

Beitrag zur Kasuistik der Kombination von Hysterie mit organischer Herzklappenerkrankung.

Von Hans Gah.

Mitgeteilt von Friedrich Jamin.

Aus der medizinischen Klinik der Universität Erlangen.

Besteht auf Grund psychopathischer Veranlagung bei einem Kranken eine gewisse Lockerung in den normalerweise straff geregelten Beziehungen zwischen körperlichen und seelischen Vorgängen, so wird mit dem Auftreten von organischen krankhaften Störungen ein ungewöhnliches Mißverhältnis zwischen diesen und den dadurch hervorgerufenen psychischen Reaktionserscheinungen sich entwickeln können. Handelt es sich dabei vorwiegend um krankhaft gesteigerte und qualitativ verschobene, das Vorstellungsleben der Kranken in hohem Grade beeinflussende Gemütsreaktionen, so sind wir gewohnt, die daraus resultierenden Störungen als hysterische zu bezeichnen. Bei manchen Nervenkrankheiten — multiple Sklerose, Syringomyelie, Hirntumoren etc. — können diese psychogenen Störungen so sehr in den Vordergrund treten, daß sie das organische Leiden zuweilen im Beginn ganz verkennen lassen. Bei Krankheiten der inneren Organe wie bei Herzkrankheiten, die zudem noch durch direkte Beeinträchtigung der Gehirnfunktion, durch Ernährungsstörung etc. die psychische Widerstandsfähigkeit beeinflussen, wird das Krankheitsbild durch derartige seelische Begleiterscheinungen unter Umständen in bedeutsamer Weise verzerrt, so daß nur durch sorgfältige Beobachtung insbesondere des psychischen Verhaltens und Berücksichtigung der genauestens aufgenommenen Vorgeschichte die für die Prognose und den Heilplan wünschenswerte Klarheit gewonnen werden kann.

In dieser Hinsicht bietet folgender, im Jahre 1902 in der medizinischen Klinik beobachtete Fall besonderes Interesse:

Die 21jährige, kräftig gebaute, gut ernährte und blühend aussehende Margareta M. war schon im Jahre 1900 ein Vierteljahr an Gelenkrheumatismus krank gelegen. Ende März 1902 erkrankte sie wieder mit Schmerzen und Schwellungen an den Knie- und Fußgelenken, mit Fieber, Herzklopfen und Kurzatmigkeit. Bei der Aufnahme in die Klinik waren noch Bewegungsstörungen und Schmerzhaftigkeit in den Knie-, Fuß- und Nackengelenken nachzuweisen. Es bestand Fieber (38,6), leichte Albuminurie, Vergrößerung des Herzens besonders nach links, hebender, verstärkter, nach links verlagerter Herzspitzenstoß, systolisches Geräusch an der Mitrals, diastolisches Geräusch über dem oberen Teil des Sternums, voller, hoher, regelmäßiger, hüpfender Puls. Kurz, es ließ der Befund das Bestehen einer akuten rheumatischen Polyarthrits und eines durch Endokarditis entstandenen Herzklappenfehlers erkennen. In der Folgezeit entwickelte sich noch deutlicher eine Kombination von Insuffizienz und Stenose der Mitralklappen mit Insuffizienz der Aortenklappen.

Die Schmerzen und sonstigen Erscheinungen von seiten der Gelenke verschwanden rasch unter Salizylbehandlung. Das Befinden besserte sich zusehends, da trat zum erstenmal Mitte April 1902 nach kurzdauernder Übelkeit und Brustbeklemmung ein Anfall von Bewußtlosigkeit mit leichten klonischen Krämpfen in den Händen auf, der aber nach wenigen Minuten wieder verging. Danach zeigten sich, abgesehen von Kopfschmerzen, Erbrechen, Nackenschmerzen, keine weiteren Störungen mehr bis Mitte August. Die Kranke versuchte auch wieder zu arbeiten, bis sie daran die Beschwerden von seiten des Herzens hinderten und sie nötigten, die Klinik wieder aufzusuchen. Bei der Wiederaufnahme war der Befund an den Gelenken ein normaler, der Herzbefund nicht wesentlich verändert, das Allgemeinbefinden ein gutes. Von seiten des Nervensystems waren keinerlei Störungen nachzuweisen. Am 13. August 1902 stellte sich plötzlich ohne nachweisbare Ursache wieder Atemnot und Angstgefühl bei Bettruhe ein, und wenige Minuten später lag die Kranke mit geschlossenen Augen anscheinend bewußtlos da. Die Atmung war oberflächlich und beschleunigt, es bestand weder Lufthunger noch auffallende Cyanose. Der kräftige Puls war nicht über 84 Schläge in der Minute beschleunigt. Arme und Beine waren schlaff, die Reflexe durchwegs erhalten. Die lose geschlossenen Hände machten zuweilen ruckweise kleine Bewegungen. Nach einer Stunde erholte sich die Kranke wieder zu vollem Bewußtsein, atmete jedoch — bei völlig normalem Lungenbefund — noch etwas frequent. Nunmehr ließ sich durch Verbalsuggestion und Druck auf die rechte Unterbauchgegend ein gleicher Anfall wie der vorangehende auslösen und ebenso schnell nach wenigen Minuten durch Zuspruch und Aufsetzen der Kranken wieder beseitigen. Ähnliche Anfälle traten später noch öfters auf. Im September 1902 wurden die Anfälle noch heftiger mit strampelnden Bewegungen in den Beinen, Nackensteifigkeit und Kreisbogenbildung. Stets waren im Anfall die Lider geschlossen; beim Versuch, sie zu öffnen,

die Bulbi zunächst nach oben gedreht. Die Pupillen waren eng, reagierten aber auf Lichteinfall. Nach dem Anfall bestanden noch längere Zeit Kopfschmerzen, allgemeine Mattigkeit, Schlaflosigkeit. Ferner bestand vollkommene Amnesie für alle Vorgänge während der Anfälle, die jederzeit suggestiv unterbrochen, aber auch ausgelöst werden konnten. Gefühlsstörungen und sonstige hysterische Stigmata waren nicht nachzuweisen. Die Kranke war sehr lenksam, gleichmütig zufriedener Stimmung, jeder Suggestion, auch der hypnotischen, sehr zugänglich, zeigte jedoch gesteigerte gemütliche Erregbarkeit und reagierte auf jede psychische Reizung mit Respirations- und Pulsbeschleunigung sowie heftigem Schweißausbruch. Zuweilen, aber nicht immer, traten auch die Anfälle nachweisbar infolge von psychischer Erregung auf. Später wurden die Anfälle unter der Behandlung (Hydro- und Psychotherapie) immer seltener, blieben nach der Entlassung aus der Klinik im Oktober 1902 in der Heimat lange Zeit ganz aus und zeigten sich erst gelegentlich neuer leichter Kompensationsstörungen im Frühjahr 1904 vorübergehend und in abgeschwächter Form wieder.

Die Vorgeschichte dieses Falles zeigt nun, daß schon lange vor Beginn der exogenen Gelenk- und Herzerkrankung die psychopathische Veranlagung gleichsam latent vorhanden war, wenn auch in keiner Hinsicht erbliche Belastung nachzuweisen ist. (Eltern und Geschwister gesund, keine Anhaltspunkte für Neurosen und Psychosen in der Aszendenz.) Die Kranke lebte in durchaus günstigen Lebensverhältnissen, hat gute Volksschulbildung genossen und hat auch in der Schule gut gelernt. Nur das Rechnen ist ihr etwas schwer gefallen. Schon in der Schule war sie ängstlich, sie war leicht aufgeregt, und es ging ihr lange nach, wenn sie vom Lehrer geschlagen wurde. Im Alter von 8 Jahren hat sie durch Fall über eine Treppe ein Trauma erlitten, bei welchem sie bewußtlos wurde, doch blieben davon keinerlei körperliche oder geistige Rückstände nach. Schon vorher soll es ihr nach den Erzählungen der Mutter oft passiert sein, daß sie eine halbe Stunde lang ganz „weg“ war, wenn sie über ein Hindernis im Wege stolperte, wonach sie immer erst allmählich wieder zu sich kam. Vom 18. Lebensjahr an (Eintritt der stets unregelmäßig auftretenden Menses) hatte sie öfters Anfälle von Schwindel mit Schwarzwerden vor den Augen, die plötzlich auftraten, ca. eine Viertelstunde dauerten, plötzlich wieder aufhörten, aber von etwa zweistündigen Kopfschmerzen gefolgt waren. Diese Anfälle traten etwa alle 2—3 Wochen auf, waren nicht von Enuresis oder Enkoprose begleitet, doch spürte die Kranke nach den Anfällen stärkere Müdigkeit und konnte eine Zeit lang nicht recht gehen. Außerdem litt sie schon seit der Kindheit an anfallsweise eintretenden heftigen Schweißausbrüchen an Händen, Füßen und in den Achselhöhlen. Mit den Schweiß, die ca. eine Stunde lang dauerten, war oft gesteigerte allgemeine Erregbarkeit verbunden. Diese Schweiß traten auch im Winter bei großer Kälte auf, ohne daß Anstrengung oder Aufregung vorangegangen wäre. Die Hände wurden dabei kalt und bedeckten sich rasch mit Schweißperlen. Pavor nocturnus wurde

nicht beobachtet. Für irgendwelche chronische Intoxikation bestehen keinerlei Anhaltspunkte.

Kurz zusammengefaßt, handelte es sich hier um ein von Haus aus „nervöses“, leicht seelisch erregbares und zu Anfällen von Schwindel und Bewußtseinstrübung neigendes, blühendes Mädchen, bei dem nach wiederholter Erkrankung an Polyarthritits und Endokarditis, die einen schweren Herzklappenfehler zurückließen, meist zugleich mit dem Auftreten leichter Kompensationsstörungen typische hysterische Anfälle sich einstellten. Angesichts eines solchen Anfalls wäre man geneigt gewesen, den Zustand der Kranken, besonders in Rücksicht auf ihr Herzleiden, für einen höchst bedrohlichen zu halten, hätte nicht die Ruhe und Gleichmäßigkeit des Pulses, die Eigenartigkeit der Atmungsstörung und insbesondere die leicht zu demonstrierende suggestible Beeinflußbarkeit der Bewußtseinsstörung bei genauer Beobachtung gezeigt, daß nur eine verhältnismäßig ungefährliche psychogene Störung in Betracht kommen konnte. Der Erfolg der Behandlung und der Krankheitsverlauf in den nächsten Jahren hat diese Annahme bestätigt.

Ähnliche Fälle sind u. a. von Giraudeau (*Hystérie et affections cardiaques. Semaine médicale* 15. 1895) und von H. Curschmann (*Hysterische Tachypnoe bei organischen Herzkrankungen. Münchn. med. Wochenschrift* 1903, Nr. 7, S. 284.) beobachtet worden.

Die ausführliche Krankengeschichte und Epikrise des im vorstehenden besprochenen Falles findet sich in der Inauguraldissertation gleichen Titels, Erlangen 1906.

ZOBODAT - www.zobodat.at

Zoologisch-Botanische Datenbank/Zoological-Botanical Database

Digitale Literatur/Digital Literature

Zeitschrift/Journal: [Sitzungsberichte der Physikalisch-Medizinischen Sozietät zu Erlangen](#)

Jahr/Year: 1905

Band/Volume: [37](#)

Autor(en)/Author(s): Gah Hans

Artikel/Article: [Beitrag zur Kasuistik der Kombination von Hysterie mit organischer Herzklappenerkrankung. 466-469](#)