Aus der ärztlichen Praxis.

Ein Fall von Hysteria virilis.

Von Dr. Karl Uibeleisen, Bad Thalkirchen-München.

Seitdem Charcot und seine Schüler uns überzeugend nachgewiesen haben, dass die Hysterie keine dem weiblichen Geschlechte spezifische Krankheit darstellt, sondern in ca. 1—2 % der Fälle auch beim Manne vorkommt, sind Fälle von Hysteria virilis in der Litteratur häufig beschrieben und zum Gegenstande eingehender Erörterungen gemacht worden. Klarheit über das Wesen dieser Erkrankung zu gewinnen, ist bei dem Fehlen größerer anatomischer Veränderungen im Nervensystem bis jetzt nicht gelungen, und nur die Aetiologie giebt uns für die Erklärung der Mehrzahl der hysterischen Erkrankungen annehmbare Aufschlüsse, indem wir psychische Vorgänge (Schreck, Furcht), sexuelle Erkrankungen, Traumen, gewerbliche Intoxicationen und die hereditäre Prädisposition in unzweifelhaften Zusammenhang mit dieser Krankheit bringen können.

Wenn die strenge Individualisirung des einzelnen Krankheitsfalles zum nothwendigen Gebot geworden ist, so gilt dies besonders für die Hysterie. Es genügt bei dieser Erkrankung nicht, den Patienten in Beziehung auf seinen körperlichen Zustand, seine Organe etc. zu exploriren; wir müssen uns bemühen, den Charakter, die Ideen, den ganzen Lebensgang, die Erziehungsweise, die Thaten und Handlungen des Patienten zu studiren, um uns dadurch die richtige Vorstellung von seinem Leiden machen zu können. Um einer Erkenntniss der Natur des Leidens näher zu kommen, bietet uns nicht nur die Beobachtung möglichst vieler Fälle das geeignete Mittel, sondern auch die Mittheilung und Beschreibung der Krankheitsfälle trägt wesentlich dazu bei, uns ein gleichartiges Bild der in ihren Einzelheiten so mannigfaltig gestalteten Krankheit verschaffen zu können.

Im Nachstehenden erlaube ich mir einen in meiner Anstalt in der letzten Zeit beobachteten Fall von „Hysteria virilis“ zu veröffentlichen, der in seinem ganzen Verlauf besondere Eigenthümlichkeiten aufweist, so dass ich in der mir zur Verfügung stehenden Litteratur ein Analogon nicht finden konnte.

B., 32 Jahre alter Gutsverwalter aus W., ging Mitte Juni dieses Jahres meiner Anstalt zur Behandlung zu, wegen Verlust der Sprache und heftiger Schmerzen in der Magengrube. Ich nahm zunächst folgende Anamnese auf:

Patient ist das einzige Kind gesunder und stets gesund gewesener Eltern, lebte bis zu seiner Einberufung zum Militär im Jahre 1886 stets auf dem Lande und hat mit Ausnahme der Masern eine Krankheit nie durchgemacht. Mit einem Frauenzimmer will Patient nie sexuell verkehrt haben. Er war stets mässiger Biertrinker und Raucher. Nach Ablauf der Militärzeit übernahm er eine Gutsverwalterstelle und konnte seinem Beruf, wie aus den Zeugnissen hervorgeht, zur vollsten Zufriedenheit vorstehen. Im August des vergangenen Jahres, als Patient, wie täglich nach beendeten Tagewerken, sich ein Glas Bier zum Abendbrote bringen liess, erregte ihm der Anblick dieses Getränkes, ohne dass Patient hierfür einen Grund anzugeben weiss, plötzlich Ekel. Er stellte das Bier zur Seite und verzehrte sein Mahl mit Appetit, verspürte aber, was vorher nie der Fall gewesen, Schwere, Völle und Stechen im Magen. Patient ging sechs Wochen lang seinem Beruf weiter nach, hatte aber, mit Ausnahme von Wasser und Milch, einen unüberwindlichen Widerwillen gegen alle anderen Getränke. Nach dieser Zeit trank Patient zu seinem zweiten Frühstück, das aus kaltem Fleisch bestand, ungefähr $\frac{1}{4}$ Liter frischen Wassers, wobei er fast augenblicklich einen so heftigen Schmerz im Magen verspürte, dass er nicht mehr fähig war zu gehen und zu Bett getragen werden musste; gleichzeitig trat Verlust des Sprachvermögens ein. Die Schmerzen dauerten, trotz Verabreichung verschiedener Narcotica, fort und waren namentlich bei Schluckbewegungen so heftig, dass Patient vier Monate lang täglich höchstens $\frac{1}{4}$ Liter Milch, tropfenweise genossen, zu sich nahm. Patient verlor bei dieser ungenügenden Ernährung immer mehr an Körpergewicht, so dass von dem Hausarzte, der bei der weiten Entfernung seines Wohnsitzes den Kranken nur unregelmässig besuchen konnte, der Frage einer künstlichen Ernährung des Patienten nahegetreten wurde, der sich aber Patient widersetzte.

Bei Eintritt wärmerer Witterung besserte sich das Leiden; Patient machte wieder Gehversuche und nahm etwas mehr Milch, manchmal auch Fleischbrühe zu sich. Diese Reconvalescenz machte aber nach ca. sieben Wochen einem neuen Rückfall Platz, und nunmehr rieth der Arzt dem Patienten sich in meine Anstalt zu begeben. Die vorgenommene Untersuchung ergab folgenden

Status praesens: Mittelgrosser, breitschulteriger Mann, von gelblich verfärbter Hautfarbe und schlechtem Ernährungszustande. Körpergewicht 51 $\frac{1}{2}$ kg. Fettpolster sehr gering; Muskulatur der Arme mässig, der übrigen Körpertheile schlecht entwickelt. Schädel mesocephal, ohne Abnormitäten. Schleimhäute anämisch. Die Inspection des Rachens ergiebt keinen pathologischen Befund, ebenso wenig die laryngoskopische Untersuchung.

Thorax gut gewölbt; Frequenz und Rhythmus des Pulses und der Athmung normal. An den inneren Organen durch Palpation, Percussion

und Auscultation eine pathologische Veränderung nicht nachzuweisen. Urin eiweiss- und zuckerfrei. Wirbelsäule ohne pathologische Krümmung und auf Druck nirgends schmerzhaft.

Bei der Aufblähung des Magens ist die untere Grenze zwei Finger oberhalb des Nabels zu erkennen. Der Magensaft reagirt sauer; keine Hyperacidität; keine Milchsäure.

Nervenstatus: Die Pupillen reagiren auf Lichteinfall prompt und beiderseits gleich. Die Sehschärfe ist nicht herabgesetzt; jedoch am linken Auge eine zwar geringe, aber doch nachweisbare Einschränkung des Gesichtsfeldes vorhanden. Bulbi nach allen Richtungen leicht beweglich. Die Geschmacksempfindung ist sowohl in den vorderen Dritteln des Trigeminus, als im hinteren Drittel des Glossopharyngeus vollkommen erhalten. Desgleichen deutet nichts auf eine dem Gebiete des Vagus, Hypoglossus und Accessorius entsprechende Innervationsstörung hin. Die Motilität der Extremitäten ist nicht gestört; ebenso wenig die Coordination. Kein Romberg'sches Phänomen. Patellar- und die übrigen Sehnenreflexe, sowie die Hautreflexe nicht gesteigert. Starke Schweisssecretion der linken Achselhöhle.

Fig. 138.

A, B, C anästhetische Regionen.

Die Prüfung der Sensibilität zeigt auf der rechten Körperhälfte keine Störung; auf der linken findet sich sowohl auf der rückwärtigen wie auf der vorderen Körperseite Anästhesie in ganz regellos zerstreuten Heerden. Die Anästhesie war auf den auf obenstehendem Schema schwarz schraffirten Stellen eine vollständige. Es wurde weder die 1—2 cm eingestochene Nadel verspürt, noch die stärksten thermischen Reize.

An den von der Anästhesie nicht betroffenen Bezirken keine Hyperästhesie.

Diagnose: Hysteria virilis.

Die eingeleitete hydropathische, elektrische und Suggestiv-Behandlung ergab bereits nach drei Wochen ein überraschendes Resultat. Patient konnte wieder nach und nach alles essen, er lernte wieder im Unterhaltungstone zu sprechen, und es war ihm sogar möglich, zu schreien. Auch konnte er stundenlang ohne jede Beschwerde im Parke spazieren gehen. Dabei war das Allgemeinbefinden (Zunahme des Körpergewichts um 17 Pfund) so vortrefflich, dass bereits die Entlassung des Patienten ins Auge gefasst wurde.

Am Tage vor der Abreise wurde dem Patienten ein Ausflug in die Stadt gestattet, der aber eine sehr ungünstige Rückwirkung auf sein Nervensystem zur Folge hatte, indem Patient über eine, unvermuthet einen Marsch intonirende Musikcapelle so heftig erschrak, dass er zu Boden fiel und sich nur mühsam wieder aufrichten konnte. Er fuhr in die Anstalt zurück, musste in sein Zimmer getragen werden und bot ganz ähnliche Erscheinungen dar, wie er dieselben beim Eintritt in die Anstalt gezeigt hatte, mit der Ausnahme, dass statt der anfänglich vorhandenen fünf anästhetischen Bezirke, nur mehr einer — im Epigastrium — erhalten war. Die Anorexie und Aphasie beherrschten, ebenso wie das Unvermögen zu gehen, das Krankheitsbild. Bei der gleichen Behandlung, wie oben beschrieben, besserte sich diesmal das Befinden des Kranken bereits nach 14 Tagen, und nach wei-

teren drei Wochen verliess Patient die Anstalt und versieht zu Hause seinen Beruf wieder wie früher.

Dieser Fall dürfte ätiologisch nicht uninteressant sein, indem die gewöhnlich für die Aetiologie der Hysterie in Betracht zu ziehenden Momente hierbei fehlen. Es liegen keine psychischen Affecte vor, die wir herbeiziehen könnten; hereditäre Belastung fehlt; ebenso Excesse in Venere et Baccho. Geschlechtliche Erkrankung erscheint ebenfalls ausgeschlossen. Keine Aufregungen, nicht der Kampf ums tägliche Brod zerrütteten die Nerven des Patienten. Patient verbrachte die 32 Jahre seines Lebens fast nur auf dem Lande und war den schädigenden Einflüssen des Stadtlebens enthoben. Wenn in manchen Fällen von Hysterie ein Trauma ätiologisch herangezogen werden kann, so könnte man auch in unserem Falle das genossene „kalte Wasser“ für die Erkrankung verantwortlich machen und in diesem Kältereiz ein ätiologisches Moment ersehen; der Umstand jedoch, dass dem eigentlichen Einsetzen der Hauptkrankheitserscheinungen bereits sechswöchentliche Prodromalsymptome vorausgingen, lässt auch diese Aetiologie für unseren Fall nicht in Anwendung bringen.

Was die Prognose unseres Falles anlangt, so wird erst die Zukunft lehren, inwiefern wir von einer thatsächlichen Genesung sprechen können und wie lange das abnorm erregbare Nervensystem sich schädigenden Einflüssen gegenüber standhaft erweist. Ist ja doch erfahrungsgemäss gerade bei der Hysterie eine Scheinheilung sehr häufig zu beobachten und folgen neue Aeusserungen der Krankheit Perioden anscheinend völliger Gesundheit.