

XXX.

Referate.

Die Pupillenstörungen bei Geistes- und Nervenkrankheiten. Von **Bumke.** Verlag von G. Fischer in Jena. 1904. 262 Seiten. Mit 4 Abbildungen.

Mit anerkennenswerthem Geschick hat sich Verf. der schwierigen, aber verdienstvollen Aufgabe unterzogen, dieses ungemein wichtige Kapitel in der Symptomatologie der Psychosen und Neurosen zusammenfassend darzustellen in seiner geschichtlichen Entwicklung, seiner heutigen klinischen Bedeutung, mit seinen physiologischen und pathologisch-anatomischen Grundlagen, soweit diese bisher bekannt sind. Wo sich ein befriedigender Abschluss noch nicht erreichen liess, da finden wir in übersichtlicher und zugleich vorsichtig kritischer Weise auseinandergehalten, was schon als gesicherter Besitz gelten darf, und was noch Gegenstand weiterer Forschungen bleiben muss. Ein reichhaltiges Literaturverzeichnis ist beigegeben. Ein Sachregister erleichtert die Orientirung.

Aus der Fülle des Gebotenen seien nur folgende Punkte hervorgehoben: Die Pupillenweite ist das Product aus der äusseren Helligkeit und dem Adaptationszustande der Netzhaut. Trotz der consensuellen Reaction kann ungleiche Belichtung auch bei Gesunden Pupillendifferenz bedingen. Die Netzhautmitte erscheint für den Reflex empfindlicher als die Peripherie. Beim Lidchluss kommt es zur Pupillenverengerung, während jeder Trigeminusreiz Dilatation nach sich zieht. Ausser im tiefen Schläfe steht der Irissaum beim Gesunden niemals ruhig. Haab's Hirnrindenreflex dagegen bedeutet höchstens eine Anomalie. Erschöpfende Momente können Mydriasis und etwas träge Reaction zur Folge haben. Im Alter ist die Pupillenbeweglichkeit ebenfalls herabgesetzt, doch herrscht hier Miosis vor. Auch die glatten Muskelfasern der Iris sind der Todtenstarre unterworfen. Nur die durch Adrenalin erzeugte Mydriasis vermag den verengernden Effect der Todtenstarre aufzuheben.

Verf. spricht von isolirter reflectorischer Pupillenstarre nur da, wo die Belichtung beider Augen ohne pupillomotorischen Erfolg bleibt, von Reflex-taubheit, wenn eine Pupille nicht direct, jedoch consensuell auf Licht reagirt,

von absoluter Starre, wenn ausser der Belichtung auch Convergenz und Accommodation keine Wirkung haben. Theoretisch wichtig ist das Vorkommen einer einseitigen reflectorischen Starre. Praktisch ist zu merken, dass dauernde isolirte, reflectorische Pupillenstarre nur bei Tabes, Paralyse und als Folge der angeborenen oder erworbenen Syphilis beobachtet wird. Diejenigen Fälle, in denen sonst als Residuum einer absoluten Starre der gleiche Zustand zurückbleibt, sind so ausserordentlich selten, dass sie vernachlässigt werden dürfen.

Pupillenlähmungen sind kaum, Krampfstände der Iris in der Regel cortical bedingt. Auch die letzteren können absolute Starre hervorrufen. Die auf Sympathicuslähmung folgende Miosis verbindet sich gern mit Verengerung der Lidspalte und Zurücksinken des Bulbus.

Besondere centripetale Pupillenfasern sind durch zahlreiche anatomische und klinische Befunde sehr wahrscheinlich gemacht, aber nicht ganz sicher bewiesen. Dieselben gehen wohl im Chiasma ebenso wie die Sehfasern eine Halbkreuzung ein und verlaufen dann nach Bernheimer über den Kniehöcker hinaus zum Oculomotoriuskern. Dagegen leugnet Bach eine directe Verbindung des Opticus mit dem Kern des III. Hirnnerven und sucht das Reflexcentrum in der Medulla oblongata. Endlich schreibt Marina dem Ganglion ciliare erhebliche Bedeutung für das Zustandekommen des Lichtreflexes zu. Gaupp und Wolff wollen die bei Paralytikern gefundenen Hinterstrangdegenerationen zu der Pupillenstarre in Beziehung setzen. (Mit dem gleichen Rechte dürften die von Alzheimer und Ref. beschriebenen Pulvinarherde Beachtung verlangen.)

In dem Abschnitte „specielle Pathologie der Pupillenbewegungen“ wird auf die hohe differentialdiagnostische Bedeutung der reflectorischen Pupillenstarre bei Tabes und Paralyse gebührend hingewiesen. Dieselbe ist, wie schon Moeli und Siemerling fanden, bei Alkoholisten zum mindesten enorm selten, während Reflextaubheit und absolute Trägheit resp. Starre fast noch mehr für Alkoholismus als für Tabes sprechen. Auffallend ist die Behauptung des Verf.'s, Lähmungen der äusseren Augenmuskeln seien bei Paralyse und Tabes so ungewöhnlich, dass sie keine Erwähnung verdienten. Demgegenüber sei daran erinnert, dass Siemerling und Boedecker in 20 pCt. Augenmuskellähmungen (dauernde und passagere) nachwiesen.

Das Vorkommen des Robertson'schen Zeichens bei Syringomyelie ist nicht sicher gestellt, obgleich hier gerade häufig das Halsmark erkrankt ist. Stärkere Veränderungen der Irisinnervation beobachtet man beim Haematom der Dura mater. Zunächst werden die Pupillen eng und reagiren schlecht, dann tritt Mydriasis mit Starre ein. Auch bei der tuberculösen Meningitis sind Pupillenstörungen nicht selten. Nach Cramer und Gudden werden die Irisbewegungen im pathologischen Rauschzustande träge. Uthoff fand jedoch, alle Störungen zusammengerechnet, nur bei 60 von 1000 Alkoholisten Veränderungen der Irisinnervation.

Die Starre im epileptischen Anfall ist eine absolute. Dieselbe kann die Krämpfe überdauern. An dem Vorkommen von Pupillenstarre bei Hysterischen

in seltenen Fällen ist nicht mehr zu zweifeln. Indessen handelt es sich dabei nicht um das Robertson'sche Phänomen. Bei Hebephrenen und Katatonikern constatirte Verf. wiederholt Fehlen der Psychoreflexe, der Pupillenunruhe und der reflectorischen Erweiterung auf sensible Reize. Wieweit dieser interessante Befund eine differentialdiagnostische Bedeutung erlangen wird, lässt sich erst nach weiteren Untersuchungen an einem grossen Materiale sagen. — Schliesslich kann auch echte isolirte Lichtstarre dauernd als Zeichen einer traumatisch bedingten Gehirnveränderung sich einstellen. Raecke.

E. Raimann, Die hysterischen Geistesstörungen. Eine klinische Studie. 1904. Franz Deuticke. (395 Ss.)

Nach einem Ueberblick über die einschlägige Literatur, aus welchem hervorgeht, wie verschiedenartig die Auffassungen der einzelnen Autoren über die Umgrenzung der hysterischen Psychosen heute noch sind, giebt der Verf. zunächst eine Darstellung des sogenannten hysterischen Charakters, den er als ein eigenartiges Krankheitsbild aus dem Rahmen des degenerativen Irreseins herausheben will. Die Psychogenie wird bei der Schilderung an die Spitze gestellt, da sie jederzeit die Scene beherrscht. Alle Symptome der Hysterie sind die Antwort auf äussere und innere Vorgänge. Es wäre als Ideal zu erstreben, bei vollkommener Kenntniss des Bewusstseinsinhaltes den Sieg der einen oder anderen Suggestion voraussehen und damit das ganze Gebahren der Hysterischen im Voraus bestimmen zu können. Wichtig ist das Vorherrschen des Gefühlslebens, und die Einengung des Wollens durch den Egoismus.

Auf der Grundlage der hysterischen Charakterveränderung erwachsen die hysterischen Geistesstörungen, die trotz aller Vielgestaltigkeit in der persönlichen Ausprägung eine gewisse Einheitlichkeit im Grundzuge aufweisen. Vielfach tragen diese Psychosen etwas so Gemachtes an sich, dass sie aussehen wie das Product bewusster Geistesthätigkeit im Dienste des Krankheitswillens. Ihr Studium beginnt am besten mit den psychischen Störungen des hysterischen Anfalles. Die Form der Seelenstörung entspricht einem der drei Typen acuter Psychosen: Depressions- oder Exaltations- oder endlich hallucinatorische Verwirrheitszustände.

Als Typus einer Aequivalentpsychose wird das hysterische Delir bezeichnet. Dasselbe hebt sich so charakteristisch von anderen deliranten Symptomenbildern ab, dass oft ein Blick die Sachlage klärt. Im Vordergrund steht die Suggestibilität. Treten die deliranten Erscheinungen zurück, während Erschwerung der Apperception vorherrscht, spricht man von Dämmerzuständen. Hier kommt es zu Danebenreden in Form von Contrastantworten. Bei noch tieferer Trübung des Bewusstseins entwickeln sich Zustandsbilder von acuter Demenz. Hemmung, Mutismus, plastische ausdrucksvolle Stellungen, Klonismus, Krämpfe können den Zustand compliciren.

Zahlreiche acute hysterische Geistesstörungen passen in keine dieser Gruppen. Sowohl manische, melancholische als auch stuporöse Zustände mit

dem Attribut hysterisch sind in der Literatur verzeichnet. Verf. fasst alle unter dem Namen „andere Formen“ zusammen. Hier werden dann auch Lethargie, Somnambulismus, Verdoppelung der Persönlichkeit, pathologische Lügen, Affectausbrüche besprochen, ferner „die Spitalschwestern“, welche dadurch ausgezeichnet sein sollen, dass sie der Wunsch nach einer bequemen Versorgung im Krankenhause beherrscht.

Endlich die chronischen hysterischen Geistesstörungen entstehen durch Aneinanderreihung der bereits besprochenen Zustandsbilder. Der stete Wechsel mehr minder krankhafter Symptome kann dann das ganze Leben anhalten. Man hat mehrere Formen von hysterischer Paranoia, sogar eine hysterische Pseudoparalyse unterschieden. Gelegentlich äussern aber fast alle Hysterischen Verfolgungsideen. Verf. möchte den Ausdruck „hysterische Paranoia“ vermeiden. Entweder handle es sich um Paranoia oder um Hysterie. Auch wirklicher Blödsinn entwickelt sich nicht, höchstens eine Pseudodemenz. Dagegen kann die Hysterie auf dem Boden des Schwachsinnns entstehen. An dieser Stelle wird auch eine Besprechung der Hallucinationen eingefügt, wie sie bei manchen Patienten durch das ganze Leben andauern, ohne dass eine abgrenzbare Geistesstörung vorläge. Häufig sind ausserdem Amnesien. Moralische Defecte führen oft zu Conflicten mit dem Strafgesetze.

In dem Kapitel „Aetiologie“ wird mit Recht die grosse Bedeutung des chronischen Alkoholismus hervorgehoben. Auch nach Vergiftungen und bei Entziehung von Morphinum und Cocain treten gern hysterische Zustände auf. Die Freud'sche Lehre von der Bedeutung des sexuellen Traumas kann keine allgemeine Gültigkeit beanspruchen. Vollkommen gleichwerthig ist das Schrecktrauma, mit und ohne Unfall. Ueberhaupt können Gemüthsbewegungen verschiedenster Art Hysterie auslösen. Zu Grunde liegt immer ein in früher Jugend erworbener Seelenzustand, der einem krankhaften Gehirnzustande entsprechen muss.

Eine grosse Anzahl hysterischer Psychosen geht unmittelbar aus den Einseitigkeiten des Charakters hervor. Sehr schwierig ist die Differentialdiagnose gegen Simulation und gegen Katatonie. Verf. schlägt vor, die Hypnose als Hilfsmittel heranzuziehen. Combinationen von Hysterie und Epilepsie sind möglich. Es giebt auch periodische Störungen bei Hysterie, die nicht mit dem circulären Irresein verwechselt werden dürfen. Die von Kraepelin abgetrennte Schreck- und Erwartungsneurose bildet nur eine Spielart der Hysterie.

Bei der Prognose hat man zu unterscheiden zwischen Hysterie und hysterischem Irresein. Das letztere gestattet eine ziemlich günstige Voraussage. Die Therapie muss in erster Linie eine psychische sein. Gegen die kathartische Methode nach Freud wird eine Anzahl Bedenken vorgebracht. Nur ein Autor liess sich in der Litteratur auffinden, der sich zu ihren Gunsten aussprach. Auch die Hypnose kann ungünstig wirken und ist daher mit grosser Vorsicht zu verwenden. Bei Erregungszuständen und Stuporfällen ist Verf. der Ansicht, ein Heilverfahren sei um so wirksamer, je unangenehmer es sei, und empfiehlt als „ganz ausgezeichnetes Mittel“ gegen excessive Aufregung, dem „nur abge-

härtete Hysterische widerstehen“, subcutane Injectionen von Apomorphin, hydrochlor. in nicht zu kleiner Dosis. Demgegenüber muss entschieden betont werden, dass man auch ohne solche Gewaltmittel auskommt.

In dem Capitel „Forensisches“ vertritt Raimann den Standpunkt, erfahrungsgemäss sei bei Hysterischen mit Strafen etwas auszurichten; die metaphysische Frage aber der subjectiven Verschuldung sei vom naturwissenschaftlichen Standpunkte aus nicht zu beantworten. „Nur wenn der Nachweis einer schweren Bewusstseinsstörung tempore criminis zu erbringen, wäre man gezwungen, von Geisteskrankheit im Sinne des Gesetzes zu sprechen, unbeschadet der Consequenzen.“ Keinesfalls sei die Ansicht zu vertreten, man könne eine Hysterica schon auf Grund ihrer Charakterabnormitäten oder ihrer körperlichen Stigmata dem Arme der Justiz entreissen.

55 Krankengeschichten erläutern das Gesagte.

Ein reichhaltiges Literaturverzeichniss ist der fleissigen Arbeit beigelegt.

Raecke.

Müller, Eduard, Die multiple Sklerose des Gehirns und Rückenmarks. Ihre Pathologie und Behandlung klinisch bearbeitet von Dr. E. Müller, mit einem Vorwort von Prof. A. v. Strümpell. Jena, Gustav Fischer 1904.

Kaum eine Erkrankung des Nervensystems bietet uns so viele ungelöste Räthsel, als die multiple Sklerose. Und doch ist sie eine keineswegs seltene Krankheit. Um ihre Erforschung haben sich eine stattliche Zahl von Autoren verdient gemacht. In manchen Einzelheiten ihres Verlaufes, ihrer Symptome und der pathologischen Anatomie gut gekannt, bleibt sie uns doch in ihrem eigentlichen Wesen, in ihrer Aetiologie und Pathogenese noch vollkommen dunkel.

Es ist ein sehr verdienstvolles Unternehmen, die zahlreichen Beobachtungen nach einheitlichen Gesichtspunkten zu ordnen und einer Würdigung zu unterziehen. Es ist dem Verfasser dabei sehr zu Statten gekommen, das reiche Material Strümpell's aus den Kliniken in Erlangen und Breslau (80 Fälle mit 6 Autopsien) benutzen zu können.

Nach einer interessanten historischen Einleitung wird die klinische und pathologisch-anatomische Begriffsbestimmung der multiplen Sklerose erörtert.

Eine „multiple Sklerose“ kann bei weiter Fassung des Begriffes das Endproduct pathogenetisch gänzlich verschiedener Processe, unter der Voraussetzung, dass dieselben eine herdförmige Erkrankung des Parenchyms verursachen, sein.

Die echte multiple Sklerose steht im Gegensatz zu der secundären multiplen Sklerose im Sinne von Schmaus und Ziegler. Zu letzteren Erkrankungen, „bei denen im Gefolge multipler Herddegeneration und Herdentzündung inselförmig zerstreute, im Wesentlichen durch Neubildung von Neurogliafasern gebildete Narben entstehen, gehören alle Processe, welche entweder durch primäre Gefässerkrankungen namentlich auf syphilitischer und arterioskleroti-

scher Basis oder durch eine toxisch-infectiöse Entzündung in Form einer disseminirten Myelitis und Encephalomyelitis eine Schädigung des „nervösen“ Gewebes im Gefolge haben.“

Die echte (primäre multiple Sklerose nach Schmaus und Ziegler), wohl auf congenitalen Entwicklungsstörungen beruhende multiple Sklerose unterscheidet sich fast stets von allen anderen Processen durch zahlreiche klinische und pathologisch-anatomische Merkmale.

Die nächsten Capitel befassen sich mit diesen.

Nach Verfasser ist es ausgeschlossen, dass die bisher in der Aetiologie angeführten äusseren Schwächlichkeiten die eigentliche Grundursache dieser Erkrankung sind. Alle bekannten exogenen Momente sind nur im Stande bei bestehender Veranlagung das Leiden als agents provocateurs zu manifestiren und zu verschlimmern. Die klinische Forschung vermag die Frage, ob endogene Momente oder noch völlig unbekannte exogene Schädlichkeiten die Grundursache darstellen, mit voller Sicherheit nicht zu entscheiden.

Unter Berücksichtigung der Resultate der klinischen Forschung und der pathologischen Anatomie ist es sehr wahrscheinlich, dass die Entwicklung der multiplen Sklerose auf der Basis einer congenitalen Veranlagung zu Stande kommt.

Unter den Symptomen sind die hochwichtigen Augenstörungen vorangestellt und die verschiedenen Störungen: Nystagmus, Augenmuskellähmungen, besonders die Veränderungen an den Pupillen (einfache atrophische Verfärbung) werden ausführlich besprochen.

Unter den cerebralen Allgemeinsymptomen werden die psychischen Störungen, Zwangslachen und Zwangsweinen, apoplectiforme und epileptiforme Anfälle, Kopfschmerzen, Schwindel, Erbrechen aufgeführt, unter den Hirnnerven- und Bulbärsymptomen sind die Sprache, der Kau- und Schlingact, Salivation, Herzthätigkeit und Athmung, Facialis, Trigeminus, Hypoglossus, Gehör, Geschmack, Geruch berücksichtigt. Es folgen die Motilitätsstörungen im Bereich der Rückenmarksnerven: Ataxie, Intentionstremor, motorische Ausfallserscheinungen.

Interessant sind die Ausführungen über die Abgrenzung der Schrift bei Ataxie und Intentionstremor. Auch Verf. betont die häufige Combination beider Bewegungsstörungen. Der Sensibilität, den Reflexen, sind besondere Capitel gewidmet.

Das Babinski'sche Zeichen ist fast regelmässig nachweisbar, es gehört zu den constantesten, objectiven Erscheinungen der multiplen Sklerose und ist häufig schon frühzeitig vorhanden.

Die nächsten Capitel handeln von den Störungen im uropoetischen System, von den vasomotorisch-trophischen Störungen, den Resultaten der Lumbalpunktion und dem körperlichen Allgemeinzustand.

Auf Grund aller dieser ausführlich besprochenen Symptome giebt Verf. eine Schilderung „der gewöhnlichen und ungewöhnlichen Formen des klinischen Bildes.“

Das klassische Krankheitsbild im Sinne Charcot's (Trias der

Symptome: Nystagmus, Intentionstremor, Skandiren) findet sich nur in 15pCt., der Eigenbeobachtungen,

Im Interesse einer Frühdiagnose werden die gewöhnlichen Formen der *scélrose en plaques* eingetheilt in solche, die mit isolirten oder vorherrschenden cerebralen, bulbären, spinalen oder mit ungefähr gleichmässiger Ausprägung von cerebrospinalen Symptomen beginnen. Für die einzelnen Variationen werden Beispiele angeführt.

Der Verlauf ist seltener einfach chronisch progressiv als chronisch progressiv mit intercurrenten, manchmal plötzlich einsetzenden Verschlimmerungen und gelegentlichen auffälligen Besserungen.

Auch die ungewöhnlichen Formen werden in einzelnen Gruppen und Unterabtheilungen besprochen.

Der Diagnose und Differentialdiagnose ist ein grosser Abschnitt gewidmet. Für die Diagnose maassgebend ist das Gesamtbild, „das durch gleichzeitige Berücksichtigung früherer, flüchtiger Symptome und des momentanen Zustandsbildes construiert werden muss. Gar nicht selten sind die objectiven Erscheinungen für die rechtzeitige Erkennung weniger wichtig, als die Ergebnisse der Anamnese.“

Eingehend und geschickt werden die in Betracht kommenden Erkrankungen besprochen: Hysterie, pseudospastische Parese mit Tremor, Neurasthenie, Epilepsie, Pseudosklerose (Westphal), diffuse Sklerose, progressive Paralyse, Tumor cerebri, cerebrale Hemiplegie, Arteriosklerose der Hirn-Rückenmarksfässer, cerebrale Kinderlähmung, Encephalitis, acute disseminirte Myelitis und acute disseminirte Encephalomyelitis u. s. w. Mit Recht betont Verf. bei den letzteren Erkrankungen, dass die grosse Aehnlichkeit der klinischen Bilder der multiplen Sklerose und der disseminirten, entzündlichen Affectionen sich meist nur auf den momentanen Symptomencomplex bezieht, kaum jemals jedoch auf das Gesamtbild und besonders auf den Verlauf der Erkrankung. Ob es möglich sein wird auf Grund der sehr sorgfältig angestellten Erwägungen die Fälle von „Sklerosis multiplex acuta“ von der multiplen Sklerose so scharf zu trennen, wie Verf. es will, müssen weitere Beobachtungen lehren.

In dem Abschnitt pathologische Anatomie und Pathogenese geht Verf. von der Schilderung der makroskopischen und mikroskopischen Bilder aus. Ueberall, wo sich Neurolgia findet, können sich die Herde etabliren. Eine Prädisposition der schon in der Norm an Neurolgia reichen Territorien lässt sich nachweisen. Es sei erlaubt, darauf hinzuweisen, dass die auffällige Neigung zu symmetrischen Affectionen, welche Verf. vom Rückenmark, der Medulla oblongata und der Brücke angeht, auch im Grosshirn nach meinen Untersuchungen vorhanden ist.

Weiter möchte ich hervorheben, dass auf Grund meiner Beobachtungen an Frontalschnitten durch das Grosshirn in 3 Fällen von multipler Sklerose herdförmige Erkrankungen der Rinde keineswegs selten sind. Ueberhaupt sind die Herde in der Rinde, was Zahl und Grösse anlangt, bei mikroskopischer Durchforschung des Hirns durchaus nicht selten.

Sehr eingehend beschäftigt sich Verf. mit der histologischen Structur der Herde. Die fibrilläre Grundsubstanz der sklerotischen Herde stellt nicht ein Product der Achsencylinder oder sonstigen Gewebsbestandtheile dar, sondern im Wesentlichen eine colossale Neubildung von Neurogliafasern. Die Herde etabliren sich mit Vorliebe an gewissen in der Norm schon an Neuroglia reichen Stellen, die „Kielstreifen“ im Sinne Weigert's sind. „Die Massenhaftigkeit der Neurogliawucherung ist so colossal, dass sie dem oft quantitativen Maximum entspricht, das überhaupt unter pathologischen Verhältnissen vorkommt (Weigert).“

Verf. kommt auf Grund seiner Beobachtungen zu dem Resultat, dass die multiple Sklerose als ein endogenes Leiden aufzufassen ist, beruhend auf einer primären Affection der Neuroglia, die auf congenitale Entwicklungsstörungen im Bereich der Neuroglia zurückzuführen ist.

Die Einzelheiten der Beweisführung müssen im Werk eingesehen werden.

Ob sich diese Erklärung für das Wesen der Sklerose aufrecht erhalten wird, wer weiss es.

Verf. ist jedenfalls bemüht gewesen, seine Ansicht gründlich zu verfechten.

Prognose und Therapie bilden den Schluss.

Literaturverzeichniss (1148 Nummern), Abbildungen von Präparaten selbst beobachteter Fälle, Schriftproben sind beigelegt. S.

L. Edinger, Vorlesungen über den Bau der nervösen Centralorgane der Menschen und der Thiere. 7. Aufl. Leipzig. 1904. F. C. W. Vogel.

Edinger's Vorlesungen sind so allgemein verbreitet und erfreuen sich einer solchen Beliebtheit, dass es überflüssig erscheint, dem Werk noch empfehlende Worte zu widmen. Es seien hier die grossen Vorzüge hervorgehoben, welche die neue (7.) Auflage bringt. Das Buch zerfällt jetzt in zwei getrennte Bände. Der vorliegende beschäftigt sich mit den histologischen Verhältnissen und bringt die Schilderung vom Bau des Säugergehirns, wesentlich das menschliche Gehirn berücksichtigend. Eine praktische Verbesserung ist zu sehen in der Berücksichtigung der Resultate pathologisch-anatomischer und experimenteller Untersuchungen. Die Zahl der Abbildungen, besonders der farbigen, ist vermehrt. S.

Kuttner, A., Die nasalen Reflexneurosen und die normalen Nasenreflexe. Berlin. A. Hirschwald. 1904.

In das viel umstrittene Gebiet der nasalen Reflexneurosen versucht Verf. durch seine wohl gelungene Darstellung Ordnung und Licht zu bringen. Wohlthuend berührt die Kritik gegenüber den eigenen und fremden Beobachtungen.

Wie sehr diese am Platze ist, zeigt die auf S. 38 gegebene Aufzählung der Affectionen, welche als nasale Reflexneurosen angesprochen sind.

Im Kapitel IV und V werden das nasale Bronchialasthma, der nervöse Schnupfen, Nieskrämpfe, Heufieber u. s. w. besprochen.

Für den Neurologen und Psychiater besonders interessant sind die nächsten Kapitel, welche sich mit den Beziehungen zwischen der Nase und den Sexualorganen befassen.

Bei der Abschätzung des Einflusses des Genitalapparates auf die Nase gelangt Verf. zu dem Schluss, dass in der weit, weit überwiegenden Zahl der Fälle die Periode verläuft ohne irgend eine subjectiv oder objectiv erkennbare Veränderung im Naseninneren zu bewirken. Der erregende Einfluss, den das Geruchsorgan beim normalen Menschen auf seine Libido sexualis ausübt, wird als recht unbedeutend bezeichnet.

Erfreulich ist, mit welcher Vorsicht die Dysmenorrhoea nasalis beurtheilt wird und dass hervorgehoben wird, wie bei den angeblichen Erfolgen in der nasalen Behandlung der Dysmenorrhoe die Suggestivwirkung, die psychische Beeinflussung eine eminent wichtige Rolle spielt. Noch skeptischer — und mit Recht — verhält sich K. gegenüber der nasalen Reflexepilepsie.

Schon die Entscheidung, ob im gegebenen Falle eine nasale Reflexepilepsie vorliegt, ist recht schwierig. Auch hier wird darauf hingewiesen, dass der Eintritt eventueller — leider oft nur vorübergehender — Erfolge sich ungezwungen durch andere Umstände (Suggestion, sprungweiser, zu Remissionen neigender Verlauf, Aenderung der Lebensweise u. s. w.) erklären lässt. Ganz stimme ich mit Verf. überein, wenn er schreibt: einen vollen dauernden Erfolg bei einer echten Epilepsie auf Grund einer psychischen Beeinflussung oder auf Grund eines Gegenreizes, wie ihn eine intranasale Behandlung darstellt, halte ich nicht für wahrscheinlich.

Im VIII. Kapitel bespricht Verf. die Beziehungen der Nase zum Morbus Basedowii, im nächsten die Herzneurosen, abhängig von der Nase, endlich die Augenaffectionen und Neuralgien.

Ueberall wird der Allgemeinbehandlung neben der in Frage kommenden localen Therapie das Wort geredet.

Ein reiches Literaturverzeichniss ist beigelegt.

S.

Les psychonévroses et leur traitement moral, von Prof. Dubois Paris, bei Masson u. Cie. 1904. 557 Ss.

Das Buch ist aus Vorlesungen hervorgegangen, die der Verfasser in Bern gehalten hat und trägt die Kennzeichen davon in der angenehmen Leichtigkeit der Darstellung. Sein Hauptziel ist, wie es Déjerine in einem empfehlenden Vorwort bezeichnet: „de montrer le rôle primordial si non unique, qui incombe dans le traitement des psychonévroses à ce que j'appellerais volontiers la pédagogie psychique, c'est à dire à la rééducation de la raison.“ Zu den auf diesem rein psychischem Wege zu heilenden Psychoneurosen rechnet Dubois die Neurasthenie, die Hysterie, die Hysteroneurasthenie, die leichten Formen der Hypochondrie und Melancholie und gewisse, an die Grenze der Geistesstörung streifende Zustände gestörten seelischen Gleichgewichts.

Der Verfasser, der augenscheinlich über eine grosse persönliche Er-

fahrung verfügt, wendet sich mit wirksamem Spotte gegen die Aermlichkeit der schematisirenden körperlichen Therapie der Neurosen ebenso wie gegen die gradlinigen Specialisten, die das zufällig zum Sitze der nervösen Beschwerden gewordene Organ (Magen, Darm, Uterus u. s. w.) zum Zielpunkte der Therapie machen.

An der Hand von ausführlichen Beispielen zeigt er seine Methode des „traitement moral“, die sich nicht auf die Verbalsuggestion beschränkt, sondern alle Mittel des Zuspruches, der Ueberredung, der dialectischen Erörterung benutzt. Was der Verfasser in dieser Hinsicht bringt, ist sehr lesenswerth und anregend. Dass er damit etwas ganz Neues giebt, ist wenigstens für uns in Deutschland nicht zuzugestehen; jeder psychiatrisch und neurologisch geschulte Arzt, speciell der der guten Sanatorien, verwendet das *traitement moral* im Sinne von Dubois schon längst mit Erfolg.

Der Verfasser, der mit einer gewinnenden Begeisterung seine Sache vertritt, überschätzt auch stellenweise den Machtbereich der psychischen Behandlung in optimistischem Glauben z. B. an dauernde Charakteränderungen, die auf diesem Wege erzielt werden sollen, und auch in der Ausdehnung seiner Therapie auf Störungen, die erfahrungsgemäss weder suggestiven noch dialectischen Bemühungen zugänglich sind, wie z. B. die Zustände melancholischer Depression; ein Theil seiner Erfolge dabei trifft wohl Formen von periodischem Charakter, bei denen auch andere Therapeuten scheinbar glänzende Erfolge erzielen, wenn eben die Frist des Anfalles sich ihrem Ende zuneigt.

Trotz dieser Vorbehalte muss das Buch von Dubois, von dem auch eine deutsche Uebersetzung eben erscheint, als eine erfreuliche Bereicherung der therapeutischen Literatur bezeichnet werden. H.

Die Hypochondrie. Von **Prof. Dr. R. Wollenberg.** Nothnagel's spec. Path. u. Therapie. XII. Band. I. Theil. 3. Abtheil. Wien. 1904. 66 Seiten.

Ueber die Hypochondrie in dogmatischer Weise zu schreiben, ist bei dem heutigen Stande der Frage nach Stellung und Wesen dieses Krankheitsbegriffes nicht möglich; auch Wollenberg hat den Versuch nicht erst gemacht.

Nach einer historischen Darstellung der Wandlungen in den ärztlichen Anschauungen über die Hypochondrie giebt er eine allgemeine Symptomatologie der hypochondrischen Zustände und eine specielle Schilderung der einzelnen Formen, belegt mit Casuistik. Am meisten interessirt den Fachmann die persönliche Stellung des Verfassers zu den schwebenden principiellen Fragen, die er selbst dahin präcisirt, dass die Hypochondrie als eigentliche Krankheit nicht aufrecht erhalten werden kann, dass sie vielmehr nur einen psychopathologischen Zustand, eine krankhafte psychische Disposition besonderer Art darstellt.

Ein kurzer Abriss der therapeutischen Aufgaben bei den hypochondrischen Zuständen macht den Schluss. H.