

XL. Referate.

Oppenheim, Die traumatischen Neurosen. Berlin, Hirschwald.
1889. 146 Seiten.

Bei der enormen Ausdehnung einerseits, die in neuester Zeit unser Verkehrswesen, speciell das Eisenbahnverkehrswesen und zugleich gewisse andere mit mehr weniger Gefahr für die Arbeiter verbundene Betriebe, wie die grösseren mit Maschinen arbeitenden Industrien, und schliesslich auch die Bauthätigkeit genommen hat, bei dem segensreichen Umstände andererseits, dass heutzutage ein jeder Arbeiter und Beamter für die bei der Arbeit und im Dienste erlittenen Verletzungen und ihre Folgen Entschädigung zu beanspruchen hat, sobald der Zusammenhang zwischen Unfall und Krankheit, sowie die Existenz der letzteren überhaupt, nachgewiesen ist, ist für eine grosse Anzahl, ich möchte fast sagen, für die meisten der praktischen Aerzte eine gehäue Kenntniss auch derjenigen nach Unfällen sich entwickelnden nervösen Zustände von grosser Bedeutung geworden, die man bisher unter dem Namen „railway spine, brain“, „traumatische Hysterie“, „traumatische Neurose“ zusammengefasst hat. Denn die Zahl dieser krankhaften Zustände mehrt sich, wie es scheint, von Tage zu Tage: sei es, dass die mit grossem Eifer stets verbesserten Methoden der Unfallsverhütung doch nicht mit den Ansprüchen, die die enorme Steigerung des Verkehrs und der einzelnen industriellen Betriebe stellt, gleichen Schritt halten können, sei es, dass durch die allgemein sich ausbreitende Nervosität unserer Zeit der fruchtbare Boden für diese nervösen Zustände immer mehr an Ausdehnung gewinnt. Vor Allem von Bedeutung ist die Kenntniss dieser Affectionen für den Kassenarzt, in dessen Behandlung die betreffenden Kranken, wenn ihre Verletzungen nicht allzu schwer waren, zunächst gelangen und dessen Ansicht und Diagnose natürlich für das ganze fernere Schicksal des Kranken von hervorragender Bedeutung ist; ferner kommen in Betracht die beamteten Aerzte, die besonders in kleineren Orten Obergutachten über solche Fälle abzugeben haben: dann von den Specialfächern der Chirurg, entweder wenn die Verletzungen an sich schwere waren, oder zur Entscheidung der Frage, ob Schmerzen, über die geklagt wird, etwa auf nachweisbaren gröberen Läsionen beruhen; ferner

der Augenarzt bei der Häufigkeit der Sehstörungen dieser Kranken, über die dieselben allerdings meist nicht von selber klagen, sondern die gesucht werden müssen, und last not least der Neuropathologe. So gross aber auch die Wichtigkeit dieser Kenntnisse sein mag — so wird doch ein Jeder, der mit diesen Dingen mehr zu thun gehabt hat, zugeben, dass sie für die grosse Mehrzahl der Aerzte bisher noch ein pium desiderium ist. Damit ist keineswegs ein Vorwurf gegen dieselben erhoben. Zunächst ist die ganze Lehre von der traumatischen Neurose noch eine so neue und hat sich ihre genauere Kenntniss auf breiterem klinischen Boden erst in so junger Vergangenheit entwickelt, ferner waren die Ansichten über die eigentliche Natur dieser Dinge bis vor Kurzem so widersprechende, dass man schon aus diesem Grunde vom praktischen Arzte, der alles wissen soll, eine genauere Kenntniss dieser Symptomocomplexe nicht verlangen konnte. Ausserdem, und das war wohl das wichtigste, wenn natürlich auch die Folge des im vorangehenden Satze erwähnten, fehlte es, und nicht nur in Deutschland, überhaupt an Gelegenheit, sich mit diesen Dingen bekannt zu machen, mit einem Worte, es fehlte eine monographische Bearbeitung dieses Gegenstandes. Bis vor Kurzem war das einzige ausführliche einschlägige Werk das Riglers: „Ueber die Folgen der Verletzung auf Eisenbahnen“; aber obgleich erst 79 erschienen, ist es doch in unserer raschlebigen Zeit schon wieder veraltet und bezieht sich ausserdem ausschliesslich auf Eisenbahnunfälle. Im Uebrigen waren bisher die hauptsächlichsten ausführlichen deutschen Arbeiten über dieses Thema die von Thomsen und Oppenheim, sowie von Oppenheim allein in diesem Archiv aus dem Beobachtungsmaterial der Westphal'schen Klinik; aber auch sie sind dem Practiker nicht gerade leicht zugänglich und durch mehrere Jahrgänge zerstreut. Auch der Vortrag Strümpel's („Ueber die traumatischen Neurosen“. Berliner Klinik. Heft III), so klarend und überzeugend sein Inhalt auch wirkt und so anregend und angenehm seine Lectüre speciell für denjenigen ist, der das Thema schon einigermassen beherrscht, kann doch für den Practiker nicht genügen, der einem solchen Fall gegenüber gestellt sein Gutachten abgeben soll, und der nicht nur wissen will, als was er die Krankheit anzusehen und auf welche Symptome er zu untersuchen hat, sondern auch gern erfahren möchte, ob der von ihm beobachtete Symptomocomplex ein gewöhnlicher oder eine *rara avis* ist, ob seine Symptome nach allen Seiten hin vollständig sind oder ob er rudimentär ist: denn davon wird doch die grössere oder geringere Sicherheit, mit der er sich gutachtlich über ihn äussert, abhängen. Das ist aber nur durch die Mittheilung einer reichhaltigen und sorgfältig ausgewählten Casuistik und durch eine etwas eingehendere monographische Behandlung des Gegenstandes zu erreichen. Eine solche Arbeit nun aus dem grossen Material der Westphal'schen Klinik, die allen diesen Ansprüchen und dem neuesten Standpunkte der Wissenschaft entspricht, ist die neuerdings bei Hirschwald erschienene Monographie Oppenheim's „Ueber die traumatischen Neurosen“. Referent ist überzeugt, dass der Verfasser seine Absicht, speciell den praktischen Aerzten eine

Hülfe mit dieser Arbeit zu gewähren, in vollem Umfange erreichen wird, denn er ist der Meinung, dass ein Jeder einmal nach dem Studium dieser Monographie eine grosse Bereicherung seiner Kenntnisse über die traumatische Neurose davontragen wird; das ist natürlich, denn wie Vielen steht sonst wohl ein ähnliches Beobachtungsmaterial zu Gebote? — und dass ihm ferner das Werk, das in knapper und doch nichts Wichtiges ausser Acht lassender Weise und in angenehmer Form — nicht der geringste Vorzug desselben — den fraglichen Gegenstand behandelt, in vielen späteren zweifelhaften Fällen ein treuer Führer und Rathgeber sein wird.

Die Arbeit beginnt mit einem in Rücksicht auf den practischen Zweck des Buches natürlich nur sehr kurzen historischen Abschnitte. Derselbe ergiebt das äusserst erfreuliche Resultat, dass über die Theorie der traumatischen Neurose eine Uneinigkeit unter den verschiedenen Autoren nicht mehr besteht, speciell auch nicht zwischen der Berliner und Pariser Schule. O. gesteht ohne Weiteres zu, dass er in früheren Arbeiten auf die in einigen Fällen constatirten Symptome gröberer organischer Läsionen zu viel Werth gelegt hat, dass diese Symptome, wenn auch nicht als zufällige, so doch als nebenschäliche angesehen werden und die traumatische Neurose als funktionelle Krankheit betrachtet werden müsste. Auf der anderen Seite hat auch Charcot seinen ausschliesslichen Standpunkt in der letzten Zeit etwas modifizirt — er gesteht zu, dass nicht alle die betreffenden Symptome in den Rahmen der Hysterie hineinpassen. In England hat Page schon vor längeren Jahren die psychische Natur der betreffenden Symptome mit besonderer Energie betont. Dass die nun gewonnene Uebereinstimmung in den Ansichten der Autoren auch für den Practiker von grosser Bedeutung ist, braucht wohl nicht besonders hervorgehoben zu werden.

Es folgt nun die Mittheilung von 33 eigenen Fällen. Dieselben betreffen, wie wohl nicht anders zu erwarten, Beobachtungen, die erstens mit grösster Genauigkeit untersucht und zweitens mit dem grössten Geschick ausgewählt sind. So kommt es, dass trotz aller Zusammenghörigkeit im Allgemeinen, doch fast jeder einzelne Fall wieder besondere Eigenarten hat, und man dem Autor nur zustimmen kann, wenn er zum Schlusse die Meinung ausspricht, dass seine Krankengeschichten ein erschöpfendes Material für die Beurtheilung aller in Betracht kommenden Fragen enthalten. Den einzelnen Fällen ist immer eine kurze Zusammenfassung der besonders wichtigen im betreffenden Falle beobachteten Symptome vorangestellt, eine Methode, die von der Westphal'schen Klinik schon lange geübt wird und das Auffinden besonderer Symptome sehr erleichtert. Auf die einzelnen Krankengeschichten, die ausserdem so knapp wie möglich gehalten sind, kann natürlich im Referate nicht eingegangen werden. Abschnitt III. spricht über Art und Charakter der Verletzungen. In einem grossen Theile der O.'schen Fälle handelt es sich um Eisenbahnunfälle. Dann folgen Unglücksfälle in Fabrikbetrieben und bei Bauten. Schliesslich bleibt noch ein Rest von ganz verschiedener Aetologie über. Die Verletzung selbst war selten so stark, dass es z. B. zu Knochenbrüchen kam. Hervorgehoben wird, dass in den meisten Fällen eine

heftige psychische Emotion — Schreck und Angst — den Unfall begleiteten, dass aber in einzelnen Fällen eine solche auch ganz in Abrede gestellt wurde. Manchmal blieb es auch beim Schreck allein und kam gar nicht zum Unfalle, dennoch trat die Neurose ein. Kurz, sehr verschiedenartige Unfälle und Begleitumstände können dasselbe Resultat hervorrufen.

Es folgt nun (Abschnitt IV.) nach einer allgemeinen Skizze eine eingehende und kritische Würdigung aller bei der traumatischen Neurose bisher beobachteten Symptome. Referent muss es sich leider versagen, so verlockend das auch wäre, auf alle Einzelheiten einzugehen, dazu reicht der vorhandene Raum nicht aus; er muss deshalb aus der Symptomatologie einzelne ihm besonders wichtig erscheinende Dinge herausgreifen, wobei möglicherweise eine gewisse Willkür Platz greifen wird.

Zunächst werden die psychischen Erscheinungen besprochen. Ausgesprochene Psychosen sind selten. Meist handelt es sich nur um Stimmungsanomalien, die man wohl am besten als hypochondrisch-melancholische bezeichnen könnte. Dazu gesellen sich Anfälle von Angst, die unter Umständen sich objectiviren durch eine enorme Pulsbeschleunigung und Erweiterung sowie Differenz der Pupillen. Der Patient der Beobachtung XII., bei dem diese Symptome besonders ausgeprägt waren, ist auch dem Referenten aus seiner Assistentenzeit an der Hallenser Klinik bekannt, auch dort sind die Angstanfälle mit ihren Begleitsymptomen oft beobachtet. Ferner bildet sich meist eine hochgradig gesteigerte Reizbarkeit aus. Die Intelligenz ist meist intact, nur gehemmt. Manchmal aber stellt sich auch progressive Demenz ein, wie Referent annehmen möchte, wohl nur bei schwerer Verletzung des Schädels und seines Inhaltes. In sehr seltenen Fällen fehlen psychische Anomalien ganz.

Ausnahmsweise wurden echte epileptische Anfälle vom Autor selbst beobachtet; typisch hysterische, wie sie besonders von französischen Autoren nach derartigen Unfällen beschrieben, traten in seiner Casuistik in den Hintergrund. Beobachtung XXXIII. bietet ein Beispiel von Reflexepilepsie, von einer Narbe ausgehend.

Der Schlaf ist fast in allen Fällen gestört. Die Kranken geben meist an, dass sie gar nicht schlafen; doch handelt es sich gewöhnlich wohl nur um einen unruhigen (Träume) und häufig unterbrochenen Schlaf. Nicht selten kommt auch fortwährendes Hin- und Herwerfen, Stöhnen, Aufschreien vor. Referent möchte hier hervorheben, dass die Störungen des Schlafes ein sehr wichtiges Symptom dieser Neurose sind, zugleich aber für den Practiker ein solches, über dessen wirkliches Vorhandensein er oft natürlich nur schwer ins Klare kommen kann. Simulirt das betreffende Individuum überhaupt, so wird es natürlich auf Befragen auch über schlechten Schlaf klagen — die Frau ist in solchen zweifelhaften Fällen auch keine klassische Zeugin. Sind die Symptome des Falles sonst ausgeprägt und klar, so wird man wohl ohne Gefahr auch die Schlaflosigkeit als objectiv hinnehmen können, namentlich wenn der Patient von selber darüber klagt; in zweifelhaften Fällen aber wird

gerade dies Symptom nur durch Krankenhausbeobachtung festgestellt werden können; dadurch natürlich meist sehr leicht.

Die Klagen über Schmerzen sind mannigfaltig; dieselben sind selten echt neuralgisch, fast nie lancinirend und meist von mässiger Intensität. Hyperästhesien treten im Bereiche der Sinnesnerven als Blendungerscheinungen, Flimmern vor den Augen, grosse Empfindlichkeit gegen Geräusche (Locomotivpfeifen!) auf. Hyperästhesien der Haut finden sich besonders häufig in der Gegend des Trauma (doch findet man hier nicht selten auch Anästhesie. Referent), ferner als sogenanntes Brodiesches Symptom in der Haut über traumatischen Gelenkneuralgien, nach Eisenbahnunfällen besonders in der Rückenhaut, verbunden mit gut localisirtem Schmerz unbestimmter Wirbelkörper.

Die Anästhesien betreffen die Haut und die Sinnesorgane. Die Art der Hautanästhesie entspricht den bei der Hysterie schon lange bekannten Formen; es kommt totale Anästhesie für alle Reize, Analgesie bei erhaltenem Tastgefühl, Hyperästhesie vor. Manchmal ist auch das Lagegefühl gestört. Das wichtigste und constanteste, wenn auch natürlich nicht immer vorhandene sensorische Symptom sind Anomalien des Sehens. Am häufigsten handelt es sich um Einschränkung beider oder seltener eines Gesichtsfeldes (im letzteren Falle das der anästhetischen Seite) für Weiss und Farben, manchmal sind auch nur die Farbgrenzen eingeengt. In seltenen Fällen überragen die Grenzen für Roth die für Blau. Die centrale Sehschärfe kann normal oder mehr weniger stark herabgesetzt sein. O. erwähnt hier nicht, dass auch einfache Herabsetzung der centralen Sehschärfe ohne höhere Gesichtsfeldeinengung vorkommt, obgleich er in seiner Casuistik auch einen solchen Fall erwähnt (Fall X., linkes Auge bei normaler Pupille); Referent hat das mehrmals gesehen in Fällen, in denen natürlich jede Refractionsanomalie, speciell auch Astigmatismus, und jeder andere pathologische Befund am Auge ausgeschlossen werden kann.

Gehörstörungen kommen ein- oder doppelseitig vor; besonders betroffen ist meist die crano-tympanale Leitung, was für die nervöse Natur der Affection spricht. Häufig sind auch Geruchs- und Geschmacksstörungen. Was die Anordnung der sensibel-sensorischen Störungen anbetrifft, so ist die typische Hemianästhesie selten. (Pitres, *Des anesthésies hysteriques*. Bordeaux 1887, erklärt unter Berufung auf Thomsen und Oppenheim eine reine und totale sensorisch-sensible Hemianästhesie nie gesehen zu haben.) Die Hemianästhesie ist häufig unvollkommen, lässt mehr weniger grosse Hautgebiete frei, sie betheiligt die Sinnesorgane gar nicht oder nur einzelne, besonders die Augen, oder auf beiden Seiten, dann aber wohl auf der Seite der Hautanästhesie mehr. Ist Hemianästhesie mehr weniger deutlich vorhanden, so befindet sie sich auch bei Kopfverletzungen stets auf der Seite der Verletzung. In anderen, sehr häufigen Fällen, localisiren sich die Störungen der Sensibilität auf beide Körperhälften: ihre Configuration entspricht dann weder peripheren Nervengebieten, noch ist sie derart, wie sie bei materiellen Affectionen des Rückenmarkes oder des Gehirns vorkommt. Gern schliesst sie

an der Grenze irgend einer ganzen Extremität oder an einem Gelenk derselben scharf ab; in anderen Fällen betrifft sie auch nur Theile eines Gliedabschnittes oder sie nimmt streifenförmig nur einzelne Partien der Hautoberfläche desselben ein. In ebenso verschiedener Weise wird der Rumpf betroffen; in einzelnen Fällen ist fast die ganze Körperoberfläche anästhetisch oder nur einzelne inselförmige Partien fühlend. In diesen Fällen binden sich auch die sensorischen Störungen an keine, wenigstens für jetzt erkennbare Regel.

Wichtig ist noch Folgendes zu merken. Die Resultate der Sensibilitätsprüfung sind nicht immer eindeutig. In zweifelhaften Fällen ist also Vorsicht und wiederholte Untersuchung nöthig. Besonders ehe man sich dazu herbeilässt, eine herabgesetzte Empfindlichkeit anzunehmen, sollte man sich öfters von ihrem Vorhandensein überzeugt haben, complete Anästhesien sind natürlich leichter festzustellen. (Hier besonders schärfst übrigens die Uebung in und die Gewohnheit des Untersuchens auf Sensibilitätsstörungen das Urtheil. Referent.)

Von Motilitätsstörungen kommt zunächst eine allgemeine Muskelschwäche vor. Ferner wird die Motilität häufig durch Schmerzen gehemmt und namentlich oft sind es alle Bewegungen, bei denen Drehungen oder Beugungen der Wirbelsäule nöthig sind, die durch die Häufigkeit der Schmerzen in dieser Gegend gehindert werden. Gar nicht selten kommt es auch zu einer fehlerhaften Vertheilung der Motilitätsimpulse: statt der gewollten kommen andere, oft geradezu antagonistische Muskelgruppen in Thätigkeit. Hemiplegien und Monoplegien kommen besonders nach mehr örtlichen Verletzungen vor. Sie finden sich stets an der Seite der Verletzung, vereint mit sensibel-sensorischen Anästhesien, Facialis und Zunge sind nicht mitbeteiligt. Während willkürliche Acte s. s. unmöglich sind, sind manchmal mehr unbewusst gewohnheitsgemäße Acte gut ausführbar (s. Beobachtung XXX.). Die Lähmung beschränkt sich nie auf einzelne Nervengebiete, sie trifft wie die Anästhesie ein ganzes Glied oder einzelne Abschnitte desselben. Sie ist eine schlaffe oder mit Contractur verbundene. Die Contractur stellt entweder nur ein Gelenk fest oder ein ganzes Glied; die contracturirten Gelenke sind häufig der Sitz von Schmerzen. Nicht selten kommt es auch zu messbarem Muskelschwunde. Ferner findet man in seltneren Fällen quantitative Herabsetzung der directen und indirekten elektrischen Erregbarkeit der Muskeln für beide Ströme, ohne eine Spur von E. A.-Reaction und oft verbunden mit Erhöhung des Hautwiderstandes. An excidirten Muskelstücken fand sich Verlust der Querstreifung, Kernvermehrung etc.

Die Gehstörungen sind besonders wichtig. Es kommt erstens eine Art von spastisch-paretischem Gange vor. Dabei klebt aber nicht nur die Fussspitze am Boden, sondern die ganze Planta schleift auf demselben, es findet sich nicht so hochgradige Steifigkeit, und wenn auch erhöhte Sehnenreflexe, so doch kein so ausgesprochener Patellar- und Achillessehnenclonus, wie bei organischen spastischen Paresen. In einigen Fällen wurde eine Art pseudoatactischer Gehstörung beobachtet, im Liegen fand sich keine Spur

von Ataxie. Wieder andere Kranke erinnerten durch ihren Gang an Kleinhirnaffectionen. Bei einseitigen Paresen, besonders des Beines, wird das Bein nicht, wie bei organischer Hemiplegie, im Bogen circumducirt, sondern im Ganzen nachgezogen, eine Bewegung, wie sie das Kind macht, das auf einem Stecken reitet. Besonders charakterisiert wird der Gang noch durch die Schmerzen und das dadurch bedingte Steifhalten der Wirbelsäule. Der Oberkörper neigt sich dabei im Ganzen oft nach vorn, die eine Hand liegt zur Stütze im Kreuze. (Letztere Haltung ist ganz besonders charakteristisch und auch vom Referenten mehrmals gesehen.) Verfasser hebt noch hervor, dass alle diese Gehstörungen sich bei Patienten fanden, deren Krankheit als ganz sicher festgestellt betrachtet werden konnte.

Die Sehnenreflexe sind häufig gesteigert, fehlen nie. Tremor ist ein fast konstanter Begleiter der traumatischen Neurose. Er gehört zu den schnellschlägigen Formen und wird bei darauf gerichteter Aufmerksamkeit stärker. Nur selten beschränkt er sich auf eine oder zwei, speciell die oberen Extremitäten, meist ist er ein allgemeiner. Ein paar Mal glich er ganz dem Intentionstremor der multiplen Sclerose.

Die Hirnnerven sind im Ganzen wenig betheiligt. Pupillendifferenz findet sich nicht selten, sie nimmt manchmal bei Angstanfällen zu. Sehr wichtig sind Störungen in der Herzinnervation. Man findet sehr vermehrte Pulsfrequenz 100—120 p. M., verbunden mit einer grossen Irritabilität des Herzens, so dass bei geringsten äusseren Anlässen der Puls noch um 20 bis 40 Schläge in die Höhe schnellt. In zwei Fällen O.'s bildete sich aus diesen Symptomen allmälig eine Hypertrophie und Dilatation des Herzens heraus. Die gelähmten Glieder sind nicht selten cyanotisch. Auch die Functionen des Darmcanales können gestört sein. Es findet sich Appetitlosigkeit, zeitweises Erbrechen und profuse Diarrhöen. Besonders häufig haben auch die Geschlechtsfunctionen gelitten; die Libido sexualis ist stark, weniger die Potenz herabgesetzt.

Capitel V. ist überschrieben: Theorie über das Wesen und die Genesis der traumatischen Neurose. Zu einem eingehenden Referate eignet sich dieses Capitel nicht, es ist dafür zu knapp gehalten. Es sollen nur die Hauptsachen betont werden. Die traumatische Neurose ist eine cerebrale funktionelle Krankheit. Zu ihrer Entstehung concurriren 1. die mechanischen Insulte und ihre Folgen, namentlich die Schmerzen (Rückenschmerzen durch die directe Zerrung und Quetschung des Bandapparates der Wirbelsäule); 2. die psychische Erschütterung, welche Veränderungen der Stimmung und Lähmungszustände psychischer Natur (durch Autosuggestion oder durch directes Erlöschen der betreffenden psychischen Erinnerungsbilder) hervorruft; 3. der locale Shock, der bei nervös Veranlagten resp. durch den psychischen Shock alterirten sich stabilisiren kann; 4. die dauernde Aufmerksamkeit auf die Schmerzen, die zu hypochondrisch melancholischer Gemüthsstimmung führt resp. durch sie begründet ist. Durch diese 4 Factoren sind alle Einzelheiten in Symptomen und Verlauf des Krankheitsbildes zu erklären. Nur wo sich Zeichen organischer Entartung finden (Opticusatrophie, reflectorische Pupillen-

starre), was nach O. allerdings selten ist, muss man Läsionen pathologisch-anatomischer Natur verlangen. Die Annahme einer solchen Combination hat ja auch gar nichts Gezwungenes; sie bildet vielmehr, wie besonders auch Strümpel l. c. hervorhebt, einen stringenten Beweis für die Objectivität der functionellen Störungen in solchen Fällen.

VI. Prädisposition. Sie ist in vielen der O.'schen Fälle nicht nachzuweisen. Wo sie besonders ausgeprägt war, genügte eine ganz leichte Verletzung zum Hervorrufen der Neurose. In zwei Fällen, wo die Krankheit nach peripherer Verletzung eintrat, bestanden vorher schon psychische Anomalien. O. meint, dass auch Alkoholismus die Prädisposition erhöhe. Rigler nimmt an, dass der Beruf der Eisenbahnbeamten an sich eine nervöse Disposition schafft. (Dem stimmt neuerdings auch Charcot zu. Referent.) O.'s Nachforschungen ergaben in dieser Beziehung negative Resultate.

Der Verlauf (Capitel VI.) ist ein chronischer. Die Erscheinungen treten selten gleich nach der Verletzung in vollendeter Entwicklung auf, meist brauchen sie zu ihrer Ausbildung Monate.

Im Ganzen sind die Symptome sehr stabil, nicht selten progressiv und zu ausgebildeten Psychosen führend. Die Prognose quoad vitam ist gut, die quoad sanationem sehr schlecht. Dass viele Patienten sich theilweise bessern, wenn ihre Rechtsansprüche befriedigt sind, kann bei der wesentlich psychischer Natur der Krankheit nicht Wunder nehmen.

Wenn die Therapie (Capitel VIII.) auch kaum Heilungen zu verzeichnen hat, so kann sie doch wesentliche Besserungen herbeiführen. Von psychischen Momenten ist hier eines besonders wichtig: die ev. Processe mit ihren fortwährenden Reizen für den Kranken möglichst schnell zu erledigen. Sehr gut ist es auch, wenn die Kranken eine ihrer Arbeitsfähigkeit entsprechende Arbeit erhalten können.

Im Uebrigen kommt zunächst Ruhe und gute Ernährung in Betracht. Ferner empfiehlt O. Badecuren speciell Oeynhausen und Nauheim, dann elektrische Behandlung, vor Allem Galvanisation durch den Kopf. Viel kommt auch auf die psychische Behandlung und das ganze Auftreten des Arztes an. Von hypnotischen Versuchen hält Verfasser nicht viel. Mit vollem Rechte, wie wol Jeder zugestehen wird, der solche Kranke kennt, empfiehlt er schliesslich noch die Brompräparate.

Capitel IX. „Forensische Betrachtungen“ bespricht natürlich hauptsächlich die Fragen etwaiger Simulation oder Uebertreibung. Im Allgemeinen muss auch hier auf das Original verwiesen werden, zu besonderer Nachachtung sei hier Seite 139, Absatz 3 empfohlen. Dass Simulation vorkommt, ist selbstverständlich, häufig hat sie O. nicht gesehen. Um sich vor ihr zu hüten, giebt es nur ein Mittel, die genaueste Untersuchung und Beobachtung. Zunächst kommt hier die empirische Wahrheit gewisser Symptome in Betracht. Ferner doch wol auch einzelne besonders prägnante Symptomcomplexe, wie die totalen Anästhesien, die Gesichtsfeldeinengungen, die Herzsymptome, wenn sie constant sind, alles Dinge, die so gar nicht zu simuliren sind (Ref.); für andere Symptome ist allerdings unter Umständen Krankenhausbeobachtung nötig, wenn

man Simulation sicher ausschliessen will. Schwieriger ist die Sache mit der Uebertreibung. Diese können wir aber, wie O. mit Recht bemerkt, auch bei anderen Kranken nicht ausschliessen, ohne dass wir darum an ihrem Kranksein zweifeln. (Bei dem Bildungsgrade der meisten dieser Patienten ist es wol nicht zu verwundern, dass dieselben, wenn sie erst von drei Aerzten für ganze oder halbe Simulanten erklärt sind, beim vierten Arzte ihre wirklich vorhandenen Krankheitssymptome übertreiben. Ref.) Was die Frage nach dem Zusammenhange zwischen Unfall und Krankheit anbetrifft, so ist erstens zu bemerken, dass die betreffenden Symptomencomplexe ohne vorhergegangenen Unfall bei Männern sehr selten sind (nur der Alkoholismus kann hier differential-diagnostische Schwierigkeiten bereiten) und ferner daran zu denken, dass die scheinbare Latenz der Krankheitssymptome eine sehr lange sein kann.

In Bezug auf die Frage nach Grad und Dauer der Erwerbsunfähigkeit ist stets besondere Vorsicht nöthig: in letzterer Beziehung thut man gut, einen sicheren Ausspruch erst nach längerem Bestande der Krankheit zu thun.

Damit schliesst die Arbeit. Wie schon erwähnt, konnte das Referat nicht in allen Theilen der Fülle des Gebotenen gerecht werden. Doch das ist auch gar nicht sein Zweck. Dieser ist erreicht, wenn nach dem Durchlesen dieser kurzen Inhaltsangabe recht Viele das Original selbst zur Hand nehmen werden. Sie können überzeugt sein, das wird geschehen zu ihrem Nutzen und zum Nutzen ihrer Kranken.

Bruns (Hannover).

General Paralysis of the Insane by Wm. Julius Mickle. Second edition. London 1886.

Die 466 Seiten umfassende Monographie giebt unter Berücksichtigung der einschlägigen Literatur, welche mit grossem Fleisse zusammengetragen ist, einen Ueberblick über das Krankheitsbild der progressiven Paralyse in klinischer und anatomischer Hinsicht. Nach der Besprechung der verschiedenen Verlaufsweisen werden die einzelnen Symptome, insonderheit die somatischen erörtert. In gleicher Ausführlichkeit werden die pathologische Anatomie, Aetiologie und Therapie besprochen. Der Differentialdiagnose ist ein besonderes Capitel zuertheilt und finden hier die in Betracht kommenden Erkrankungen eine ausgedehnte Berücksichtigung.

Bei der Eintheilung des Stoffes haben sich manche Wiederholungen nicht vermeiden lassen.

Die zum Schluss mitgetheilten Krankengeschichten sind gut ausgewählt.

Siemerling.

The Nature of Mind and Human Automatism by Morton Prince. Philadelphia 1885. — Le cerveau et l'activité cérébrale au point de vue psycho-physiologique par Alexandre Herzen. Paris 1887.

Beide Werke sind philosophische Abhandlungen, deren Inhaltsangabe sich dem Referat entzieht.

Siemerling.

Hack Tuke, Geist und Körper. Studien über die Wirkung der Einbildungskraft. Autorisirte Uebersetzung der II. Auflage des englischen Originals. Jena, Gustav Fischer. 1888.

In einer Zeit, in welcher die Bedeutung der Vorstellung für das Entstehen und Vergehen von Krankheitserscheinungen überall und von allen Seiten gewürdigt wird und die Lehre von der Suggestion im wachen und hypnotischen Zustande ein immer noch im Wachsen begriffenes Interesse in Anspruch nimmt, ist es gewiss berechtigt, die Aufmerksamkeit der Fachgenossen auf ein Buch zu lenken, welches den Einfluss der Vorstellung, der Einbildung auf Werden und Schwinden körperlicher und insbesondere krankhafter Zustände durch eine sehr fleissige Zusammentragung der hieher gehörigen Beobachtungen und Erscheinungen in anregendster Weise bespricht.

Die erste Auflage dieses Werkes ist bereits im Jahre 1872 erschienen. Dr. Kornfeld hat durch eine gute Uebersetzung der II. Auflage das Werk weiteren Leserkreisen zugänglich gemacht. Oppenheim.