Flüssigkeit austreten. Dieses Fehlen einer flüssigen Infiltration unterscheidet das hysterische Oedem von jedem anderen Oedem, welches ähnliche Erscheinungen bietet. In zwei von Gilles de la Tourette angeführten Fällen liess eine Incision nur geronnenes Blut (!?) austreten.“

„Die Farbe der Haut ist blass, rosa oder roth, aber öfter bläulich oder dunkelblau. (Die erste Art stellt das blasse Oedem Sydenham's, die zweite das blaue Oedem Charcot's dar.)“

„Das hysterische Oedem ist am häufigsten einseitig (?), wie es schon Sydenham gelehrt hatte, aber es kann auch doppelseitig, entweder allgemein ausgebreitet oder zerstreut auftreten“ (9).

Ich habe oben schon besprochen, an welchen Stellen die Infiltration der Haut sich zuerst entwickelt und in welcher Reihenfolge die einzelnen Körpertheile erkranken. Wohl kann nur eine circumscribte Stelle am Unterschenkel oder der eine Unterschenkel in seiner ganzen Ausdehnung ergriffen sein, niemals sah ich aber das Infiltrat isolirt an den Oberschenkeln, an den oberen Extremitäten oder am Rumpf, ohne dass nicht gleichzeitig die Unterschenkel betheiligt waren. Bisweilen wiesen die Beschwerden nur auf die Arme hin, auf deren feineren Gebrauch solche Kranke z. B. beim Schreiben, in einem Falle beim Retouchiren etc. besonders angewiesen waren. Erwies sich eine derartige Infiltration an den Armen dann als die Ursache der Beschwerden, so zeigte die Untersuchung, dass das gleiche Leiden auch mindestens die Unterschenkel und, wenn es an den oberen Extremitäten deutlich ausgesprochen war, wenigstens an einzelnen Stellen auch die Oberschenkel ergriffen hatte. War die Haut des Nackens infiltrirt, so waren die Oberarme an den Streckseiten nie völlig frei etc. Die Druckempfindlichkeit kann an den einzelnen Körperstellen allerdings eine ausserordentlich verschiedene sein und dementsprechend auch die Stärke der Beschwerden, welche die Infiltrate bei Bewegungen etc. verursachen. Ich komme unten auf die wechselnden Verhältnisse zurück, welche in Bezug auf die Schmerzhaftigkeit bestehen können.

Für Warde ist das Leiden immer nur ein „Oedem“ nervösen Ursprungs, ein hysterisches. „Die Mehrzahl der Hysterischen, welche Oedem aufweisen, haben eine rothe Gesichtsfarbe als Zeichen eines plethorischen Temperaments, das sie zu allerhand Stauungen in den Gefässen und zu vasomotorischen Störungen geneigt macht, wie Hämoptoe, Hämatemesis, Blutschwitzen, übermässige Schweiss- und Speichelabsonderung etc.“ Dementsprechend legt er auf Störungen der Sensibilität, namentlich auf die Anwesenheit anästhetischer Zonen, differentiell-diagnostisch besonders Gewicht.

Als „Gelegenheitsursachen“ für die Entstehung dieses nervösen Oedems führt Warde auf Grund einzelner Beobachtungen Rheumatismus, Vergiftung mit CO, Aufregungen, Erkältungen und Traumen an. Das nervöse, „hysterische“ Moment scheint ihm mithin in einzelnen Fällen bei der Genese des Oedems doch allein nicht ausreichend gewesen zu sein.

Dementsprechend zieht auch Lourier (11) die Grenzen für die Aetiologie dieses Oedems schon weiter. „Ueberhaupt hat man das neuropathische Oedem angetroffen im Gefolge von allen bekannten Leiden des Cerebrospinalsystems, in Folge von Neurosen und endlich in Fällen, wo der Kranke kein Symptom einer nervösen Erkrankung zeigte; aber mag das Oedem bei der einen oder der anderen dieser Affectionen vorkommen, die Art seines Auftretens und seine klinischen Erscheinungen sind fast constant.“ „Daraus muss man also schliessen, sagen Matthieu und Weil (12), dass immer derselbe physiologische Mechanismus ausgelöst wird trotz der Verschiedenheit seines Zustandekommens in dem einen oder anderen Falle.“

Abgesehen davon, dass es sich hier, wie gesagt, überhaupt nicht um ein „Oedem“ im gebräuchlichen Sinne des Wortes handelt, können also organische oder functionelle Störungen des Nervensystems für die Aetiologie des Leidens nicht immer verantwortlich gemacht werden, wenn dasselbe sich in gleicher Weise auch bei Leuten entwickelt, die in Bezug auf dasselbe als völlig intact zu bezeichnen sind. Höchstens die Annahme einer Trophoneurose konnte bei der Entstehung dieses Infiltrats in Frage kommen.

„Dagegen ist die Arthritis, sagt Potain (13), wirklich

eine prädisponirende Ursache für diese Oedeme. Die Mehrzahl der mit nervösen Oedemen Behafteten sind Arthritiker, Rheumatiker, oft aus gichtkranken Familien Stammende.“ Geht Potain auch vielleicht zu weit, wenn er „die Mehrzahl der Kranken“ als Arthritiker bezeichnet, so ist mir ebenfalls, wie ich bereits bemerkte, die relativ häufige Coincidenz zwischen solchen Gelenkaffectionen und den Hautinfiltrationen auffällig gewesen.

In der französischen Literatur sind als schmerzhaft „rheumatische“ Oedeme und „Pseudophlegmonen“ Infiltrate der Haut beschrieben, die zweifellos zum Theil hierher gehören (Hamilton (14), Kirmisson (15), Guyon, Davaine (16) und Comby (17) etc.). Warde führt 2 Fälle an, in denen eine Verwechslung mit phlegmonösen Processen stattfand und eine Incision gemacht wurde. Etwas eigenartig klingt die deshalb ausgesprochene Warnung: „Beim Vorhandensein einer Schwellung von einer gewissen Ausdehnung, die schmerzhaft und hyperästhetisch ist, muss man also vorsichtig sein und abwarten, bis Fieber und Fluctuation ganz augenfällig sind (absolument evidents!) (18).“ Ich sah z. B. eine Patientin, bei welcher das Infiltrat am stark gebrauchten rechten Unterarm ganz besonders schmerzhaft war; da hier gleichzeitig die Haut leichtes Erythem zeigte, so war an einen mehr chronisch verlaufenden erysipelatösen Process gedacht worden. Die Anwesenheit der gleichen Infiltrate an den unteren Extremitäten und an dem anderen Arm gab über die Natur des Leidens sofort Auskunft.

Ein Punkt verdient besondere Erwähnung, die wechselnde Intensität der Schmerzen. Warde geht über diesen Punkt kurz hinweg, obwohl in den Krankengeschichten der Schmerzhaftigkeit des „hysterischen Oedems“ wiederholt ganz ausdrücklich gedacht wird. „Der Schmerz ist unbeständig, sagt er an einer Stelle, er ist bisweilen lancinirend, bisweilen fehlt er.“ (19).

In der That gibt es Kranke, bei denen die Druckempfindlichkeit des Infiltrats so gut wie fehlt. In solchen Fällen meiner Beobachtung war dasselbe allerdings kein bedeutendes; aber in anderen von gleicher Intensität war diese Druckempfindlichkeit doch eine bereits ausgesprochene. In Bezug auf die Schmerzen spielt ein nervöses Moment entschieden eine Rolle;

möglich dass einfach die wechselnde Empfindlichkeit der Individuen hier massgebend ist.

Im allgemeinen steht die Stärke der Beschwerden im Verhältniss zur Intensität des Processes, d. h. zur Spannung der Haut. Da die letztere auf Grund eines noch nicht durchsichtigen Moments zweifellos einem Wechsel unterliegt, gelegentlich zunimmt, dann sich wieder verringert, so erklären sich die Re- und Intermissionen, sowie die Exacerbation der Schmerzen. Die letzteren machen sich bei der langsamen und schleichenden Entwicklung des Processes ganz allmählig bemerkbar. Trägt man der Aetiologie dann nicht Rechnung, so werden diese Beschwerden, für welche die Untersuchung scheinbar keine Erklärung gibt, bei den weiblichen Individuen in das grosse Capitel der Hysterie gerechnet; eine gewisse Corpulenz verleiht dem Individuum vielleicht sogar ein besonders gutes und „gesundes“ Aussehen. Eine von Fabre beobachtete Kranke wurde dieses ihres guten Aussehens wegen „beglückwünscht“ zu Zeiten, als sie über ein „schmerzhaftes Angeschwollensein“ („bouffissure douloureuse“) klagte (20). „Manche fette Frauen sind wandelnde Beispiele von Adiposis dolorosa“, sagt White ganz treffend.

Bei der Erklärung des Zustandekommens der Hautinfiltrate sind wir ja vorläufig nur auf Vermuthungen angewiesen. Die Untersuchung des von uns excidirten Gewebsstückes, welches bis zur Musculatur reichte, hat einen ausreichenden Befund nicht ergeben. Die Fettschicht hatte eine Dicke von 5—6 Cm., war nicht ödematös, vielmehr derber und fester, wie normal; bei der mikroskopischen Untersuchung erschienen die Fettzellen, wie bisweilen beim Lipom, sehr gross. Entweder handelt es sich um eine besonders starke Infiltration der Gewebszellen mit gewöhnlichem Fett, oder das Fett ist qualitativ verändert, so dass sein physikalisches Verhalten in den Zellen ein anderes geworden ist. Es ist vielleicht nicht zufällig, dass die Kranken meiner Beobachtung wohl sämmtlich einen grösseren oder geringeren Grad von Anämie zeigten, welche vielleicht auf das chemische Verhalten des Fettes nicht ohne Einfluss gewesen ist. Auch an primär vasomotorische Störungen und an eine Einwirkung derselben namentlich auf den Wassergehalt des Fettes kann natürlich gedacht werden. Die Thatsache, dass zuerst circumscrip an

einer Stelle die Veränderung im Fettgewebe sich vollzieht, spricht für locale Vorgänge in den Fettzellen, und der Umstand, dass die Unterschenkel wohl ausnahmsweise zuerst ergriffen werden, lässt daran denken, dass statische Momente, die ja nur die Circulation beeinflussen können, auch eine gewisse Rolle spielen.

Ausnahmslos handelt es sich um Individuen mit allgemeiner Obesitas von verschiedener Intensität oder wenigstens mit einer Anlage zur solchen, bei denen das schmerzhaft infiltrirte der Haut beobachtet wird. Der Name „Adiposis dolorosa“, welcher von Dercum stammt, kann deshalb wohl acceptirt werden, weil er die beiden charakteristischen Symptome des Leidens zum Ausdruck bringt. Die Charcot'sche Bezeichnung „Oedème blanc et bleu“ ist eine wissenschaftlich anfechtbare, da der festgelegte Begriff des Oedems auf die hier vorliegenden pathologischen Vorgänge in der Haut nicht anwendbar ist. Da Infiltrate leichteren Grades auch ohne Schmerzen bestehen können, da weiter gleiche Infiltrate Schmerzen von verschiedener Intensität bei verschiedenen Individuen bedingen, so ist zur Erklärung dieser Thatsache die Heranziehung eines nervösen Moments nicht zu umgehen. In ätiologischer Beziehung ist aber zu berücksichtigen, dass auch ganz gesunde Individuen, welche sonst nicht die geringste functionelle Störung des Nervensystems bieten, von dem Leiden befallen werden. Mithin ist auch die Bezeichnung des Leidens als eines „hysterischen“ unzweckmässig. Der Name „Adiposis dolorosa“ trägt einer weiteren Thatsache Rechnung, welche den französischen Autoren in der Nomenclatur Schwierigkeiten bereitet. Die allgemeine Obesitas kann bei den Kranken bisweilen eine excessive sein; in solchen Fällen von intensiver Obesitas mit straffer infiltrirter Haut ist selbst für die französischen Autoren der Ausdruck „Oedème“ nicht anwendbar; sie bezeichneten deshalb in logischer Consequenz ihrer Anschauungen solche Fälle als „Oedème neuropathique éléphantiasique“ — eine ebenfalls unzweckmässige Bezeichnung.

Mit diesen Formen beschäftigt sich Lourier in seiner Thèse. „Bei Hysterischen sagt er, kann das Oedem den befallenen Gliedern das Aussehen von Elephantiasis geben; aber

dieses Oedem hat, wie alle hysterischen Erscheinungen, eine vorübergehende Dauer; jedoch gibt es unter ihnen auch länger dauernde: diese allein werden zu wirklich elephantiasischen (21).“ Die hier aufzuwerfende Frage würde lauten, wann ist bei Kranken mit starr infiltrirter Haut die Fettanhäufung eine derartige, dass sie nicht mehr zur gewöhnlichen, therapeutisch durch die bekannten Massnahmen zu beeinflussenden Obesitas, sondern zu den elephantiasischen Bildungen zu rechnen ist?

Gemäss den Anschauungen der französischen Schule wird diese elephantiasische Form der Obesitas als neuropathische und als Folgezustand des „Oedems“ gleicher Aetiologie aufgeführt. „Die seröse Infiltration, sagt Potain (22), legt den Grund und reizt zur Fett- und Fettzellenanhäufung.“ Da aber dem „hysterischen Oedem“ eine seröse Infiltration überhaupt nicht zu Grunde liegt, so ist dieser Potain'sche Gedanke hinfällig, ganz abgesehen davon, dass er auch keine Erklärung gibt und unser Wissen nicht weiter fördert.

Dass die gewöhnliche Adipositas in circumscripiter und diffuser Weise elephantiasische Formen annehmen kann, ist eine anerkannte Thatsache. (Esmarch (23), Küster (24) etc.) Ebenso ist der directe Zusammenhang von elephantiasischer Fettbildung mit Verletzungen und Functionsstörungen der Nerven bekannt, wie es weiter dem Psychiater geläufig ist, dass gelegentlich Leute mit geistigen Schwächezuständen oder mit gewissen Psychosen einen enormen Fettansatz zeigen. Zweifellos handelt es sich bei der White'schen Patientin um eine derartige Combination. Hier ein charakteristisches Krankheitsbild zu construiren und mit Dercum-White eine Abhängigkeit aller Erscheinungen von einer Erkrankung der Thyreoidea annehmen zu wollen, dürfte unstatthaft sein, zumal wir heute die Folgezustände einer quantitativ veränderten Secretion der genannten Drüse überblicken. Auch eine qualitative Veränderung des Secrets dürfte bei der Erklärung dieser Verhältnisse nicht in Frage kommen. Ich kenne wenigstens eine Patientin mit universeller elephantiasischer Adipositas fast gleichen Grades, wie ihn die White'sche Patientin bot, bei der die Fettmassen ebenfalls hochgradig empfindlich sind, welche aber im Uebrigen geistig völlig intact ist, nicht

einmal für hysterisch gelten kann und keine der von Dercum-White angeführten trophischen Störungen zeigt. Mag man an unbekannte Intoxicationen, die den Stoffwechsel beeinflussen, vielleicht auch denken, jedenfalls ist die Schilddrüse hier ohne Einfluss.

Bei der Erklärung der Genese dieser elephantiasischen Formen von Obesitas kommen etwa die gleichen Gesichtspunkte in Betracht, wie bei der Genese der symmetrischen Lipome. Bekanntlich hatte Madelung (25) s. Z. bei der Aetiologie der symmetrischen Halslipome zuerst auch an eine Erkrankung der Schilddrüse gedacht, später den Gedanken an einen derartigen Zusammenhang wieder fallen lassen. Für die Entstehung der symmetrischen Lipome ist eine Abhängigkeit derselben von Störungen des Nervensystems wohl unabweisbar. Nach einer Contusion der Wirbelsäule traten in der Beobachtung von Buchterkirch und Bunke (26) multiple symmetrische Lipome am Rücken und am Bauch auf. Madelung sah nach einer Contusion des Armes Lipome in demselben sich entwickeln etc. Man wird mit Koettnitz (27) u. A. die Lipome, wenigstens die symmetrischen, als Ausdruck einer Trophoneurose ansehen müssen. Und die Annahme einer Trophoneurose ist wohl ebenfalls unabweisbar, wenn die allgemeine Obesitas elephantiasische Formen annimmt.

Eigenartig ist nun die Erscheinung, dass bei diesen elephantiasischen Formen gelegentlich die Fettmassen überaus empfindlich werden, so dass der Druck auf dieselben die lebhaftesten Schmerzensäusserungen hervorruft. Die Empfindlichkeit kann eine so hochgradige werden, dass schon der Druck der Kleidung etc. genügt, die Kranken zu irritiren.

Unwillkürlich lassen solche Fälle, in denen das elephantiasische Fettgewebe eine derartige excessive Druckempfindlichkeit zeigt, an die schmerzhaften Lipome denken, deren Genese ja auch heute noch nicht geklärt ist. Bekanntlich will Alsberg (28) in ihnen Nerven nachgewiesen haben. Wie wichtig es ist, die Casuistik hier mit Kritik zu betrachten, zeigt die Beobachtung von Achard und Laubry (29), in der nach einem Trauma — dessen Bedeutung für die Entstehung von Lipomen die oben erwähnten Beobachtungen von

Buchterkirch, Madelung, sowie solche von Israel (30) und Baumgärtner (31), darthun, — und zwar nach einer Contusion der Hüfte circumscribte Fettknoten, also Lipome an den Extremitäten auftraten, neben einer diffusen Fettablagerung am Abdomen. Die Fettmassen waren schmerzhaft und deshalb rechnen die genannten Autoren den Fall zur „Adiposis dolorosa“ im Dercum'schen Sinne, sprechen hier von einem wohlcharakterisirten (!) Krankheitsbilde und recapituliren die oben angeführten Dercum-White'schen Ansichten; schliesslich fügen sie jedoch hinzu, dass die Thyreoidin-Behandlung erfolglos gewesen sei. Auch diese Beobachtung zeigt, wie die Dercum-White'schen Ansichten nur geeignet sind, Verwirrung zu stiften.

Wie die Lipome bald indolent, bald schmerzhaft sind, so geht auch nicht immer die elephantiasische Obesitas mit Schmerzen, wenigstens solchen von grösserer Intensität einher. Ist diese Form der Obesitas auch als Ausdruck einer Trophoneurose aufzufassen, so muss doch ein weiterer nervöser Factor dafür verantwortlich gemacht werden, dass die Fettmassen gelegentlich empfindlich und selbst excessiv schmerzhaft werden.

Das einfache Infiltrat der Haut verschont, wie oben bemerkt, Hände, Füsse, Gesicht, und kommt in der Taille, sowie an Stellen, welche dem Druck des Strumpfbandes, höher hinauf reichender und fest anliegender Stiefel etc. ausgesetzt sind, nicht oder in viel geringerem Grade zur Entwicklung. Der Einfluss des Druckes ist hier nicht zu verkennen. Bei der elephantiasischen Form sind die Verhältnisse andere, da hier diese Druckwirkung den hypertrophischen Vorgängen im Fettgewebe gegenüber sich als nicht ausreichend erweist. Dass bei stärkerer Fettentwicklung Hände und Füsse erst später am Fettansatz theilnehmen und dass sie bei den corpulenten Individuen somit abnorm klein erscheinen können, ist eine bekannte Thatsache. Auch bei den Knie- und Ellbogen-Gelenken setzen die stärkeren und mit der Haut straffer verbundenen Bänder und Fascien dem Fettansatz einen gewissen Widerstand entgegen. Die anatomischen Verhältnisse sind hier also massgebend und sie machen sich bei der elephantiasischen Adipositas besonders deutlich bemerkbar. Die unförmlichen Cylinder,

welche die Unterschenkel bilden, setzen sich manchettenartig über den Malleolen ab. Lourier vergleicht das Aussehen eines solchen Beines mit dem der weiten, aber den Knöchel eng umspannenden „Zuavenhose“. Ein ähnliches Bild bieten die unförmlichen Unterarme mit den kleinen Händen.

Fälle, in denen die elephantiasische Obesitas nur eine, namentlich untere Extremität befällt (S. bei Lourier Fall 2, 5 etc.), bedürfen einer sehr sorgfältigen, auch durch die Section controlirten Kritik; hier können locale, in der Tiefe sich abspielende und nur durch die Section festzustellende Vorgänge, die den Abschluss der Lymphe langsam erschweren, ebenso gut eine Rolle spielen, wie unbekannte nervöse Einflüsse.

Auch der Anwesenheit wirklicher Oedeme an den unteren Extremitäten, namentlich am Fussrücken, neben der elephantiasischen Adipositas thut Lourier ausdrücklich Erwähnung. Es ist leicht verständlich, dass schliesslich die Fettmassen einen den Abfluss des Blutes und der Lymphe erschwerenden Einfluss auszuüben vermögen. Auch die Herzkraft mag bei solchen Individuen mit starker allgemeiner Adipositas gelegentlich gewisse Defecte zeigen.

Sind stärker ausgebildete Fälle von Adiposis dolorosa im ganzen selten, so kommen leichtere Infiltrate in der Praxis viel häufiger zur Entwicklung, als man nach dem Schweigen in der Literatur glauben möchte. Die Schmerzen bei dem Gebrauch der Extremität werden meist als „rheumatische“ oder „neuralgische“ gedeutet, oder sie werden in die Gelenke verlegt, da sie sich besonders bei Bewegungen bemerkbar machen. Jene Schmerzen, welche die Infiltrate der Haut des Nackens verursachen und welche namentlich bei Bewegungen des Kopfes auftreten, werden in die Musculatur, in die Nerven oder in die Halswirbelsäule verlegt. Die Schmerzhaftigkeit der Brüste ist in manchen Fällen besonders lästig. Ich erwähnte oben bereits eine Patientin, bei der das intensive und empfindliche Infiltrat an den Armen, die stark gebraucht wurden, als ein eigenartig entzündliches gedeutet wurde; das gleiche Infiltrat an den unteren Extremitäten blieb unberücksichtigt, weil es keine derartig starken Beschwerden verursachte. Die Bauchhaut kann endlich den Sitz von Schmerzen bilden, welche

spontan auftreten, resp. durch den Druck der Kleidungsstücke ausgelöst werden, sich aber namentlich bei der Defaecation bemerkbar machen und dieselbe erschweren. Auch hier ist die richtige Diagnose bedeutungsvoll.¹⁾ In schwereren Fällen kann die Bewegungsfähigkeit der Kranken erheblich leiden.

Für die beim Infiltrat der Haut einzuschlagende Therapie erschien gleich in den ersten Fällen die Thatsache bestimmend, dass dasselbe an den unteren Extremitäten die Stellen verschonte, welche einem Drucke ausgesetzt sind. Dementsprechend wurde auf kräftige Massage das Hauptgewicht gelegt. Leider verursacht dieselbe in ausgesprochenen Fällen in der ersten Zeit sehr heftige, selbst unerträgliche Schmerzen, denen sich die Stärke des Druckes anzupassen hat. Allmählig verringern sich dann die Beschwerden bei der Massage. Warme Bäder scheinen den Erfolg der letzteren zu befördern. Die Schilddrüsenpräparate erwiesen sich, wie bereits bemerkt, als ebenso nutzlos wie das Oophorin, welches bei Frauen im Klimakterium vielfach versucht wurde. Selbstverständlich wurde im speciellen auf die Allgemeinbehandlung der Anämie und Arthritis Gewicht gelegt.

„Die Prognose, sagt Warde (32), ist beim „hysterischen Oedem“ (d. h. beim einfachen Infiltrat) günstig, wenn man die Natur des Leidens erkannt hat.“ Lourier empfiehlt neben der

¹⁾ Anmerkung bei der Correctur: Hugo Singer, Budapest, beschreibt kürzlich (Orvosok Lapja, 1901, Nr. 12) eine „interessante Bauch-erkrankung bei Frauen“. Da mir das Original nicht zur Verfügung steht, gebe ich das Referat aus der D. Aerzte-Zeitung (Ref. S. Hönig, Budapest).

„Verf. beschreibt zwei seltene Fälle von Panniculitis, deren Krankheitsbild oft mit Hysterie oder sonstigen nervösen und anderen Erkrankungen verwechselt wird. Das Wesen der Krankheit besteht darin, dass die Bauchwände straff werden, ihre Elasticität verlieren, als ob sie aus Wachs wären; am charakteristischsten ist aber, dass bei Faltung der Bauchwand zwischen zwei Fingern die Frauen über immense Schmerzen klagen. Die Behandlung besteht in Massage und Etirement; anfangs ist die Behandlung zwar sehr schmerzhaft, doch stufenweise weicht der Schmerz und im Verlaufe von 3 bis 4 Wochen ist vollkommene Schmerzlosigkeit erreichbar.“

In diesen Fällen bestand das gleiche Infiltrat sicher an den unteren, wahrscheinlich auch an den oberen Extremitäten, die Beschwerden von Seiten des Abdomens traten aber in den Vordergrund.

Massage die Compression mittelst Wattebandagen, sowie die innere Darreichung von Strychnin; von der letzteren sah ich jedoch keinen Erfolg.

Die Behandlung ist stets eine langwierige; auf jeden Fall, bemerkt Louriér (33) richtig, „muss dieselbe mit Ausdauer fortgesetzt werden, denn man hat beobachtet, dass die Besserung eine anhaltende nur war, bei einer langdauernden, unablässig sorgfältigen Behandlung“. Sind die Infiltrate durch die mechanische Behandlung beseitigt, so bleibt eine Neigung zu Recidiven noch lange Zeit bestehen, eine Thatsache, auf welche die Kranken aufmerksam zu machen sind.

Bei der elephantiasischen Form bewirkt die Massage und die Compression mittelst Binden natürlich nur Besserung, „das Leiden ist sozusagen unheilbar“ (Louriér). Allein die chirurgische Behandlung kann hier in geeigneten Fällen Hilfe bringen.

Ich habe die Aufmerksamkeit auf das eigenartige und in seinen leichteren Formen nicht seltene Leiden lenken wollen, welches in der deutschen Literatur bisher so wenig Beachtung gefunden hat. Es hat für den Arzt Werth, den, wenn ätiologisch vorläufig auch unklaren Process zu kennen, damit er die Beschwerden der Kranken richtig deutet und dementsprechend behandelt.

Literatur.

1. Intern. Journ. of Medical. Scienc. 1892. p. 521. — 2. W. Hale White: A case of Adiposis dolorosa. Brit. Med. Journ. 1899. Vol. II. pag. 1533 u. 1769. — 3. Medic. News Febr. 26th. 1898. — 4. Philadelph. Med. Journ. Oct. 6th. 1898. — 5. Opera universa Lugd. Batav. 1726 pag. 391, cit. v. Warde s. 6. — 6. Warde, E. L'oedème hystérique, Thèse de Paris, 1897. — 7. Warde, l. c. pag. 11. — 8. Progrès Méd. 11. Oct. 1890. — 9. l. c. pag. 38 u. 39. — 10. Warde, l. c. pag. 38. — 11. Lourier, A. Etude sur l'oedème névropathique éléphantiasique. Thèse de Paris 1897. — 12. Arch. méd. 1885. Lourier l. c. pag. 12. — 13. Potain, Cliniques de la charité. c. bei Lourier, pag. 18. — 14. Lourier, l. c. pag. 15. — 15. Progrès méd. 1876. — 16. Thèse de Paris 1879. — 17. Progrès méd. 1880. — 18. Warde, l. c. pag. 46. — 19. L. c. pag. 41. — 20. Warde, l. c. pag. 39. — 21. Lourier, l. c. pag. 10. — 22. Lourier, pag. 16. — 23. Esmarch-Kuhlenkampff: Die elephantiastischen Formen, Hamburg, 1885. Pag. 20. — 24. Küster, Berl. kl. Woch. 1884. — 25. Madelung: Ueber den Fetthals (diffuses Lipom des Halses). Archiv f. kl. Chirurgie. 37. Band, 1888. — 26. Berlin, kl. Wochenschrift. 1887. pag. 634. — 27. Koettnitz: Ueber symmetrisches Auftreten von Lipomen, Deutsch. Zeitschrift. für Chirurgie, 38. Band. 1894. pag. 75. — 28. Alsberg: Ueber Neurolipome. Diss. Berlin, 1892. — 29. Achard und Laubry: Adipose douloureuse. Gaz. hebdom. de méd. et chir. 1900. Nr. 37. — 30. Tagebl. der 59. Versammlung deutscher Naturforscher etc. Berlin. pag. 150. — 31. Tagebl. pag. 150. — 32. Warde, l. c. pag. 64. — 33. Lourier, l. c. pag. 45.
-