

15:de franska kongressen för psykiatri, neurologi.

Kinberg, Olof,

46 C g w Br. Franska kongressen



National Library
of Sweden

Med.
Psyke.
Med.
(P.M.)

XV:de franska kongressen för psykiatri nevrologi.

Af

Olof Kinberg.

Kongressen ägde rum i Rennes under första veckan i aug. (1—7). Antalet deltagare utgjorde omkr. 250, hvaraf 5—6 utlänningar.

Hypokondrins patogenes och nosologi.

Af Pierre Roy (Paris).

Efter några ord om hypokondrins historia, hvilken går tillbaka ända till Hippokrates, framhöll R. att det väsentliga i studiet af hypokondrin numera icke är den historiska utvecklingen eller beskrifningen, utan i stället dess *patogenes* och *nosologiska* ställning.

Beträffande begreppsbestämningen framhöll R., att han uteslutande baserade sin framställning på den *hypokondriska idén*, det kliniska fundamentet för hvarje hypokondriskt tillstånd. Den hypokondriska idén definieras såsom *tydligt öfverdrifna eller omotiverade bekymmer* rörande den kroppsliga hälsan. Hufvudintresset beträffande den hypokondriska idéns patogenes tillkommer afgörandet af frågan, om den är ett uteslutande psykiskt symptom, eller om den har ett organiskt ursprung. Såsom representant för den *psykiska doktrinen* citerar R. Dubois (Bern), enligt hvilken hypokondrin såsom en rent psykisk affektion är tillgänglig endast för psykisk behandling.

Den *viscerala doktrinen* företrädes af Head. Hos vissa personer lidande af visceral affektioner (hjärtfel, tuberkulos) har han observerat dels *förändringar af stämningen* (exaltation, depression, euphori, misstänksamhet, oro) dels *hallucinationer* för syn, hörsel, lukt. Alla de pat., som företedde psykiska symptom, visade också symptom af *reflekterad visceral-smärta* å korresponderande hudområden. Då denna reflekterade smärta saknades hos alla sådana somatiskt sjuka, som voro fria från



psykiska symptom, anser Head den vara direkt orsak till de psykiska symptomen. Enligt Head är sålunda hypokondrin följden af rubbningar hos n. sympaticus.

Wollenberg medgifver båda de ofvannämnda patogenetiska momenten men för olika fall, och uppställer i öfverensstämmelse härmed två olika former:

Den *konstitutionella hypokondrin*, som utvecklar sig på exkvisit degenerativ terräng, och saknar tydliga etiologiska moment.

Den *accidentella hypokondrin*, som däremot alltid företer tydliga etiologiska moment, antingen i form af somatiska sjukdomar eller psykiska inflytelser (öfveransträngning, psykiska traumata etc.). Denna form är identisk med den neurasteniska hypokondrin med vanligen subakut utveckling och god prognos. Mellan dessa båda former finnas enl. Wollenberg alla öfvergångar, och indelningen har endast ett kliniskt berättigande, då i alla fall äfven de mest accidentella, en hypokondrisk konstitution är nödvändig förutsättning för utvecklingen af hypokondriska idéer.

För Roy äro de ofvannämnda motsatta teorierna, representerade af Dubois och Head, emellertid ingalunda oförenliga. Han anser nämligen såsom nödvändiga betingelser för uppkomsten af den hypokondriska idén 1) ett *hypokondriskt temperament*, d. v. s. en vanligen hereditär disposition för hypokondriska grubblerier, 2) *cœnestetiska rubbningar* med eller utan lesioner af n. sympaticus, men alltid utgående från denna nervs funktionsområde, då cœnestesin i själfva verket ej är något annat än »sympaticusmedvetandet».

Att sympaticus-rubbningar i många fall af sinnessjukdom föreligga visas också genom förekomsten af visceral analgesier (paralysie générale), Jaboulay's solaira syndrom etc., hvarjämte man hos hypokondriska paralytici påvisat anatomiska förändringar af ganglion semilunare och splanchnici.

Beträffande hypokondrins *nosologiska* ställning framhåller Roy, att de etiologiska momenten kunna förekomma vid nästan alla former af sinnessjukdom. Den gamla uppfattningen af hypokondrin såsom en själfständig sjukdomsform föranledde åtskilliga försök att afgränsa den från hysterin, melankolin, förföljelsedeliriet etc. Alla dessa försök ha visat sig fruktlösa. Enligt Roy förekomma hypokondriska tillstånd i följande sjukdomsgrupper:

1) *Demenser* af olika natur (dementia senilis, paralytica, præcox, alcoholica etc.).

2) *Imbecillitet* och *epilepsi*.

3) *Toxi-infektioner*, isynnerhet *alkoholismus chronicus*, där de talrika rubbningarna af den allmänna sensibiliteten ofta ge



upphof till hypokondriska tillstånd. Därjämte vid *confusioner* af allehanda art (tyfoid, puerperal etc.) samt vid *involutionsmelankoli*.

4) *Konstitutionella psychopatier* af olika typ, intermittent melankoli.

5) *Neurastenin*, till hvilken måste föras en mängd hypokondri *minores* med sjukdomsfarhågor, mer eller mindre osäkra, men utan fixerade tankevillor.

Då hypokondrin sålunda förekommer såsom symptom vid en mängd olika sjukdomar, torde det vara fåfängt att söka hålla fast vid hypokondrin såsom autonom sjukdomsform: *Hypokondrin existerar icke såsom en distinkt affektion, den rättfärdigar icke sin specificitet genom någon etiologisk eller evolutiv karaktär.*

I en annex-rapport öfver *hypokondrin från medico-legal synpunkt*, af Roy och Jacquelier, framhålla förf., att hypokondrin icke med nödvändighet behöfver implicera otillräknelighet, om brottet icke är en direkt följd af en hypokondrisk tankevilla; däremot anse de, att äfven i sådana fall en minskning af tillräkneligheten föreligger.

Själfmordet intar första rummet bland de hypokondriska reaktionerna. Öfvertygelsen att aldrig återfå sin hälsa drifver hypokondern att döda sig. Ehuru ofta premediteradt, är utförandet ofta en impulshandling, framkallad af en ångestattaek. Den patologiska karaktären är obestridlig.

Själfstympningen är ofta en följd af absurda tankevillor, som kunna vara motiverade af smärtsamma sensationer, framkallade af en faktisk organförändring. (Ex. En man med mitralstenos stötte en knif i bröstet för att släppa ut det djur, som gnagde på hans hjärta).

Homicida hypokondri äro någon gång melankolici, oftast »des persécutés».

Mordbrand begås någon gång af hypokondri; motivet oftast hämnd.

Vid den *traumatiska hypokondrin* är det isynnerhet af vikt att söka isolera och uppskatta den relativa betydelsen af det konstitutionella och det accidentella etiologiska momentet.

Diskussion:

Régis uttalade sig för den coenestetiska teorin och framhöll de påtagliga sensibiliteitsrubbingarna inom sympaticusområdet. Ansåg, att det fanns en form af intellektuell hypokondri, omfattande sådana sjuka, som förete hypokondriska grubblerier öfver sina psykiska funktioner.

Cullère däremot betraktade hjärnan såsom platsen för den primära lesionen.

Deny påpekade den otillbörligt stora plats ref. gifvit åt Dubois' och Heads åsikter, hvilka knappast äro annat än förnygrade upplagor af de gamla doktrinerna angående hypokondrin. Heads reflex-smärtzoner ha med få undantag ej bekräftats af andra forskare. Den bas, hvarpå ref. byggt sin uppfattning, är alltså skäligen osäker, och det är förvånande, att ref. på så svaga grunder öfvergifvit den gamla psykiska teorin. Vidare har ref. sammanblandat två olika sjukdomstyper: *nosophoben*, som fruktar att bli sjuk och fördenskull ständigt examinerar sin kropp (han är ej hypokonder utan en vanlig neurasiteniker), och *hypokondern*, som är öfvertygad om att han är sjuk, emedan han känner sig sjuk. Dessa abnorma sensationer bero på en förändring af coenästesis, hvilken är den allmänna kroppskänslan, *kroppsmedvetandet*, och icke sympaticus-medvetandet, då den omfattar betydligt mera än sympaticus-området. Vidare är refs definition af coenästesi ofullständig, eftersom den omfattar endast perifera kroppsörnimmelser och utesluter förnimmelser från hjärnan. Men det är just bark-centra, där minnesbilderna för kroppsörnimmelserna äro magasinerade, som förete rubbningar, funktionella eller organiska, vid hypokondrin. Däremot spela visceral lesioner endast undantagsvis någon roll vid uppkomsten af hypokondriska tillstånd, enär de dels kunna alldeles saknas, dels äro otillräckliga att, där de finnas, ensamma framkalla det hypokondriska syndromet, hvars nödvändiga förutsättning är en förändring af de inre förnimmelserna, en *coenästesiopati*.

Uppstigande neuriter.

Af Sicard (Paris).

Bland de olika sjukdomar beskrifna under namnet neuritis ascendens har Sicard isolerat ett syndrom, den posttraumatiska, toxi-infektiösa, uppstigande neuriten, med regional topografi. Redan förut ha åtskilliga sjukdomar, som tidigare ansetts höra till den ascenderande nevrinen, afskilts därifrån. Så t. ex. vissa akuta myeliter, vissa polynevriter och isynnerhet Landys ascenderande paralyt, hvilken enligt Grasset är beroende på en »neuronite motrice antérieure» och sålunda är vidt skild från nevritis ascendens såväl med afseende på dess patologiska anatomi som dess kliniska symptom. Nissl's »réactions cellulaires à distance» tillhöra ej heller nevritis ascendens, då nervstammen mellan den perifera lesionen och centrum förblir normal. Likaledes är det nödvändigt att skilja den äkta nevrinen från andra toxi-infektioner (titanus, lyssa), enär det vid dessa affektioner

ej är fråga om en verklig inflammation af nervstammen, utan om »conductibilités nerveuses spécifiques»: *nervoconductibilité toxique* (tetanustoxin), eller *microbienne* (virus lyssæ).

Sålunda lösgjord från heterogena sjukdomsformer utgör den ascenderande nevriten ett *regionärt syndrom, med långsamt ascenderande, progressivt förlopp* — regression och hälsa dock ej uteslutna. Den *kliniska* karaktären utgöres af våldsamma, ofta paroxystiska smärtor, den *anatomiska* af en interstitiel inflammation af nervstammen.

Etiologin är alltid ett infekteradt sår. Den ascenderande nevriten uppträder afgjordt oftare å öfre extremiteterna än å de undre; ulnaris har betydligt större disposition för sjukdomen än medianus och radialis. Sjukdomen är ganska sällsynt. På 146 fall af sår med lesion af nervstam endast 6 fall af nevritis ascendens.

Sjukdomen uppträder under 2 former: en *proximo-central*, med utgångspunkt nära centrala nervsystemet, en *disto-central*, med utgångspunkt på ett större afstånd från centrum.

I fråga om utvecklingen kan man med säkerhet fasthålla vid ett primärt, obligatoriskt stadium, yttrande sig i *perifer reaktion med begränsad progression uppåt*. För antagande af ytterligare 2 stadier i fråga om sjukdomsprocessens ascension, ett *ganglionärt* och ett *radico-medullärt*, talar icke den aktuella erfarenheten.

Det första stadiets kliniska symptom utgöras af: 1) smärtor, ytterst häftiga, 2) objektiva förändringar af sensibilitet, motilitet, reflexretbarhet och troficitet å den sjuka nervens område, 3) rarefaktion af bensubstansen, ådagalagd medels radiografi. Förloppet af detta första stadium sträcker sig öfver några månader till 2—3 år. Regression och hälsa möjliga.

Ett kontinuerligt fortskridande af processen från periferien till centrum är ännu ej ådagalagdt. Men då i vissa fall efter någon tid en förändring i sjukdomsbilden inträder, yttrande sig i ett tilltagande af smärtorna såväl i fråga om intensitet som utbredningsområde, antar Sicard möjligheten af en *fjärrverkan på motsvarande spinalganglier*.

På grund af de våldsamma smärtorna inträda psykiska förändringar, ångesttillstånd etc., hvartill snart komma morfinförgiftningens mentala symptom.

I differentialdiagnostiskt afseende har man isynnerhet att tänka på »uppstigande traumato-nevroser». Härvid kan radiografin göra god tjänst.

Behandlingen bör vara uteslutande medicinsk utom i de fall, där man kan påvisa en hypertrofisk kallas, en hyperostos, en keloid eller ett palpabelt nevrom som orsak till inflamma-

tionen, då kirurgiskt ingrepp är indicerad. Man ger injektioner af cocain utefter den angripna nervstammen, samt opium såsom sedativum; dessutom hvila och lämplig elektroterapi. För morfin varnas, då följden ofelbart blir morfinism.

Léri sade sig betvifla riktigheten af Sicards anatomo-kliniska syndrom, därvid stödjande sig på undersökningar af ryggmärgen på 12 personer, hvilka affidit efter amputation. I nästan alla dessa fall kunde man konstatera lesioner å baksträngarna, hos somliga homolaterala, hos andra heterolaterala. Dessutom påträffades i flera fall rester efter meningitiska förändringar. Denna meningit är utan tvifvel framkallad af en ascenderande neurit, utgående från amputationssåret. Då den ascenderande neuritens kliniska syndrom aldrig förekommit hos dessa sjuka, torde sjukdomens första stadium icke, såsom Sicard anser, vara obligatoriskt.

Brissaud framhöll, att begreppet neuritis ascendens är framför allt kliniskt, och att det vore oriktigt att med stöd af patologiskt-anatomiska rön därunder subsumera hvarjehanda lesioner af nerver och ryggmärg, uppkomna efter traumatism, om de kliniska symptomen saknas. Därjämte betonade han denna sjukdoms stora rättsmedicinska betydelse särskildt med afseende på lagen om olycksfall af 1898, då den så ofta leder till morfinism eller suicidium.

Bad och hydroterapi vid behandling af sinnessjukdomar.

Af Pailhas.

Indikationen för hydroterapi vid sinnessjukdomar äro af två slag, dels allmänna, symptomatiska, utgående från det förhärskande syndromet, excitation eller depression, dels individuella.

Beträffande *excitationen* är nyttan af bad ett sedan lång tid känt faktum. Däremot är frågan om den fördelaktigaste formen för badbehandlingen ingalunda afgjord. Isynnerhet rörande det relativa värdet af det permanenta (Kræpelin) och det diskontinuerliga (Brierre de Boismont) långbadet, äro meningarne divergenta. Enligt Thomsen yttrade sig flertalet tyska psykiatrici år 1902 för det diskontinuerliga långbadet, men detta hufvudsakligen af praktiska skäl. För ref. är det klart, att det permanenta långbadet bör vara en undantagsåtgärd, och att dess systematiska användning är en öfverdrift. Däremot anser han diskontinuerliga långbad vara af god verkan mot excitation vid akuta psykoser. Därjämte rekommenderar han,

hufvudsakligen med stöd af äldre auktoriteter, användning af kalla bad, dusch af olika slag alltefter psykosens natur. Äfven våta inpackningar finner han vara af god verkan i många fall.

Med afseende på tillfälliga excitationstillstånd vid kroniska psykoser anför han en statistik af Würth, enligt hvilken anfall af synkope ofta inträda efter långbad på 12 timmar (23 gånger på 102 sjuka), och sluter däraf, att man bör vara på sin vakt gentemot långbadets deprimerande inverkan vid kroniska manier. Vid den ångestfulla och epileptiska excitationen har långbadet föga användning (Kræpelin).

För den enkla, neurasteniska depressionen rekommenderar ref. tempererad event. kall dusch af kort duration. Vid melankoli med stupor kan man använda varma bad, halfbad, tempererad dusch eller inpackningar. Vid delirium acutum anser han användningen af varma långbad, hvilken varmt förordas af Kræpelin, såsom mycket betänklig i betraktande af den sjukes kroppsliga svaghet. Alla organiska hjärnlesioner (senilitet, arteriosclerosis præcox, uppmjukning etc.) och isynnerhet dementia paralytica utgöra i regeln en bestämd kontraindikation mot användningen af stora hydroterapeutiska applikationer. Den katatoniska excitationen bör enligt Kræpelin behandlas med långbad.

Slutligen påpekade ref. den profylaktiska betydelsen af hydroterapi under prodromalstadiet af psykosor och nevrosor.

Christian inlade sin bestämda protest mot den användning af långbad, som praktiseras å så många anstalter och i synnerhet på Kræpelins klinik. Det är en verklig tortyr att kvarhålla de sjuka i ett badkar under månader, hvarför denna badform bör absolut afskaffas vid behandling af sinnessjukdomar.

Sedan flera talare yttrat sig för och emot de permanenta långbaden, begärdes ordet af *Deny*, som förklarade, att, då en man sådan som Kræpelin, hvilkens namn ungefär motsvarade namnet Magnan i Frankrike, på grund af egen erfarenhet lofordat de goda resultatet af en behandlings metod, det permanenta långbadet, »då ha vi »simples médecins», ingen rättighet att utan egen erfarenhet bestrida hans ord, och för närvarande finns det icke en läkare i Frankrike, kompetent att yttra sig öfver denna behandlingsmetod, då ännu ingen pröfvat den.»

Metaboliskt delirium på hypokondrisk bas.

Af Camus.

Hos en kvinna på 35 år uppträdde efter upprepade, häftiga affekter ett ångesttillstånd med tvångsföreställningar. Detta tillstånd utvecklade sig snart till ett delirium med i början hypokondriska och negativa idéer, sedan transformationsidéer rörande först hennes fysiska därpå äfven hennes psykiska personlighet: hon trodde sig förvandlad till hund, till tjur etc., trodde sig vara inkarnationens mysterium etc. Inga tecken till demens. Efter någon tid iaktogs äfven symptom, antydande förändringar af de yttre perceptionerna, af rum, tid etc. Alla dessa symptom hänföras till förändringar i barkcentra för de coenästetiska förnimmelserna, manifesterande sig än som minskning eller upphäfvande af de inre sensationerna (negationsdelirium), än såsom perversion af dessa sensationer (metaboliskt transformationsdelirium).

Kernigs symptom vid paralysie générale.

Af Darcagne.

Detta symptom är nästan konstant under paralysens terminalstadium och förekommer äfven ehuru mindre ofta under initialstadiet. Hos 4 män iaktogs symptomet redan vid sjukdomens början och utan att någon gång-rubbning kunde konstateras. Vidare har det iakttagits, innan pupillarsymptomen utvecklats sig. Kernigs symptom kan sålunda, då det förekommer i början af en paralys, vara af diagnostiskt värde.

Undersökningar öfver patellarreflexen.

Af Castex.

Med tillhjälp af en myograf, konstruerad af ref., har han företagit undersökningar öfver förhållandet mellan patellarreflexens latenstid och retningsintensitet och kommit till det resultat, att latenstiden, som i medeltal är 0,07, är omvänd proportionell mot retningsintensitet.

För att på ett praktiskt och bekvämt sätt erhålla ett objektigt uttryck för patellarreflexens styrka, har ref. konstruerat en reflexometer, på hvilken man kan direkt afläsa styrkan af stöten mot patellarligamentet. Genom att bestämma rörelseenergin hos den stöt, som framkallar en jämt och nätt synbar muskelryckning, har man ett objektigt uttryck för reflexens

styrka. Hos normala personer utgör detta minimum i medeltal 125 gm cm. I vissa fall af dementia præcox har han funnit en stegring af reflexen ända till 50 gm cm. Castex har äfven visat, att perkussionsinstrumentets form är utan inflytande på reflexens styrka.

Ögonsymptom vid Dementia præcox.

Af Dide och Arsicot.

Förändringar af pupillarreflexerna, tre kategorier:

- 1) Försvagade eller upphäfdade ljus- och ackomodationsreflexer. Detta symptom föga vanligt.
- 2) Upphäfd ackomodationsreflex med bibehållen ljusreflex,
- 3) Upphäfd ljusreflex, bibehållen ackomodationsreflex, myosis. (I ett fall).

Mycket ofta har en *öfvergående* minskning eller frånvaro af ljusreflexen iakttagits.

Förändringar af ögonbotten:

- 1) Papillarhyperæmi, venös.
- 2) Mindre ofta en affärgning af papillen med förträngning af kärnen, merendels begränsad till temporala delar af papillen.
- 3) Undantagsvis verklig *neuritis optica* med papillarhyperæmi och exsudat utefter artererna.

Samtliga dessa förändringar äro bilaterala; den oftalmoskopiska bilden är växlande alltefter den epok af sjukdomen, hvarunder undersökningen företagits.

Öfver några egenskaper hos blodserum vid dementia præcox; minskning af alexiner; förhandenvaron af »sensibilisatrices».

Af Dide och Sacquépée.

Blodserum hos personer lidande af dementia præcox har visat sig innehålla en betydligt mindre kvantitet alexiner än blodserum hos friska människor. Denna minskning af alexiner är antagligen af betydelse vid patogenesen af septikämier, hvilka äro så vanliga vid dementia præcox. — Mycket ofta har blodet hos dessa sjuka befunnits innehålla bakterier. Två arter ha undersökts: 1) bacill, som icke affärgas enl. Gram, 2) staphylobacill. Undersökningen har gifvit följande resultat: 1) Båda dessa baciller framkalla en specifik reaktion hos blodserum, äro alltså verkligt infekterande. 2) Deras förekomst i blodet är mycket vanligt men ej konstant.

Pupillarsymptomens diagnostiska värde vid cerebrospinalaffektioner.

Af Jocqs.

Förekomst oftast vid tabes, dementia paralytica och hjärnsyfilis. Vid tabes: upphäfd ljusreflex, myosis, pupillardifferens. Pupillardifferensen är ej karakteristisk för tabes: den beror oftast på en ensidig syfilitisk oftalmoplegi.

Syfilis ensamt framkallar ej ljusreflex-stelhet, hvilken alltid är ett tecken till tabes eller någon annan medullär affektion. Nästan alltid syfilitiska pupillar-symptom äro partiell eller total inre oftalmoplegi (paralys af constrictor pupillae, af ackommodationsmuskeln eller båda). De lesioner, som framkalla dessa symptom, äro vanligen basala. Paralysens ögonsymptom likna mycket dem vid hjärnsyfilis. Argyll-Robertssons symptom aldrig rent såsom vid tabes. Karakteristiskt för paralysen är en progressiv inre oftalmoplegi (pares, därpå paralys af constrictor iridis, progressiv pares af ackommodationsmuskeln, pupillardifferens). — Det finns en fullständigt fysiologisk varietet af pupillardifferensen.

Dementia paralytica tarda. Sclero-gummös meningit af högra paracentralloben.

Af Doutrebente.

Man, 64 år, utan hereditär belastning; syfilis vid 40 års ålder, kvicksilfverbehandling under endast 4 månader. Abusus alcoholicus efter infektionen; abstinent sedan 4 år, då han intogs å anstalt juli 1904. Sjukdomen debuterade i juli 03 progressiv minnesförsämring, absurda affärstransaktioner, rikedomsidéer. Vid interneringen: tremor å händer och tunga, stegrade patellarreflexer, Babinskis reflex, vänstra pupillen större än den högra, oregelbunden till formen; tröga ljusreflexer; tal- och skriftrubbning, storhetsidéer. Hastig evolution af sjukdomen, mors januari 05. Obduktionen visade: atrofi af hjärnan, dilatation af ventriklarna, adherens af mjuka hinnan, hvilken öfver högre paracentralloben företedde gulaktiga placques. — Paralysen hade i detta fall således inträdt under senium, 23 år efter infektionen.

Sellen 1905.