Zur Kenntnis des Männer- und Kriegs-Basedow.

Von Max Marcuse in Berlin.

Infolge der Polymorphie seiner Symptome und, im Zusammenhange damit, der Problematik seiner Aetiologie und Genese gehört der Morbus Basedow zu den wissenschaftlich interessantesten Erscheinungen der Pathologie. Der Leichtigkeit der Diagnose in ausgesprochenen Fällen steht eine ungemein schwierige Erkennbarkeit der „formes frustes“ gegenüber, die zu desto größeren berechtigten Zweifeln über die Natur des Leidens Anlaß geben, je weniger deutlich oder vollständig die sogenannte Basedow-Trias vorhanden ist. Denn als charakteristisches Zeichen für die Krankheit gelten unbestritten Struma, Exophthalmus und Tachykardie, von denen Kropf und Glotzaugen als Basedow-Symptome, weil die sinnfälligsten, auch Laien einigermaßen bekannt sind, während gerade die — konstante — Tachykardie das bedeutsamste und unter Umständen entscheidende der pathognostischen Zeichen zu sein scheint. Immerhin gilt die Trias-Kombination als im allgemeinen so festgefügt, daß die Diagnose auf Morbus Basedow trotz des gänzlichen Fehlens eines der drei charakteristischen Merkmale stets ganz besonderer Begründung bedarf und selbst diese nur in einer Minderzahl der Fälle Meinungsverschiedenheiten wird auszuschließen vermögen. Zu den Eigenartigkeiten des Leidens gehört auch, daß es ganz erheblich das weibliche Geschlecht bevorzugt, wobei es noch bislang zweifelhaft geblieben ist, inwieweit dafür soziale und inwieweit sexualkonstitutionelle Ursachen bestimmend sind. Für die Wirksamkeit jener beim Basedow überhaupt spricht der Umstand, daß nach Grotjahn¹⁾ die Krankheit sich in der städtischen Bevölkerung bedeutend häufiger zu finden scheint als in der ländlichen und daß Wolf Becher²⁾ Grund zu haben glaubte, vom „Berliner Hals“ zu sprechen, womit er jenen Typus des latenten Basedow meinte, der innerhalb der großstädtischen Bevölkerung sich so häufig bei den Mädchen der unteren Schichten findet, auf dem platten Lande aber so gut wie garnicht vorkommt.

Selbstverständlich ist damit nicht die auffallende Seltenheit des Männer-Basedow erklärt. Fahndet man nach Ursachen dafür in den unterschiedlichen sozialen Lebensbedingungen der Geschlechter, so könnte man an die von H. L. Eisenstadt³⁾ vertretene Auffassung der zölibatären Lebensführung als von ursächlicher Bedeutung für die Entstehung des Basedow denken, wenn sie auch mit seiner großen Verbreitung gerade unter der weiblichen Großstadtbevölkerung der unteren Kreise nicht gut harmoniert; auch steht sie mit Eisenstadts⁴⁾ eigener Ansicht über die Sozialpathologie der Juden in Widerspruch im Hinblick auf die merkwürdigen Beobachtungen von Lagneau⁵⁾ und von Bordier⁶⁾, daß Kropf bei Jüdinnen höchst selten vorkommt, und auf die im Jahre 1880 von der Medizinischen Gesellschaft zu Metz ausgesprochene Preisfrage: „Warum sind Jüdinnen frei von Kropf?“ Allerdings ist „Kropf“, selbst in Verbindung mit den Erscheinungen von „Kropfherz“, wie namentlich Kraus⁷⁾ gezeigt hat, nicht etwa gleich Basedow zu setzen, und es würde gegenüber den erwähnten Tatsachen zwar als sehr seltsam, aber nicht als ausgeschlossen erscheinen müssen, daß die Basedowsche Krankheit, wie vielfach — nach Fischberg⁸⁾ — aber ohne Berechtigung — angenommen wird, Juden häufiger befällt als Nichtjuden. Ist diese Ansicht aber zutreffend, so würde zu prüfen sein, inwieweit für diese Erscheinung rassische, ethnische oder soziale Ursachen bestimmend sind. Scheint auch mir Eisenstadts Auffassung von der ursächlichen Bedeutung der sexuellen Abstinenz für den Basedow namentlich beim weiblichen Geschlecht noch nicht im entferntesten hinreichend begründet und seine im Anschluß an drei Fälle eigener Beobachtung nach dieser Richtung hin dargelegten Argumentationen durchaus nicht überzeugend zu sein, so ist es bei Löwenfeld⁹⁾ aber doch wohl mehr Gefühl als Erkenntnis, wenn er meint, daß auf die Eisenstadtsche Ansicht einzugehen, sich überhaupt „nicht verlohnt“. Bei der nahen Beziehung zwischen Sexualleben, Nervenleiden, innerer Sekretion usw. ist nicht einzusehen, weshalb dauernde oder langwierige geschlechtliche Enthaltung des reifen weiblichen Organismus Schädigungen im Sinne Basedowscher Erkrankung grundsätzlich nicht sollte zur Folge haben

können. Ist doch der ursächliche oder doch provozierende Einfluß von Schwangerschaft, Puerperium und Laktation und der ganzen Reihe der physiologischen, weiblichen Sexualbetätigungen unbestritten; warum also erscheint Löwenfeld der Gedanke an eine ähnlich schädigende Wirkung der unphysiologischen Nichtbetätigung so absurd?¹⁾ Sind wir doch auch nach Sellheim²⁾ berechtigt, auf Grund allgemeiner physiologischer Gesetze anzunehmen, „daß eine so tief in die übrigen Lebensfunktionen einschneidende Anlage“ (nämlich die sexuelle und generative) „zu Störungen führen muß, gleichviel, ob man sie überanstrengt oder ob man ihr Vorhandensein ignoriert“. Und schon an anderer Stelle³⁾ habe ich Löwenfeld gegenüber darauf hingewiesen, daß ich in den letzten Jahren verschiedene — inzwischen wieder um einige vermehrte — Beobachtungen gemacht habe, die mir für diese Fälle „die ursächliche Bedeutung der Abstinenz für — vielleicht nicht (richtigen) Basedow, aber für — Strumen mit Störungen der Herz- und Gefäßfunktion sicherzustellen scheinen“. Das sechs- bis zehnfach häufigere Vorkommen des Basedow beim weiblichen Geschlecht ist um so auffälliger, als doch nachgewiesenermaßen körperliche und geistige Ueberanstrengungen nicht selten das Leiden verschulden, mindestens auslösen, im Hinblick darauf also weit eher eine größere Verbreitung der Krankheit unter den Männern zu erwarten wäre. Jedenfalls spricht alles in allem mehr für die Wirksamkeit geschlechtig-konstitutioneller als sozialer Ursachen, und in diesem Sinne äußern sich auch die meisten Autoren, die der besonderen Frage nach den Gründen der so verschiedenen Häufigkeit des Leidens beim männlichen und beim weiblichen Geschlecht nachgegangen sind, wobei der Mehrzahl von ihnen die nahen Beziehungen zwischen Schilddrüse und weiblichem Genitale als maßgebend erscheinen. Denn bei aller Problematik des Wesens der Erkrankung ist die zuerst von Möbius⁴⁾ vertretene thyreogene Theorie nach wie vor — wenigstens für die große Mehrzahl der Fälle — die einleuchtendste und diejenige, die am meisten Zustimmung gefunden hat, wenn sie auch noch manchen Rest läßt und keineswegs alle Schwierigkeiten behebt, obwohl die ursprüngliche Vorstellung eines „Hyperthyreoidismus“ durch Eulenburg⁵⁾ in die Annahme eines „Parathyreoidismus“ modifiziert worden ist, zu der freilich nach Oswalds⁶⁾ neueren Untersuchungen eine Berechtigung doch wieder nicht vorzuliegen scheint.

Auf den Zusammenhang zwischen dem weiblichen Geschlechtsapparat und der Schilddrüse als die Ursache des überwiegenden Vorkommens von Basedow unter den Frauen wiesen u. a. Pic und Bonnamour⁷⁾ mit folgenden Bemerkungen hin: „Man muß an antagonistische Beziehungen zwischen Ovarium und Thyreoidea denken, wie solche von Gomez, Oceana, Hertoghe, Blandel, Dupré und Pagniez, Parhon und Goldstein, Cecca, Hofmeister, Hallien u. a. studiert sind. Bei Veränderungen oder Funktionsabnahmen des Ovariums wird das Gleichgewicht gestört sein, und es entstehen verschiedene Krankheitserscheinungen, welche die Basedowsymptome darstellen. Die häufigen Funktionsstörungen bei Frauen genügen, um die Häufigkeit des Frauen-Basedow zu erklären. Ähnliche Störungen der Genitalorgane scheinen bei Männern nicht vorzukommen, und in den Fällen von Männer-Basedow scheint die Integrität der Testes außer Zweifel zu sein.“ Mit dieser Vermutung steht die Annahme von Chvostek⁸⁾ in Übereinstimmung, daß die Beziehungen von Keimdrüse und Schilddrüse bei den beiden Geschlechtern verschieden sind. Diese Zusammenhänge könnten nun durch die Beobachtungen von Mendel und Tobias⁹⁾ noch eine besondere Beleuchtung erfahren; denn diese haben unter den basedowkranken Männern einen hohen Prozentsatz solcher gefunden, bei denen die Schilddrüse nicht vergrößert war. Sie haben unter 40 männlichen Fällen von sonst typischem Basedow sechsmal eine Struma vermißt und finden das selbst „im Vergleich zum Frauen-Basedow auffallend häufig“. Und wo Struma vorhanden war, fanden sie ihn vielfach nur wenig ausgesprochen. Erwägt man nun weiter, daß ihre Beobachtung auch einen wesentlichen Unterschied bezüglich der Sexualfunktionen zwischen Frauen- und Männer-Basedow insofern ergeben hat, als bei ihrem Männermaterial im allgemeinen keine wesentliche Abweichung von der Norm, auf keinen Fall eine Steigerung der Libido oder der Potenz nachweisbar war, eine Beobachtung, die dem Urteil von Porges¹⁰⁾ entspricht, während die basedowkranke Frau häufig sinnlich und erotisch veranlagt ist, so muß man bedauern, daß Mendel und Tobias nicht näher auf die Beziehungen zwischen

¹⁾ Soziale Pathologie, Berlin 1912. — ²⁾ Zit. von Grotjahn a. a. O. — ³⁾ Zschr. f. Bek. d. Geschlechtskrankh. 13. — ⁴⁾ Soz. Med. u. Hyg. 1910. — ⁵⁾ Bull. de l'Acad. de médecine, Paris 1891. — ⁶⁾ Zit. von Fischberg (s. Anm. 5 f. Spalte). — ⁷⁾ W. kl. W. 1899 Nr. 15. — ⁸⁾ Die Rassenmerkmale der Juden, München 1913. — ⁹⁾ Sexualleben u. Nervenleiden, Wiesbaden 1914.

¹⁾ Vgl. Max Marcuse, Die Gefahren der sex. Abstinenz für die Gesundheit, Leipzig 1910, u. Nachträgliche Bemerkungen hierzu, Zschr. f. Bek. d. Geschlechtskrankh. 13; ferner: Waldschmidt, Die Unterdrückung der Fortpflanzungsfähigkeit usw., Stuttgart 1913. — ²⁾ Das Geheimnis vom Ewig-Weiblichen, Stuttgart 1911. — ³⁾ Arch. f. Frauenk. I. 3 S. 476. — ⁴⁾ Die Basedowsche Krankheit, in „Nothnagel“, Wien 1898. — ⁵⁾ Nervenkrankheiten und Ehe, in „Senator — v. Noorden — Kammer“, 2. Aufl. Leipzig 1916. — ⁶⁾ B. kl. W. 1915 Nr. 17. — ⁷⁾ Revue de médecine 1911 Nr. 6. — ⁸⁾ Zschr. f. angew. Anat. u. Konstitutionslehre 1913 Nr. 27 u. 74. — ⁹⁾ Neurol. Zbl. 1913 Nr. 23. — ¹⁰⁾ Erkrankungen der endokrinen Drüsen, in „Senator — v. Noorden — Kammer“ a. a. O.

dem Schilddrüsen- und dem Sexualbefund in den Einzelfällen eingegangen sind. Obwohl daher aus ihren Mitteilungen z. B. nicht zu ersehen ist, ob es mit Struma behaftete oder strumalose Patienten waren, bei denen „ein spätes Auftreten und weiterhin eine nur geringe Entwicklung der geschlechtlichen Neigungen“ oder „Fehlen des Orgasmus beim Geschlechtsverkehr“ festzustellen war, scheinen mir ihre Befunde dennoch ein wertvoller Beitrag für die gegenseitige Abhängigkeit der Schilddrüse und des Genitale zu sein und die Ueberlegung nahezulegen, ob nicht beim Männer-Basedow die Thyreogenese überhaupt eine geringere Rolle spielt. Mendel und Tobias selbst legen freilich dem Fehlen einer nachweislichen Schilddrüsenvergrößerung in 15% ihrer Fälle offenbar eine erhebliche Bedeutung nicht bei, sondern erklären diese Beobachtung damit, daß bei der Frau die Schilddrüse schon in normalem Zustande umfangreicher ist als beim Manne und die Frau viel eher zur Kropfbildung neigt, auch unter physiologischen Verhältnissen zur Zeit der einzelnen Phasen ihres Sexuallebens, — daß daher beim Manne eine Schilddrüsenvergrößerung nicht so deutlich erkennbar zu sein braucht wie beim „strumophilen“ weiblichen Geschlecht. Ich habe Zweifel, ob diese Deutung dem Befunde gerecht wird, wenn auch — worauf namentlich Chvostek hinweist — in der Tat schon die in den Grenzen der Norm lebhafte Frau überhaupt Anklänge an die Krankheit aufweist, und bin um so mehr geneigt, wenigstens für einen Teil der Fälle der Schilddrüse die Bedeutung als Ausgangsherd des Basedow beim Manne abzuerkennen, als ich nun bereits in drei derartigen Fällen, bei denen nicht die Spur einer Struma nachzuweisen war, — wie ich annehmen möchte: statt ihrer — eine Vergrößerung der Prostata fand.

Meine Ansichten über die physiologische und pathologische Bedeutung der Vorstehdrüse habe ich erst kürzlich an anderer Stelle¹⁾ dargelegt; ich brauche hier nur zu wiederholen, daß ich sie für eine endokrine Drüse halte und zu dem Sexualdrüsenapparat rechne. Es ergibt sich daraus, daß ich nahe Beziehungen der Prostata auch zu der Thyreoidea für gegeben erachte, und auch wenn meine Beobachtungen und Schlüsse zutreffend sind, würde aus ihnen selbst für diese Fälle noch nichts gegen die Thyreogenese des Leidens bewiesen sein oder doch wenigstens nichts gegen die Beteiligung der Schilddrüse an dem Ursachenkomplex, da es nicht festgestellt ist, ob nicht noch im weiteren Verlauf der Krankheit die Thyreoidea sich verändert, und in den Wechselwirkungen zwischen ihr und dem Genitalapparat zweifellos bald jener, bald diesem die primäre Bedeutung zukommt. Die hier noch vorhandenen Unsicherheiten haben auch die Mitteilungen über die Erfahrungen beeinflusst, die im Kriege mit dem Morbus Basedow bisher gemacht wurden und von dem her manche Aufklärungen über das Wesen des Männer-Basedow erwartet werden durften, der bislang überhaupt nur unzulängliche Beachtung gefunden hat und vor Mendel und Tobias nur in der französischen Literatur ausdrücklich gewürdigt worden war. Daß — wie schon beiläufig erwähnt wurde — Aufregungen, Schreck, Strapazen u. dgl. als Gelegenheitsursachen für die Basedowsche Krankheit wirksam sind, ist allgemeine Erfahrung, und nach Puzin²⁾ u. a. spielen überdies beim männlichen Geschlecht körperliche Ueberanstrengungen — wie auch geistige — eine noch größere Rolle in der Aetiologie des Basedow als bei der Frau. Zangger³⁾ erinnert an das Auftreten des Leidens im Anschluß an katastrophale Ereignisse, um daraus auf die ursächliche Bedeutung auch der analogen Kriegsgeschehnisse zu schließen, und Buschan⁴⁾ nennt unter den „längere Zeit einwirkenden Gemütsbewegungen“, die die Basedowsche Krankheit hervorrufen können, ausdrücklich auch „Aufregungen zur Kriegszeit“. Unter allen diesen Umständen ist es nicht verwunderlich, daß in der Tat der Basedow im Felde oft zur Beobachtung kommt, daß aber doch andererseits die verschiedenen Beobachter über die Häufigkeit der Erkrankung draußen voneinander sehr abweichende Eindrücke haben. Während z. B. Mendel⁵⁾ schon frühzeitig das häufige Vorkommen des Basedow im Felde auffiel und ebenso Ehret⁶⁾ die verhältnismäßig große Verbreitung thyreotoxischer Herzaffektionen betont, fand Romberg⁷⁾ solche Herzstörungen überraschend selten, ebenso wie Schott⁷⁾ ausgesprochenem, im Felde entstandenen Basedow nur selten begegnete.

Diese Gegensätzlichkeit der Meinungen dürfte sowohl durch die nach der Größe der Anstrengungen und Erregungen sehr verschiedenartigen Phasen und Lokalisationen des Kriegsdienstes wie auch durch die diagnostische Mehrdeutigkeit eines nicht unerheblichen Teiles der Fälle bedingt sein. Ich selbst bin nun in der Lage, über drei Fälle von im Felde entstandenem oder doch im Anschluß an den Felddienst in Erscheinung getretenem Basedow zu berichten, die mir in mehrfacher Hinsicht Interesse zu verdienen scheinen. Zunächst ist wohl die Bereicherung der Kasuistik des Männer-Basedows angesichts der Vernachlässigung, die dessen Erforschung bisher erfahren hat, an und für sich nicht ohne Wert. Zweitens handelt

es sich bei ihnen, wie ich beiläufig bereits erwähnt habe, um die strumalose Form, wogegen sich als bisher meines Wissens noch nicht beobachtetes Symptom eine vergrößerte Prostata vorfand. Drittens sind sie als Beitrag zu der Kasuistik des besonderen Kriegs-Basedow namentlich im Hinblick auf die Aetiologie beachtenswert. Und schließlich weisen sie auf differentialdiagnostische Fragen hin.

Fall 1. Leutnant d. R., ledig, 25 Jahre alt, von erheblich älterem Aussehen, was dem Patienten wohl bewußt und für ihn sehr wertvoll ist, da es ihm die erfolgreiche Ausübung seines bürgerlichen Berufes wesentlich erleichtert: er ist Sekretär und Agitator einer politischen Partei. Patient war nach zwölfmonatigem Felddienst unter den Erscheinungen einer „nervösen Erschöpfung“ erkrankt, die sich namentlich in Angstanfällen, Schweißausbrüchen, Herzklopfen äußerte; er befand sich bereits seit einigen Wochen wegen „Neurasthenie“ in militärärztlicher Behandlung und betrieb zurzeit seine Ueberweisung in ein Sanatorium. Mir war er zur Begutachtung zugewiesen worden, weil sich neuerdings ein „Blasenkatarrh“ eingestellt habe; Patient litt nämlich seit acht bis zehn Tagen an häufigem Harndrang, und sein Urin war trübe.

Vater gesund, Mutter an Herzleiden gestorben; Patient ist das einzige Kind seiner Eltern, ist immer etwas „anfällig“, aber nie ernstlich krank gewesen, hat insbesondere nicht eine Geschlechtskrankheit durchgemacht, trinkt wenig und raucht garnicht. Seit seinem 20. Jahre leidet er an übermäßiger Erregbarkeit, häufigen Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit und Stimmungsschwankungen; fühlte sich aber während der beruflichen Arbeit stets sehr wohl — desto wohler, je intensiver er zu arbeiten hatte, und ist seit einigen Jahren ein wirkungsvoller, namentlich durch die Sicherheit seines Auftretens imponierender Redner in öffentlichen Versammlungen. Sein Geschlechtsleben verlief ohne Besonderheiten: mit 15 Jahren erstmalige Masturbation, mit 17 Jahren erste Pollution, seit dem 22. Jahre Geschlechtsverkehr in mäßigen Grenzen; seine Libido bezeichnet er als „wohl normal“, seine Potenz als „gut imstand“. Im Felde hat Patient ein ganzes Jahr völlig abstinent gelebt, ohne den Sexualverkehr im geringsten zu entbehren. Nach seiner Rückkehr in die Heimat überkam ihn aber zeitweise eine ungemein starke Libido, jedoch trat bei mehrmals gemachten Versuchen einer Kohabitation eine Erektion nicht oder kaum ein, dagegen jedesmal Ejakulation aus dem schlaffen Gliede unter heftigsten Erregungen; „Befriedigung“ erfolgte nicht.

1,64 m groß, kräftig, frisch aussehend, zum Teil infolge Angioneurose des Gesichtes. Beiderseits Exophthalmus mit Gräfeschem Symptom; er ist so offenkundig und erheblich, daß die Angabe des Patienten, er sei bisher von den Aerzten noch nicht bemerkt oder wenigstens nicht beachtet worden, kaum etwas anderes bedeuten kann, als daß diese Erscheinung ganz akut und erst allerjüngst aufgetreten ist. Ausgesprochener Dermographismus. Von einer Vergrößerung der Schilddrüse nichts nachweisbar. Puls in der Ruhe 100—120, nach mäßiger Bewegung 130—150; ab und zu Neigung zur Intermission. Gefäßwand der Radialis sehr weich. Herzbefund ohne Besonderheiten. Hochgradiges Zittern der gespreizten Finger. Handflächen werden während der Untersuchung ganz feucht, aus den Achselhöhlen tropft der Schweiß. Genitalien normal. Prostata mäßig stark vergrößert, von glatter Oberfläche, hart, ungeheuer druckempfindlich: Patient droht zu kollabieren und zittert noch minutenlang nach der Palpation am ganzen Körper. Am Orificium externum erscheint ein glasig-schleimiger Tropfen, der unter dem Mikroskop das Bild völlig undifferenzierbarer amorpher Substanz ergibt. Urin enthält reichlich Phosphate.

Fall 2. Leutnant d. R., ledig, 28 Jahre alt, Bankbeamter, hatte im Felde — als Führer einer M.-G.-K. — plötzlich Angstzustände bekommen, fühlte sich — ohne jeden äußeren Anlaß — der Verantwortung nicht mehr gewachsen und erbat Ablösung, bis zu deren Vorschgehen er in heftigster Aufregung und Furcht, es könnte etwas passieren und das Eingreifen seiner Leute notwendig werden, verharrte. Nach erfolgter Ablösung brach er zusammen, „weinte wie ein Kind“, hatte „rasendes Herzklopfen bis zum Halse“ und Todesgefühle. Im Lazarett wegen „Neurasthenie“ behandelt; angeblich wegen „etwas vorstehender Augen“ auf „Basedow“ untersucht, aber nur für „nervös“ befunden.

Vater Diabetiker, Mutter im Wochenbett gestorben. Schwester „hysterisch“, zwei Brüder „sehr aufgeregt“. Patient selbst als Kind Veitstanz. Früh onaniert, aber erst sehr spät Geschlechtsverkehr. Wegen allgemeiner Körperschwäche früher militärfrei, bei Kriegsausbruch als Freiwilliger eingetreten. Klagt jetzt über Herzklopfen, namentlich nachts, Erregungszustände ohne äußeren Grund, Verlust jeden Selbstvertrauens, häufige Durchfälle, schmerzhaftes morgendliche Erektionen ohne Spur von Libido. Seit Kriegsbeginn abstinent. Starke Gewichtsabnahme.

Mittelgroß, hager, sehr bleich, mädchenhafter Gesichtsausdruck, bartlos. Geringer Exophthalmus, links stärker als rechts. Gräfesches Zeichen. Struma nicht palpabel. Mariesches Zittern. Puls 120 in der Ruhe. Leises systolisches Geräusch an der Herzspitze; sonstiger Herzbefund ohne Besonderheiten. Starkes Nonnensausen. Penis, Skrotum, Testes klein; geringer Grad von Hypospadie. Prostata sehr vergrößert,

¹⁾ Neurol. Zbl. 15. VII. 1916. — ²⁾ Contribution à l'étude . . . du goître exophtalmique chez l'homme. Thèse de Paris 1910. —

³⁾ Schweiz. Korr. Bl. 1915 Nr. 6. — ⁴⁾ Zit. bei Paul Cohn, Gemütsstörungen als Krankheitsursachen, Berlin, o. J. — ⁵⁾ Neurol. Zbl. 1915 Nr. 1. — ⁶⁾ M. m. W. 1915 Nr. 20. — ⁷⁾ M. m. W. 1915 Nr. 20.

überlaufen von Varizen, weich, aber nicht schlaff, nicht sehr druckempfindlich; kein Sekret. Urin ohne Besonderheit.

Fall 3. Vizefeldwebel d. R., Ingenieur, 23 Jahre alt, ledig, war nach achtmonatigem Felddienst verschüttet worden; einige Tage danach halbseitiger Kopfschmerz, Augenflimmern, Halluzinationen sämtlicher Sinne. Dann aber rasch erholt. Zurzeit garnisonverwendungsfähig, klagt über gelegentliche Anfälle von Kurzatmigkeit, „Angstschweißen“, schwerem Harnlassen; glaubt aus letzterem Grunde eine Striktur als Folge eines früheren Trippers zu haben.

Vater an Herzleiden gestorben, Mutter zurzeit im Klimakterium, „sehr melancholisch“, hat einen Kropf. Ein Bruder hat in jungen Jahren durch Selbstmord geendet, der aber „Grund“ hatte. Patient selbst nie krank gewesen, auch nicht nervös. Entwicklung usw. ohne Besonderheit. Nur kurz vor dem Krieg eine Gonorrhoe.

Mittelgroß, kräftig, frische Gesichtsfarbe; auffallend geschlängelte Temporalis. Keine Struma, kein Exophthalmus, aber Gräfesches und Stellwagsches Symptom. Herzdämpfung eine Spur nach links verbreitert, Töne dumpf und klappend, aber rein. Puls 100, nach Bewegung bis 160; Wand der Radialis sehr hart. Urin I mit Fäden und Flocken; Ek + Ep + Ba —; Urin II ohne Besonderheit. Penis normal. Rechtseitiger Kryptorchismus. Prostata vergrößert, steinhart; kein Sekret. Sondierung der Urethra ergibt normalen Befund; Striktur nicht wahrnehmbar. Während der ganzen Untersuchung hochgradig erregt; sonst ohne jede Sprachstörung, stottert Patient vor Aufregung; Gesichtszuckungen und wiederholtes Erblassen und noch stärkeres Erröten; Dyspnoe. Zittern des Oberkörpers, das aber sofort nachläßt, sobald Patient etwas ruhiger wird. Druckempfindlichkeit des Trigeminus I, namentlich rechts.

Das symptomatologisch Gemeinsame und Auffällige an diesen Fällen ist also, wie schon wiederholt hervorgehoben worden ist, das Fehlen der Struma und das Vorhandensein eines Prostatatumors, und ich habe bereits die Frage aufgeworfen, ob dieser gewissermaßen ein Ersatz für die Schwellung der Thyreoidea darstellt. Ich halte, wie erwähnt, einen solchen Zusammenhang für nicht unwahrscheinlich und würde für diesen Fall an einen dem Thyreoidismus analogen Prostatismus denken. Von einem solchen haben schon [andere Autoren gesprochen, die in ihm eine Störung der (hypothetischen) Innensekretion der Vorsteherdrüse sahen, bei der die Volumenzunahme eine untergeordnete Rolle spielt, sodaß Guyon¹⁾ sogar von einem „Prostatismus sans prostate“ sprechen konnte. In den vorliegenden Fällen ist nun freilich eine ausgesprochene — aber dem Gedanken an einen „Prostatismus“ nicht im entferntesten entgegenstehende — Vergrößerung der Prostata vorhanden, bei zweimal sehr harter, einmal weicher Konsistenz; die Ähnlichkeit der palpatorischen Beschaffenheit dieser Prostatatumoren mit den für die Mehrzahl der Basedowschen Krankheit charakteristischen Thyreoideageschwülsten kann kaum bezweifelt werden; jedenfalls scheint mir Grund genug vorhanden, nach der angedeuteten Richtung hin weiter zu beobachten und zu untersuchen. Sehr wohl könnten nach den bereits erwähnten Vorstellungen, die ich von dem Wesen und der Funktion der Vorsteherdrüse habe, die urosexuellen Anomalien, die sich in allen drei Fällen, auf verschiedene Art zwar, zeigten und die Ursache dafür waren, daß die Patienten mich zurate zogen, mit dem bei ihnen erhobenen Prostatabefund zusammenhängen. Auch mag im Hinblick auf die langwierige Abstinenz aller drei Patienten daran erinnert sein, daß nach Frisch²⁾ „unter den verschiedenen ätiologischen Momenten für die Hypertrophie der Prostata erwähnt wird, daß auch geschlechtliche Enthaltensamkeit dazu führen kann“.

Die übrigen Symptome in den vorliegenden Fällen bieten Besonderheiten kaum; im Beginn herrschten, wie gewöhnlich, Angst- und Erregungszustände vor; nur bei dem dritten — im Anschluß an ein Trauma — erkrankten Patienten sind die Initialsymptome schwerer, aber wohl nicht ohne weiteres basedowider Natur. Erwähnt zu werden verdient aber die bei eben diesem Patienten beobachtete Härte der Radialis (bei dumpfen und klappenden Herztönen und geringer Dilatation oder Hypertrophie des Herzens). Denn auch Mendel und Tobias fanden unter ihren 40 Basedow-Männern neun mit deutlich rigider Speichenschlagaderwand, von denen nur einer sich in einem für solchen Befund nicht auffälligen Alter befand, während die übrigen acht Fälle Patienten zwischen 21 und 42 Jahren betrafen; die Autoren legen auf diesen von anderer Seite noch nicht vermerkten Befund besonderen Wert, lassen aber die Frage nach der Bedeutung dieser frühzeitigen Arteriosklerose in 20% der Fälle für die Krankheit und innerhalb ihres Symptomenkomplexes offen. Die Bedeutung erblicher Belastung für den Basedow ist bekannt und im Zusammenhange damit auch die Bevorzugung entarteter Konstitutionen durch das Leiden. Namentlich nach Chvostek spielt die degenerative Anlage eine wesentliche Rolle, und er deutet auch

die bei Basedowkranken überaus häufige Vergrößerung des Thymus und des gesamten lymphatischen Apparates — nicht als Symptom, Begleiterscheinung oder Folge des Basedow, sondern als Ausdruck der ihm zugrundeliegenden abnormen Konstitution, während Hart¹⁾ im Gegensatz zu dem gewöhnlichen thyreogenen ausdrücklich einen rein thymogenen Basedow anerkennt und daneben von thyreo-thymogenen Mischformen spricht. Chvostek betont ferner das häufige Vorhandensein erblicher Konstitutionsanomalien, wie Diabetes, Gicht, Chlorose, Asthma, nervöser Erkrankungen usw., in der Aszendenz und Verwandtschaft und die oft zu beobachtende abnorme Entwicklung der Patienten selbst. In Uebereinstimmung damit sind zwei von meinen drei Patienten familiär belastete und mit körperlichen Degenerationszeichen behaftete Individuen. Nur bei dem ersten Patienten scheinen derartige Momente nicht wirksam gewesen zu sein, wenn auch der Tod der Mutter infolge „Herzleidens“, die Alleinkindschaft des Patienten und seine stete „Anfälligkeit“ als Kind solche Bedenken dennoch auftauchen lassen. Dagegen stellen bei dem zweiten Patienten der Diabetes des Vaters, die „Hysterie“ der Schwester, die „Aufgeregtheit“ zweier Brüder, der frühere „Veitstanz“ und die zeitige Onanie des Patienten selbst sowie sein mädchenhaftes Aussehen, seine Bartlosigkeit, die Kleinheit der Genitalien und die Hypospadie eine Fülle von Hinweisen auf seine degenerative Veranlagung dar; bei dem dritten Patienten sind die „Melancholie“ der Mutter, ihr Kropf, der Selbstmord des Bruders und sein eigener Kryptorchismus in gleichem Sinne zu verwerten. Eine akute Ursache für die Erkrankung scheint nur in dem letztgenannten Falle vorzuliegen, während in den beiden anderen die chronischen physischen und psychischen Anstrengungen den Ausbruch des Leidens verschuldet zu haben scheinen.

Den Sammelberichten von Karl Birnbaum²⁾ entnehme ich, daß Oppenheim Morbus Basedow bei einem Offizier im Anschluß an ungeheuerliche Strapazen, Entbehrungen und Erregungen auftreten sah, daß nach Dännehl die „Thyreotoxie“ sowohl infolge Ueberanstrengung, namentlich durch infantile Märsche, wie infolge von Infektionskrankheiten, wie schließlich nach psychischen Erregungen sich im Dienste verschlimmern kann, daß Kahane die Provokation des latenten Hyperthyreoidismus durch die Kriegsnoxen betont, daß Richter zwei Fälle von ganz akutem Basedow im Anschluß an heftige psychische Erregungen im Kriege bei durchaus nicht nervösen und nicht belasteten Offizieren beobachtete. Gegenüber der von Rothacker³⁾, der ebensolche akuten Basedowfälle bei Feldzugsteilnehmern nach großen seelischen Aufregungen auftreten und nach Versetzen in die Ruhelage wieder restlos zurückgehen sah, vertretenen Auffassung, daß mit derartigen Beobachtungen die neurogene Basis vieler Basedowkrankungen erwiesen sei, betont Birnbaum mit Recht, daß mit dieser Feststellung die thyreogene Theorie durchaus noch nicht widerlegt sei. Krehl⁴⁾ und Rohde⁵⁾ kommen auf Grund der Kriegserfahrungen am Basedow zu der Auffassung, daß die Kriegsnoxen auch die den Körperhaushalt und Stoffwechsel regulierenden innersekretorischen Drüsen zu schädigen vermögen — eine Auffassung, die mir z. B. auch im Hinblick auf die Erfahrungen am Climacterium virile (E. Burchard⁶⁾, Max Marcuse⁷⁾ zutreffend erscheint.

Schließlich bedarf noch die Diagnose in den vorliegenden Fällen einer kurzen Erörterung, weil sie vor mir in keinem von ihnen auf Basedow gestellt, in einem Falle, wenn die Angaben des zweiten Patienten richtig sind, sogar ausdrücklich abgelehnt worden war; aber nachträglich wurde in die sem wie in dem ersten Falle meine Diagnose angenommen oder jedenfalls unwidersprochen gelassen, während ich in dem dritten Falle mit meiner Auffassung nicht durchdrang. Die meiner Diagnose entgegengesetzte lautete auf „einfache traumatische Neurose“. Ich habe nicht die Absicht, hier differentialdiagnostische Ausführungen zu machen; ich hatte bereits erwähnt, worauf die häufigen diagnostischen Unstimmigkeiten beim Basedow zwischen verschiedenen Beobachtern beruhen, und will an dieser Stelle nur hervorheben, daß Oppenheim⁸⁾ die Symptome des Thyreoidismus für die traumatische Neurasthenie in Anspruch nimmt. Andererseits hat ja die große Ähnlichkeit des Basedow mit Psychoneurosen überhaupt die noch jetzt vielfach übliche Rubrizierung des Leidens unter die „Nervenkrankheiten“ und die Aufstellung der „neurogenen“ Theorie zur Folge gehabt. Insbesondere ist für jeden Beobachter die vielfache Uebereinstimmung des Basedow mit derjenigen Form der Neurasthenie auffallend, die Freud⁹⁾ von ihr als Angstneurose abgesondert wissen will, sodaß es nach Stekel¹⁰⁾ „fast den Anschein“ hat, als wäre der Basedow „nur eine Steigerung der Angstneurose“. Wenn nun auch alle drei Patienten mich nur je ein- bis zweimal kurz hintereinander konsultierten, ich also einen Ueberblick über den Verlauf, der möglicherweise eine etwa noch vermiste Sicherheit der Diagnose zu bringen imstande gewesen wäre, nicht habe gewinnen können, dürften dennoch Meinungsverschiedenheiten über sie

¹⁾ Sjehe bei Max Marcuse, M. Kl. 1912 Nr. 45.

²⁾ Die Krankheiten der Prostata, Nothnagel 19 H. 2.

³⁾ M. Kl. 1915 Nr. 14. — ⁴⁾ Zschr. f. d. ges. Neurol. H. 11, 12 u. 13. — ⁵⁾ M. m. W. 1916 Nr. 3. — ⁶⁾ Vöf. Milit. Sanitätsw. 1915 Nr. 64. — ⁷⁾ Zschr. f. d. ges. Neurol. 1915 H. 5. — ⁸⁾ Zschr. f. Sexualw. I H. 10. — ⁹⁾ a. a. O. — ¹⁰⁾ Zit. von Birnbaum, a. a. O. — ¹¹⁾ Neurol. Zbl. 1895. — ¹²⁾ Nervöse Angstzustände und ihre Behandlung. Berlin-Wien 1912.

nur auf eigenen Terminologien und „hyperspezialistischen“ Differenzierungen beruhen, da mir ein Zweifel darüber nicht gut möglich zu sein scheint, daß es sich in allen drei Fällen um Krankheitsbilder handelt, die in ihren wesentlichen Teilen und Kombinationen durchaus den allgemein als Morbus Basedow bezeichneten und gekannten (freilich noch nicht genügend erkannten) entsprechen — unbeschadet ihrer besonderen Eigenart und Bedeutung, die mich zu ihrer Veröffentlichung und Würdigung veranlaßten.