

XXXI.

Kritiken und Referate.

Einige Erscheinungen der neueren Psychiatrischen Literatur.

I.

J. Weiss, Werth und Bedeutung der Reformbestrebungen in der Classification der Psychosen. Stuttgart 1877.

J. Weiss, Die cerebralen Grundzustände der Psychosen. Stuttgart 1877.

C. Dittmar, Vorlesungen über Psychiatrie für Studirende und Aerzte. I. Abtheilung. Grundlegungen der Psychiatrie. Bonn 1878.

In jüngster Zeit sind einige Erscheinungen auf dem Gebiete der psychiatrischen Literatur hervorgetreten, die, obwohl an und für sich ohne erhebliche Bedeutung, doch geeignet sind, die Aufmerksamkeit durch die Richtung, welche sie verfolgen, zu erregen, einer Richtung, welcher nicht früh genug entgegengetreten werden kann.

Das Jahr 1877 brachte zwei Brochüren des Dr. Weiss, von denen die eine sich mit dem „Werthe und der Bedeutung der Reformbestrebungen in der Classification der Psychosen“ beschäftigt, die andere die „cerebralen Grundzustände“ der Psychosen behandelt. Das erste Schriftchen giebt der gründlichen Verachtung des Verfassers für Alles, was in der Psychiatrie bisher geleistet. Ausdruck, wobei er allerdings um so unbefangener sein kann, als er selbst in seinen Veröffentlichungen sich nicht immer gerade sehr viel darum kümmert; er tadeln sodann die „Reformbestrebungen“ — die für ihn wesentlich in den Bestrebungen bestehen, den Begriff der „Verrücktheit“ anders als bisher zu fassen —, weil es sich für die Klinik der Geisteskrankheiten nicht um die Art der Verstimmung, nicht um diese oder jene Wahnsinn handele, sondern um die organischen Gesetze der Erscheinungen.

Es darf einigermassen Erstaunen erregen, dass Verf. die Veröffentlichung einer selbständigen Brochüre für nothwendig gehalten hat, bloss um zu sagen, (denn um eine kritische Untersuchung an der Hand klinischer Thatsachen handelt es sich nicht), dass die Bemühungen in der genannten Richtung ebenso werthlos und verächtlich sind, wie die der älteren Arzte. Die Erklärung für diesen Eifer dürfte in zweierlei zu finden sein. Zunächst in einer persön-

lichen Gereiztheit, die auf den Verf. von der Umgebung aus, in welcher sich seine Wirksamkeit abspielt, auf ihn übergegangen ist und eine Entladung gegen einen Anhänger der neueren Auffassung der „Verrücktheit“ verlangte. Obwohl Verf. selbst daran Schuld ist, wenn es vielfach den Eindruck macht, als sei die Herabsetzung dieses an derselben Universität wirkenden Fachgenossen ein Hauptmotiv der Veröffentlichung seiner Brochüre gewesen, so ziehen mir doch die zweite Annahme vor, dass sein eigentliches Ziel ein höheres war. Er wollte zeigen, wie man es anzufangen hat, wahre Psychiatrie zu treiben, und die Andeutungen dazu giebt er bereits in dieser ersten Brochüre. Die ihm zu Folge in Verkennung der wahren Aufgabe und der nächsten Bedürfnisse einer Klinik der Geistesstörung verschwendeten Kräfte haben, wie er meint, wichtige und nahe liegende Probleme zu lösen, Probleme, deren Zahl nicht unbedeutend, und die dem Experimente und der klinischen Beobachtung zugänglich seien. Hierher sollen gehören die Fragen der Gehirnerschütterung, des Gehirndrucks, der Hydrocephalie und des Schädeltrauma's in allen seinen Variationen; durch Klarlegung dieser „Punkte“ durch Versuche an Thieren und die Beobachtung am Krankenbette solle die psychiatrische Wissenschaft gefördert werden.

Das also sind unsere Aufgaben! Wer solche Dinge schreiben kann, zeigt, wie man zugeben wird, dass er mit den Geisteskranken selbst eigentlich nichts anzufangen weiss und es deshalb für besser hält, sie links liegen zu lassen und sich mit anderen Dingen zu beschäftigen. Er sollte dann aber auch nicht den Anspruch erheben, der Psychiatrie ihre Aufgaben vorschreiben zu wollen!

Indess auch die genannten Aufgaben erscheinen dem Verf. noch nicht erhaben genug. Er verlangt, dass die psychiatrische Forschung den „psychophysischen“ oder, kurz gesagt, den „physikalischen“ Weg einschlagen soll; die Erforschung der Molecularvorgänge (er spricht von cerebralen Molekülen!) des normalen Seelenlebens ist die Aufgabe des Psychiaters, die Erkenntniss der Gesetze des pathologisch veränderten Seelenmechanismus werde sich daraus von selbst ergeben.

Die weitere Ausführung dieses Gedankens übernimmt das zweite Schriftchen über die „cerebralen Grundzustände“. Herr Weiss geht davon aus, dass die Erscheinungen des psychischen und psychisch-motorischen Lebens Ausfluss von molecularen Bewegungen sind, deren verschiedene Ausdrucksweise in erster Linie von dem Endpunkte der erregten Bahn, in zweiter von der Intensität der Bewegung bedingt wird. Als ebenso feststehend werden die Thatsachen der Reizschwelle und Reizhöhe, das Prinzip der Indifferenz und der stellvertretenden Function betrachtet. „Von diesen unverrückbaren, durch alle Thatsachen des Gehirnlebens erhärteten Angelpunkten ausgehend“, heisst es dann weiter, „lassen wir uns an der Hand des Fechner'schen Gedankens: von der bildenden und ordnenden Kraft jener Bewegungsvorgänge, die die Störung und Wiederherstellung der molecularen Gleichgewichtslage nothwendig setzen, in das Studium jener Gehirnzustände ein, welche den Psychosen zu Grunde liegen“. Es wird sodann die von Pflüger betonte Analogie der

Nervenkräfte und elastischen Kräfte herangezogen und der Satz zum Grunde gelegt, „dass es sich auch bei den Vorgängen im Centralnervensysteme wie in denen der elastischen Körper um Störungen einer molecularen (labilen) Gleichgewichtslage handle — in krankhaft gestörten-Hirnzuständen ist das cerebro-molecularae Aequilibrium in seiner Labilität über die physiologische Grenze hinaus erhöht oder vermindert.“ Ja wir hören weiterhin sogar von einem „Labilitätscoefficienten“ reden!

Die weitere Entwicklung dieser Gedanken, in der wir hier dem Verf. nicht weiter folgen, und die specielle Anwendung auf einige bekannte klinische Thatsachen bildet die Grundlage seiner „Psychiatrie“.

Verwandt in der Richtung ist der Inhalt des ersten Heftchens (die folgenden sind noch nicht erschienen) der „Vorlesungen über Psychiatrie“ von Dittmar. Dasselbe erörtert die „anatomischen und physiologischen“, „psychologischen und psycho-psychischen“ und „pathologischen“ Grundlegungen. Der Verf. hat, wie er in dem Vorworte sagt, diesem propädeutischen Theile eine grössere Sorgfalt zugewendet, als es wohl sonst geschehen sei, zum Theil deshalb, weil er den fremdartigen Eindruck, so wie die Schwierigkeiten kenne, welche die Thatsachen und Begriffe der Psychiatrie demjenigen machen, der mit denselben umzugehen und zu operiren nicht gewohnt ist; doch sei er auch hier bestrebt gewesen, sich auf das zum Verständnisse des Späteren Wichtige und Wesentliche zu beschränken. — Es will uns scheinen, als habe er das Gegentheil erreicht, und als sei die Lectüre der ersten Vorlesungen eher geeignet vom Studium der Psychiatrie abzuschrecken.

Zur Beantwortung der Frage nach der Stellung der Geisteskrankheiten kommt Hr. Dittmar von allgemeinen Principien her, betreffend die Aufgaben der Naturwissenschaft überhaupt, ohne die geringste Beziehung auf pathologische Thatsachen, die auch weiterhin, wo von den Bewusstseinsvorgängen und dem Sitze des Bewusstseins die Rede ist, so gut wie ganz unberücksichtigt bleiben, während dagegen auf gewisse histologische Einzelheiten, die noch dazu weit entfernt davon sind, anerkannt zu sein, ein grosses Gewicht gelegt wird. Am Weitesten aber verliert sich der Verf., indem er die Lehre Pflüger's vorträgt und zur Grundlage nimmt, dass „wesentlich die Verbindung des durch Dissociation vom lebendigen Eiweiss abgespaltenen Kohlenstoffs, Wasserstoffs und Sauerstoffs zu Kohlensäure und Wasser die Quelle der Leistungen des Organismus bildet“, so dass nicht bezweifelt werden kann, dass auch die Energie des specificischen Bewegungen im Nervensysteme und in specie im Organe des Bewusstseins diesem Vorgange ihre Entstehung verdankt. Diese Lehre wird auf das Ausführlichste vorgetragen, ohne dass im Geringsten ersichtlich ist, wie Thatsachen der Psychiatrie dadurch beleuchtet oder erklärt werden könnten. Dass der Standpunkt, auf den er sich von vorn herein gestellt, etwas bedenklich, scheint der Verf. selbst denn auch gefühlt zu haben; wenigstens ersucht er (S. 39 Anmerkung) den Leser, „der den nachfolgenden Betrachtungen zu folgen oder denselben ein Interesse abzугewinnen ausser Stande sei, die ganze dritte Vorlesung, so wie die auf diese Betrachtungen rekurrirenden (jedesmal namhaft zu machenden) späteren Abschnitte

zu überschlagen! — Es folgt dann ein Capitel Auseinandersetzungen, die sich im Ganzen in den gewöhnlichen Bahnen bewegen, über den Begriff der Gefühle, der Sinnesempfindung, der Vorstellung, woran sich eine Darstellung des psycho-physischen Gesetzes reiht und endlich der Abschnitt über die „pathologischen“ Grundlegungen. Auch hier geht Herr Dittmar von einem allgemeinen Begriffe aus, „von der Energie der Bewegung, welche den thätigen Zustand der spezifischen Substanzen im Organe des Bewusstseins darstellt“, und die Aufgabe einer wissenschaftlichen Pathogenese des Irrseins besteht nach ihm darin, „diejenigen Momente aufzuzeigen, welche im einzelnen Falle die Energie der spezifischen Bewegungen in der einen oder anderen Substanz des psychischen Organs (in abnormer Höhe resp. Kleinheit) gesteigert oder herabgesetzt haben.“

In dieser abstracten theoretisirenden Weise geht es bis zur achten Vorlesung; erst in dieser und der letzten bekommt Verf. einigermassen Boden unter den Füssen, indem er in kurzen Zügen die psychischen Elementarstörungen schildert, einzelne allgemeine Erscheinungen des Irrseins, und den Verlauf, die Prognose und Therapie der psychischen Störungen bespricht. Es sind hier meist nur kurze Andeutungen gegeben, die wohl einer späteren Ausführung harren.

Wir sehen in den Arbeiten der Herren Weiss und Dittmar denselben Grundfehler: sie nehmen zum Ausgangspunkte und machen zur Grundlage der Psychiatrie gewisse theoretische Vorstellungen aus der Mechanik resp. Physik und Physiologie, und geben sich den Anschein, als könnten sie darauf ein ganz neues Gebäude aufführen; sie glauben damit eine ganz besondere wissenschaftliche That zu vollziehen und scheinen sich weit erhaben über Diejenigen zu dünken, welche sich quälen mit der Beobachtung pathologischer Erscheinungen, mit der Ordnung und Sichtung derselben und mit neuen Fragestellungen. Sie scheinen dabei nicht zu merken, dass sie denselben Weg wandeln, wie die von ihnen mit Recht Getadelten, welche einst von aprioristischen psychologischen Sätzen aus die Psychiatrie aufbauen zu können vermeinten. Und diese waren immerhin noch besser, denn sie erweckten wenigstens nicht den Schein, zu den exacten Naturforschern zu gehören, während unsere Autoren bis in die tiefsten Tiefen der Molecularmechanik eingedrungen zu sein sich den Anschein geben. Es ist ein Missbrauch, der nicht ernstlich genug gerügt werden kann. Begriffe, die an ihrer Stelle vollkommen berechtigt und nothwendig sind, auf Gebiete zu übertragen, auf die sie absolut unanwendbar sind; es heisst das in dem vorliegenden Falle nichts anderes, als die naturwissenschaftliche Phrase an die Stelle der psychologischen setzen. Denn in der That, wer kann in der Anwendung der Ausführungen der Herren Weiss und Dittmar auf die psychischen Vorgänge etwas anders sehen, als die pure nackte Phrase, die blosse, zur Spielerei werdende Umschreibung der allergewöhnlichsten Thatsachen, ohne dass auch nur der Schatten eines wirklichen Verständnisses derselben gewommen würde?*)

*) Man lese z. B. wie Herr Weiss versucht (S. 24 Reformbestrebung;

Ja, wo ist überhaupt noch ein innerer organischer Zusammenhang zwischen einer Reihe von Ausführungen in den Vorlesungen des Herrn Dittmar und dem positiven Inhalte der Psychiatrie? Sonderbar genug nimmt es sich dabei aus, dass beide Autoren hier und da selbst die Werthlosigkeit ihrer Entwickelungen zu begreifen scheinen, so z. Herr Dittmar auf S. 130 der Vorlesungen und Herr Weiss auf S. 22 der „Reformbestrebungen“; man fragt sich billigerweise, was sie zu den aus anderen Gebieten entlehnten Reproductionen veranlasst haben kann, ja sie veranlasst haben kann, dieselben als Grundlagen der Psychiatrie hinzustellen? Ist es der Wunsch und das Bestreben gewesen, die Psychiatrie zu einer „exacten“ zu machen? Nun, die Exactheit liegt hier, wie überhaupt in der klinischen Medicin, auf einem ganz anderen Gebiete, als auf dem, auf welchem die Verff. sie gesucht haben, und die Fortschritte der klinischen Medicin knüpfen sich wahrlich nicht an die Molecularmechanik! Das, meinen wir, müsste auch den Verfassern klar sein — wie sie es ja auch andeuten — und wir können uns alsdann ihr Vorgehen nur durch das Bestreben erklären, zu beweisen, dass auch ein Bearbeiter eines so „unexacten“ Theiles der Pathologie, wie die Psychiatrie, die Vorstellungen, mit denen die „exacte“ Wissenschaft arbeitet, in sich aufgenommen haben kann. Diesen Nachweis hätten wir ihnen gern erlassen; abgesehen davon, dass sie den Leser unnöthigerweise ermüden, liegt eine gewisse Gefahr in diesem Vorgehen: junge Leute, denen der Gegenstand fremd ist, könnten sich von diesen Phrasen ebenso imponiren lassen wie einst von den psychologischen und darüber die wahren Aufgaben, die ihnen obliegen, erkennen, zumal sie mühsamer zu lösen sind.

vergl. auch S. 39 Grundzustände). „eine psychische Veränderung zu zergliedern und einem naturwissenschaftlichen Verständnisse näher zu bringen“. „Nehmen wir an, sagt er, dass ein beliebiger Gleichgewichtszustand der cerebralen Elemente durch ein Toxicum, z. B. Alcohol in der Weise verändert wird, dass die frühere Gleichgewichtslage bedeutend labiler geworden ist, womit ein Sinken der Reizschwelle und Steigen der Reizhöhe, im Ganzen also eine gesteigerte Reizempfänglichkeit geschaffen ist, zu welcher letzteren der Reizumfang in directem Verhältnisse steht. Unter solchen Verhältnissen werden selbstredend geringe äussere Einwirkungen von einer Reihe psychischer und motorischer Erscheinungen beantwortet werden, deren Intensität und Ausbreitung zu der pathologischen Labilität der molecularen Gleichgewichtslage in geradem Verhältnisse steht. Es liegt weiter auf der Hand, dass dieses selbe Verhältniss in einer Phänomenologie nach aussen tritt, die der Ausdruck der in den Ganglienzellen aufgehäuften, latenten Arbeitskraft ist, die durch die pathologisch erhöhte Labilität frei und actuell geworden ist — Erscheinungen, wie sie uns in den Hallucinationen, den Bewegungsdrange und in den complicirten, scheinbar zweckmässigen und doch unbewussten Bewegungserscheinungen lebendig entgegentreten.“

Und dieser Galimatias macht Anspruch darauf, eine psychische Veränderung „dem naturwissenschaftlichen Verständnisse näher zu bringen!“

Eigenthümlich genug ist es, dass vielfach eine gewisse Neigung besteht, gerade in der Psychiatrie, die man doch als einen Theil der Hirnkrankheiten betrachtet wissen will, bis auf den letzten Grund der Dinge zu dringen; wem fällt es bei dem Studium anderer Krankheiten ein, an die Mechanik der Molecule zu denken? Eigenthümlich, sagten wir, sei die Erscheinung, aber sie dürfte sich doch erklären aus dem Reiz, den das Geheimnissvolle der psychischen Erscheinungen ausübt, und der die Phantasie nur zu leicht über die Grenzen wirklicher Wissenschaftlichkeit hinausführt; besonders traurig aber ist es, wenn diese sich dabei zugleich vorspiegelt, exacte Wissenschaft zu sein. Möchte man doch ein für alle Male daran festhalten, dass wir in der Psychiatrie nicht anders zu verfahren haben, als in den andern Zweigen der klinischen Medicin. Dass dies bisher nicht in dem Masse geschehen, als es wünschenswerth gewesen wäre, dass viele verkehrt Bestrebungen sich geltend gemacht haben, darin pflichten wir den Verff. vollkommen bei; aber sie haben die Fehler nicht einmal richtig aufgezeigt, und anstatt uns den Weg zur Besserung zu weisen, einen Irrweg mehr angelegt.

II.

H. Schüle, Handbuch der Geisteskrankheiten. Leipzig 1878 (Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie, herausgegeben von v. Ziemssen XVI. Band). Leipzig 1878.

Ueber nichts sind vielleicht die Psychiater der Gegenwart so einig wie über die Schwierigkeit, bei dem jetzigen Stande der Wissenschaft ein Lehrbuch der Psychiatrie zu schreiben. Herr Schüle hat den Muth dazu gehabt und das verdient zunächst Anerkennung; berechtigt dazu war er unzweifelhaft durch seine Stellung und langjährige Wirksamkeit an einer grossen Irrenanstalt. Wie hat er die Aufgabe gelöst?

Es möge uns zunächst eine Bemerkung über den Stil des Buches gestattet sein. Wenn irgendwo der Satz *le style c'est l'homme* eine Wahrheit ist, so ist er es bei unserem Autor; die Diction ist hier nichts Aeusserliches, Zufälliges, sie giebt das ganze Wesen des Verfassers wieder, seine Stärke und seine Schwäche, ja wir fürchten, dass der Inhalt zum Schaden von der Diction beeinflusst worden. In der That passt der Stil nicht für die Aufgabe, welche ein medicinisches Lehrbuch zu erfüllen hat; wir erkennen gern die Berechtigung eines poetischen Schwunges in der Schilderung gewisser Seelenzustände an und hätten nichts einzuwenden, wenn es dabei geblieben wäre. Aber leider sinkt dieser nur zu häufig zum Schwulst herab, der selbst bei der Darstellung der einfachsten Thatsachen sich geltend macht und sie unter seiner Last begräbt. Das ist — um uns eines von ihm selbst gern gebrauchten Ausdrucks zu bedienen — die „Löwenklaue“ des Stiles des Autors. Dazu gesellen sich oft sonderbar gekünstelte fremdartig anmutende Worte und Wendungen, und es ist kein Wunder, dass der Autor, der sich auf solchen Stelzen bewegt, denn auch oft stolpert und sich recht schlimm im Ausdrucke vergreift.

Am schlimmsten aber ist, dass auch er geglaubt hat, die gewöhnliche Sprache und Bezeichnungsweise in's „Psycho-Physische“ und „Molekuläre“ übersetzen zu müssen. Wüsste er nur, wie ausserordentlich peinlich und ermüdend er die Lectüre seines Buches dadurch gemacht hat! dem gewissenhaften Leser schwindelt der Kopf bei dieser Phraseologie, deren Sinn er sich erst enträtseln muss, und er ist alle Augenblicke gezwungen, das Buch bei Seite zu legen, um zu einem neuen Anlaufe Kraft zu gewinnen. Und glaubt denn der Herr Verf. wirklich, dass er durch Einkleidung der psychischen Erscheinungen in diese Phraseologie zum tieferen Verständnisse beigetragen hat?

Nehmen wir irgend ein Beispiel; von dem, was der Verf. Katalepsie nennt und den „organisch-psychischen Motilitätsneurosen“ zurechnet, heisst es (S. 59): „wirkliche Katalepsie entwickelt sich aus diesem Zustande (Abulie) dann, wenn das Ich an den neuen und fremden sensibeln (sensorischen) Reiz sich hingiebt; psycho-physisch: wenn die centralen (psychischen) Innervationsströme mit dem psychomotorischen Reflexdrang in Interferenz treten, und damit die Nachaussenwirkung des letzteren innerlich beglichen, gehemmt wird. Der Erfolg ist: Neutralisirung der centrifugalen Willenstätigkeit durch den centripetalen Reiz, und dann im Weitern: Psycho-motorische Bindung mit gleichzeitigem Zurücktreten des wachen Bewusstseins auf die Traumstufe“. Und ein anderes, gleich darauf folgendes Beispiel für die „Molecular“-Sprache: „die physiologische Natur dieser räthselhaften muskulären Reactionsform (der *flexibilitas cerea*) ist noch nicht enthüllt. Einfache Ausschaltung des cerebralen Tonus kann nicht als zureichende Ursache angezogen werden, in so fern diese gegentheils eine erhöhte Reflexerregbarkeit setzen müsste. Wahrscheinlich ist diese Ursache tiefer zu suchen in einer directen Aenderung der neurotischen Molecularvorgänge, so zwar, dass die Oscillationen der aus ihrem Ruhepunkte durch passive Bewegungen abgelenkten Moleküle nicht sofort mit der normalen Elasticität wieder zurückzuschwingen vermögen (!), sondern nur nach und nach“ u. s. w. — Nachdem (S. 470) als psychologischer Grundcharakter der Verrücktheit bezeichnet ist die Neigung zur Umsetzung der Gedanken und Perceptionen in fixe Wahnvorstellungen und die directe Umsetzung ohne psychischen Umweg, ohne Reflexion, glaubt Verf. dies noch „psychophysich“ ausdrücken zu müssen, indem er als wesentliche Eigenthümlichkeit der Verrücktheit bezeichnet, „den Beharrungscharakter der aus ihrer Gleichgewichtslage einmal verschobenen Moleküle und die Entstehung der Wahnvorstellungen direct und unmittelbar aus der psychophysischen Affection der jeweils in Thätigkeit gesetzten Vorstellungs- und Sinneszentren, mit Abschluss des intercentralen Associationsbogens (der Reflexion). Das letztere Moment setzt partiell veränderte Leitungswiderstände als die tiefere psychophysische Vorbedingung voraus. Da aber diese organische Modification nicht allgemein ist, so muss der Unterschied von Seite der noch normal (d. h. mit gewohntem Schwellenwerth) fungirenden psychischen Hirntheile in der Bewusstseinssummane percipirt werden: die Qualität dieser Perception des „Beeinflusstwerdens“ geschieht unter der Form des Innenerwenders einer Hemmung.“ Solche Deductionen ziehen sich durch das ganze

Buch und nehmen einen beträchtlichen Abschnitt desselben ein; wahrlich. Herr Schüle darf über die Psychologen nicht mehr spotten!

Bevor wir eine Uebersicht des Inhaltes des Werkes und der Auffassung der einzelnen Krankheitsformen seitens des Verfassers geben, haben wir noch ein Wort über das verarbeitete Material zu sagen. Es ist mit dem grössten Fleiss zusammengetragen, wir vermissen jedoch eine gehörige Kritik bei der Verwerthung desselben. Man gewinnt den Eindruck, als gäbe es nur ganz ausgezeichnete Arbeiten in der Psychiatrie, da fast Alles von dem Verfasser lobend angeführt und als gleich gut und zuverlässig acceptirt wird, ohnedass er den Werth der behaupteten Thatsachen und der daran geknüpften Ansichten gehörig kritisch prüft. Es ist das vielleicht nach einer Richtung hin sehr dankbar; indess enthält einerseits der Leser dadurch keinen Ueberblick über die Bedeutung der einzelnen literarischen Leistungen, und es sinkt andererseits der Werth der von dem Verf. selbst aus solchem Material gezogenen Schlussfolgerungen.

Ob übrigens für ein Lehrbuch die Berücksichtigung einer so ausführlichen, sehr viel Unbedeutendes und Werthloses enthaltenden Literatur überhaupt zweckmässig und wünschenswerth war, wollen wir hier unerörtert lassen. —

Der Inhalt des Werks selbst ist in drei Bücher getheilt, von denen das erste die psychologische Einleitung, das zweite die allgemeine Pathologie, das dritte die specielle Pathologie umfasst. Es ist unmöglich an dieser Stelle alle diese Abschnitte einer Besprechung zu unterziehen, und wollen wir daher nur ein Capitel herausheben, welches für die Fachgenossen mit am Interessantesten sein muss, das über die Eintheilung der Seelenstörungen.

Herr Schüle giebt zu, dass vom symptomatologischen Standpunkt aus scharf zu unterscheidende und immer wiederkehrende Zustände eines krankhaft gesteigerten, krankhaft gebundenen und geschwächten Seelenlebens (Manie, Melancholie, Blödsinn) unterschieden werden können. Im Grunde aber, heisst es weiter, sind diese elementaren Reactionsmodi eines erkrankten Gehirns nur Formen, nicht aber Krankheitszustände selbst; um diesen Formen nosologische Wirklichkeit zu verleihen, muss erst der betreffende Hirnzustand hiezu gesucht werden. Die Formen ändern sich nun, obwohl sie in ihren Allgemeincharaktern erhalten bleiben, sehr bedeutend in Betreff der Qualität, des Verlaufs und des Störungsumfangs je nach der Intensität der zu Grunde liegende Hirnaffection. Damit lässt sich der bisherige symptomatologische resp. ausschliesslich psychologische Standpunkt zu einem psycho-physiologischen vertiefen. Aus diesen gesetzmässigen Abänderungen in der Art und dem Verlaufe jener psychischen Symptomcomplexe der Melancholie, Manie u. s. w. lernen wir auf die tiefer liegenden somatischen Grundlagen herabsehen. Wir erhalten jetzt einerseits concrete psychologische Krankheitsarten, begreifen diese aber zugleich unter der physio-pathologischen Kategorie bestimmt gearteter krankhafter Hirnzustände.*.) Von diesem

*) Zu den wenig angemessenen Ausdrücken, deren der Autor sich mit

Gesichtspunkte aus tritt nun sofort eine Trennung der rein symptomatologischen Gruppeneintheilung ein, während gleichzeitig die bis dahin nur abstrakten „Formen“ zu lebendigen Typen somatisch begründeter Cerebralaffectionen werden. So giebt es demnach psychische Melancholien (leichtere Corticalisaffection mit Ausgang in Genesung) und organische Melancholien (tiefere Corticalisaffection mit dem „Charakter der Gefahr“), und ebenso psychische Aufregungszustände (Tobsucht) und organische Tobsuchten (Manie), Psychoneurosen und Cerebropsychosen. Ausser der geänderten Qualität der Einzelsymptome rechtfertigt auch der verschiedene — bereits organisch beherrschte — Verlauf die Trennung der beiden vorgenannten natürlichen Gruppen. Schliesslich treten in einer dritten Gruppe die psychopathischen Symptomenkomplexe immer individueller und oft nur defect zu Tage, als gelegentliches Parergon der idiopathischen und primären Hirnaffection.

So wird also, wie Verf. sich ausdrückt, mit der zunehmenden Intensitätsstufe der Hirnkrankheit das klinische Einzel- sowie Gesamtgepräge des betreffenden Symptomencomplexes organischer und der Verlauf immer unmittelbarer cerebral; es tritt an die Stelle der psychologischen Association die „Logik des Hirnprocesses“ (sic!), zunehmend flechten sich grobe motorische und endlich brüské körperliche Lähmungssymptome ein, während gleichzeitig das psychische Leben auslisch — der klinische Ausdruck dafür, dass der cerebrale Störungsvorgang jetzt eine Intensitätsgrenze erreicht hat, wo die Corticalis nicht mehr „psychisch“ zu antworten vermag.

Neben dieser einen Hauptreihe von psychischen Reactionsweisen, welche durch die abgeänderte Stärke des Hirnprocesses verschieden geartet ist, geht nun parallel eine zweite, in welcher gleichfalls die elementaren Störungsformen vorkommen, aber eigens geartet und namentlich im Verlaufe vollständig eigenthümlich. Während bei der ersten Reihe, die Verf. als stufenweise Reactionsformen des „rüstigen“ normal angelegten Gehirns bezeichnet, ein bestimmter klinischer Decursus sich zeigt, berechenbar aus den körperlichen Begleitsymptomen nach allgemein diagnostischen und prognostischen Grundsätzen, tritt hier eine vollständig proteusartige Combination der einzelnen Zustandsformen auf. Es sind die Reactionsformen eines invaliden (defect angelegten) Gehirns. Zwischen beiden genannten Hauptreihen der rüstigen und invaliden Gehirne steht als klinische Reactionsform in der Mitte die primäre Verücktheit.

Danach vollzieht sich die Haupteintheilung des Verfassers folgendermassen:

I. Geistige Defect und Entartungszustände.

1. Defectzustände (sensu strict.).

Vorliebe bedient, gehört auch der, hier und anderwärts gebrauchte, dass die verschiedene Artung der psychopathischen Symptome eine bestimmte „asculatatorische“ Verwerthung in sich schliesst.

- a. Mikrocephalie.
 - b. Idiotismus.
 - 2. Degenerescenz-Zustände, zumeist als Ausgänge resp. Weiterentwicklung
 - a. des hereditären Irreseins, und
 - b. der schweren Neurosen.
- Die hier einzureihenden Formen vertheilen sich vorzugswise zum
- a. erblichen Irresein als
 - α. impulsives Irresein,
 - β. moralisches Irresein; zum
 - b. Irresein aus schweren Neurosen als
 - α. epileptisches Irresein,
 - β. hysterisches Irresein,
 - γ. hypochondrisches Irresein; zum
 - c. periodischen und circulären Irresein.
- II. Seelenstörungen auf Grundlage organo-psychischer Vollentwicklung.
- A. Die psychische Hirnneurose (Psychoneurose).
1. Untergruppe. Die acute oder subacute typische Hirnneurose auf rüstiger neurotischer Grundlage und in vasomotorischer Entstehung.
 - a. primäre Form,
 - α. Melancholie } mit der Uebergangsform der Melancholia agitata.
 - β. Tobsucht }
 - b. secundäre Formen,
 - α. Wahnsinn,
 - β. Blödsinn.
 2. Untergruppe. Die chronische psychische Hirnneurose auf degenerativer Grundlage und primär neurotischer Entstehung — die Verrücktheit.
 - a. Der primäre Verfolgungswahn,
 - α. rein depressiven Inhalts,
 - β. mit Größenideen.
 - b. Die Verrücktheit sensu strict.,
 - α. psycho-convulsive Form — Maladie du doute.
 - β. psycho-kataleptische Form. — Sensorielle Verrücktheit.
- B. Die Cerebro-Psychosen.
1. mit motorschen Reizsymptomen — die Manieen.
 - a. Mania furiosa (mit der Mania transitoria),
 - b. Mania gravis,
 - c. das Delirium acutum.
 2. mit motorischer Spannungsneurose. — Die Attonitätszustände.

- a. *Melancholia attonita*,
- b. die *katatonische Verrücktheit*,
- c. die *primäre Dementia (Stupor)* in ihrer
 - $\alpha.$ *acuten*
 - $\beta.$ *subacuten* } Form.
- 3. Mit *progressiver Parese* — die *typische Form* der *Dementia paralytica*.
- C. Die *psychischen Cerebropathien* — die *modificirten Paralysen*, d. h. die *psychischen Hirnleiden* unter dem *klinischen Bilde* des *Blödsinns mit Lähmung*.
 - a. *Meningo-Periencephalitis chronica* und *subacuta*.
 - b. *Pachymeningitis* und *Hämatom*.
 - c. Die *diffuse sklerosirende Encephalitis*
 - $\alpha.$ ohne } Reiz-Erscheinungen.
 - $\beta.$ mit } Reiz-Erscheinungen.
 - d. Die *diffuse Encephalitis* mit *begleitender Heerdekrankung* (*locale Erweichungsheerde*, *Apoplexie*, *Capillarektasien* mit *miliaren Heerden*; *multipler Sklerose*).
 - e. Die *diffuse Encephalitis* im *Gefolge von Neubildungen im Gehirne*.
 - f. *Chronische Periencephalitis* mit *vorausgehender Tabes der Hinterstränge; tabische Paralyse*.
 - g. *Primäre Hirnatrophie* mit *begleitender gleichzeitiger Tabes spinalis; tabische Dementia*.
 - h. *Encephalitis syphilitica* mit *psychischen Störungen*.

Man wird, wenn man diese Tabelle übersieht, zugeben, dass sie ausgedehnter Erläuterungen bedarf, um selbst von erfahrenen Fachgenossen verstanden zu werden. Man kann ihr aber gleichzeitig den Vorwurf des künstlich Gemachten und willkürlich Construirten nicht ersparen, und da, wo sie vom Verf. motivirt ist, erscheint uns die Begründung durch die vorliegenden That-sachen auch nicht annähernd gerechtfertigt. Ueberblicken wir weiter die Darstellung der einzelnen Formen, welche unter die Abschnitte der psychischen Hirnneurosen, Cerebro-Psychosen und psychischen Cerebropathien fallen, suchen wir nach den unterscheidenden Merkmalen, so müssen wir gestehen, dass wir uns vollkommen verrathen und verlassen fühlen: es bleibt vielfach nichts übrig als die *Dialectik* des Verfassers. Es ist leider unmöglich, auch nur annähernd eine in's Einzelne gehende Besprechung und Beurtheilung der Gesichtspunkte zu geben, von denen der Verf. bei der Aufstellung seiner Krankheitsformen ausgegangen ist, es würde das fast ein selbständiges Werk erfordern. Wir greifen daher nur ein Beispiel heraus, welches seine Art und Weise in's Licht setzt, bei Abgrenzung der Erkrankungen zu verfahren.

Die *typische Form* der *Dementia paralytica*, sagt Herr Schüle, habe er als die eigentliche klassische Paralyse aus dem grossen Sammelnamen der allgemeinen Paralyse abgetrennt und unter die *Cerebropsychosen* eingereiht, „denn sie entwickelt sich in und aus dem speciell psychischen Theile“

des Hirngebiets als eine im Anfange nur die psychischen und die psychomotorischen Functionen beschlagende Krankheit. Erst nach und nach im Verlauf greift sie weiter und tiefer, so dass der anfänglich in den höchsten psychischen Regionen, sogar direct in der psychophysischen Werkstätte der empirischen Person sich bewegende Krankheitsprocess immer mehr in's Organische herabsinkt, dabei sich weiter ausbreitet und schliesslich mit körperlichen Cerebral- und auch Spinal-Symptomen sich beschwert. Es ist m. E. W.: ein und derselbe Hirnprocess, welcher in den höchsten psychischen resp. in den Bewusstseinsbahnen seinen ersten Sitz aufschlägt, deren Functionen in directester Weise und sofort mit den Zeichen des Untergangs schädigt, und endlich (nach Vernichtung der zum Phänomen der Bewusstheit erforderlichen Intensitätsstufe molekularer Thätigkeit) in denselben Bewusstseinsbahnen — jetzt als anatomisch palpabler Degenerationsprocess — centrifugal abwärts schreitet. Es gehören deshalb auch bei der klassischen Paralyse auf dem Höhepunkt ihrer Entwicklung die motorischen Symptome — ganz ebenso wie die katatonischen zur Verrücktheit — wesentlich und untrennbar zum psychopathischen Bilde: es ist keine bloss äussere Complication, sondern eine durch die Oertlichkeit und die Art des Krankheitsprocesses nothwendige, aus demselben anatomisch-psychologischen Ursprung stammende Symptomenverbindung. Auch die Charakterisirung der psychischen Symptome stellt diese typische Paralysegruppe in den Hauptzügen zu den Cereopsychosen. Denn es ist noch eine psychische Mechanik vorhanden, wenigstens im Anfang, sofern dieser nicht zu stürmisch ist, und ebenso eine Verlaufsfolge, psychisch gesetzmässig, wenn auch aus bereits krankhaft sehr geänderten Prämissen. In der zweiten Hälfte des Verlaufs beginnt allerdings der organische Reizvorgang sehr wesentlich in die Einzelgestaltung und bald auch in die Aufeinanderfolge der Hauptsymptome einzugreifen. In den concentrisch sich erweiternden Kreisen des phantastischen Grössenwahns tritt greifbar der organische Ueberreizungsvorgang in den Denkzellen zu Tage, welcher mit der nur nach dem Schema des heitern Affects gefärbten Selbstgefühlserhöhung (in der rein funktionellen Tobsucht), gar nicht verglichen werden kann; nicht minder schon bei leisen Steigerungen des Processes in Form einer oft jähnen unlogischen Aufeinanderfolge jubelnden Grössenwahns und wieder mikromaner Verzweiflung. Hier fehlt denn bald der begreifbare „motivirte“ Uebergang: die Vorstellungsmechanik mit ihrer Causalitätscategorie wird durchbrochen, d. h. sie ist nicht mehr zur Entfaltung befähigt, weil der brüsk organische Process zu zerstörend bereits eingegriffen hat. So schiebt sich immer mehr, je weiter wir den Krankheitsverlauf begleiten, an die Stelle eines logisch geordneten geistigen Lebens das unerbittliche Gesetz eines organisch destructiven Hirnprocesses ein, welches Anfangs schon deutlich durch die psychischen Aeusserungen hindurch wirkt, nach und nach aber immer selbständiger wird, und schliesslich die palpable Hirnaffection mit Zerstörung alles Psychischen abschliesst“.

Hiervon unterschieden werden die „modifirten Paralysen“, welche zu dem dritten grossen Hauptabschnitte, den „psychischen Cerebropathien“

gerechnet werden. „Darunter sind diejenigen psychopathischen Zustände zusammengefasst, welche sich an ein primäres Hirn- (Rückenmarks-) Leiden anschliessen, als eine neben und mit den andern Cerebralsymptomen einhergehende psychische Affection, aber nicht mehr mit jenen zu Einem Krankheitsbilde wesentlich zugehörig, sondern als ein getrennter, mehr zufälliger, durch und durch organisch bestimmter Symptomencomplex. Diese Abhängigkeit und Bedingtheit der psychischen Affection durch den ausser ihrem Gebiet gelegenen primären anatomischen Process zeigt sich darin, dass dieser letztere den Verlauf sowohl als die Ordnung der Symptome vorschreibt“.

Wir wären dem Verfasser dankbar gewesen, wenn er uns gezeigt hätte, woraus er schliesst, dass psychische Symptome durch eine „psychische Affection“ oder durch einen ausser ihrem Gebiet gelegenen primären anatomischen Process bedingt werden; denn wenn er anführt, dass in letzterem Falle dieser, der anatomische Process, den Verlauf sowohl als die Ordnung der Symptome vorschreibt, so ist doch das nichts Anderes als die Schlange, die sich in den Schwanz beisst. Und welche Vermessenheit, bei einer Krankheit, wie die vorliegende, zu sagen, dass ein anatomischer Process den Verlauf sowohl als die Ordnung der Symptome vorschreibt! Und ist es etwas anders als eine (mit den vielen molecular-physikalischen Phrasen noch dazu recht grell contrastirende) Redensart, dass der „anfänglich in den höchsten psychischen Regionen, sogar direct in der psychophysischen Werkstätte der „empirischen Person“ sich bewegende Krankheitsprocess immer mehr in das „Organische“ herabsinkt? Und auf solche unklare, auf einen versteckten Dualismus zurückzuführende Anschauungen gründet sich die Eintheilung der Paralysen! Die Ausführung ist denn auch dem entsprechend: auch durch den Vergleich des gezeichneten Krankheitsbildes der „typischen Dementia paralytica“ mit dem der „Meningo-Periencephalitis chronica“ und durch den Vergleich der angeblich verschiedenen anatomischen Befunde sind wir nicht im Stande gewesen, uns von der Differenz dieser Erkrankungen zu überzeugen, vielmehr haben wir bei der Lectüre immer den Eindruck eines künstlichen Balancirens des Verfassers gehabt.

Das Gesagte muss genügen, das Werk im Allgemeinen und die Methode des Verfassers, Krankheitsformen zu bilden, im Besonderen zu charakterisiren. Wir legen es nicht ohne ernsthaftes und aufrichtiges Bedauern aus der Hand: es ist betrübend zu sehen, wie ein so begabter Autor von umfassendem Wissen und grosser Erfahrung, der im Einzelnen einen so reichen und originellen Geist entfaltet, theils durch zu lebhafte Einbildungskraft und Leichtgläubigkeit, theils einem falschen Ideal nachjagend, in Folge einer irrgen Vorstellung von dem, was in der klinischen Medicin möglich und erreichbar ist, ein vielfach inhaltreiches Werk mit eigener Hand auf's Tiefste geschädigt.

Möchte diese Besprechung dazu dienen, die Autoren psychiatrischer Werke zu veranlassen, Kritik zu üben, psychiatrischer Fragen vom Standpunkte der Medicin in einer medicinischen Sprache zu behandeln und die naturwissenschaftliche Speculation, die hier ganz unwissenschaftlich, bei Seite zu lassen. Nur dann werden sie von Aerzten gelesen werden. Westphal.

Dr. Kirn, *Die periodischen Psychosen. Eine klinische Abhandlung;*
Stuttgart. 8. 78 p. 114.

Verfasser giebt in genannter Brochüre eine werthvolle monographische Darstellung des periodischen Irreseins unter Mittheilung von 19 eigenen instructiven Krankengeschichten. Er erkennt in der periodischen Wiederkehr von Irreseinsanfällen nur eine besondere Aeusserungsweise eines Gesetzes, das überall in der Nervenpathologie zur Geltung kommt, und betont den dauernd krankhaften Hirnzustand des periodisch Irren auch in den Intervallen des Leidens, der sich in diesen durch elementare psychische und neurotische Symptome kundgibt. Unter ersten sind die wichtigsten: Wandelbarkeit der Stimmung, Reizbarkeit, psychische Schwäche, namentlich gemüthliche Abstumpfung, zuweilen auch ein leichter Hauch von Depression. Als charakteristisch für die Anfälle wird ihre Wiederkehr in annähernd gleichen Zeiträumen oder unter gleichen Verhältnissen und ihre stereotype Gleichheit geltend gemacht.

Die Eintheilung der periodischen Psychosen giebt Verf. in streng klinischer präjudizloser Weise dahin, dass er zunächst I. direct central bedingte, durch einen dem Nervensystem immanenten Typus hervorgerufene ächte Typosen von II. secundär im krankhaften Gehirn durch peripherie Reize ausgelösten Fälle unterscheidet und bei ersterer Gruppe wieder in 1. solche mit langer, d. h. vielmonatlicher Dauer und 2. mit kurzer trennt.

Diese Trennung ist um so berechtigter, als neben der differenten Dauer anderweitige wichtige Momente sie befürworten.

Bei Gruppe 1. handelt es sich um typische, Monate (1—10) zum Ablauf benötigende Anfälle. Fast immer ist Heredität nachweisbar. In 66 pCt. Ausbruch in den Pubertätsjahren. Nicht selten stellt sich erst nach einer Reihe discongruenter Anfälle der typische stereotype Charakter der Psychose her. Die Länge der Anfälle variiert nach günstigen oder ungünstigen Aussenbedingungen. Im Allgemeinen lässt sich sagen, dass sie in mehr weniger proportionalem Verhältniss zur Länge des Intervalls steht. Nur 12 mal unter 21 Fällen erhab sich episodisch das formale Krankheitsbild zu schwererer Bewusstseinsstörung mit Wahnideen (12) und Hallucinationen (7). Am häufigsten spielen sich die Antäle dieser Gruppe als maniakalisch, dann circulaires, am seltesten als melancholisch ab. Die Detailschilderung, doppelt werthvoll durch sorgsame Beachtung der somatischen, neurotischen begleitenden Störungen möge im Original nachgelesen werden.

Gruppe 2. behandelt centrale Typosen mit kurzen d. h. Tage bis Wochen dauernden Anfällen, die eine tiefere Gehirnaffection durch schwerere Störung des Bewusstseins, grössere Erregung und intensivere motorische Entladungen bekunden. Verfasser erwähnt ihrer Verwandtschaft mit epileptischen Zuständen (Morel, Samt), vindicirt ihnen aber einen eigenartigen Charakter. Sie verlaufen vorwiegend als tobsüchtiges Irresein, eingeleitet und abschliessend mit melancholischen Stadien (?); Heredität hier nur in der Hälfte der Fälle nachweisbar, der Ausbruch nicht an physiologische Lebensphasen ge-

bunden. Abnorme Schädelentwicklung, frühere organische Hirnerkrankungen, psychisch deprimirende oder erregende Einwirkungen sind, nebst Heredität, ätiologisch belangreich. Nicht selten gruppenweises Auftreten von Anfällen, woran sich dann ein längeres Intervall reiht. Gegenüber der vorigen Gruppe, wo die Prognose eine schlechte, hier nicht selten allmäßiges Ausbleiben der Anfälle und Genesung. Die hierher gehörigen Beobachtungen 10—15 sind werthvolle Illustrationen dieser noch so dunklen Hirnzustände, die, wenn mit tiefer Bewusstseinsstörungen und binnen wenigen Tagen ablaufend, auch Verf. als den epileptischen Anfällen nahestehende erklärt (p. 93).

Die II. Hauptgruppe der secundär in periodischer Wiederkehr ausgelösten Anfälle setzt ebenfalls eine krankhafte dauernde Veranlagung oder Änderung des centralen Nervensystems voraus, auf Grund deren periphere Reize auf neurotischem und zwar sensiblem oder vasomotorischem Wege jene hervorrufen.

Diese peripheren Ursachen sind in Uterinleiden, den Vorgängen der Menstruation, nach des Verf. Erfahrungen möglicherweise auch in der circulationsstörenden Wirkung von Herzleiden, Schwellung der Schilddrüse, vorzeitiger Schädelnahtsynostose zu suchen.

Was Verlauf und Ausgänge des periodischen Irreseins überhaupt betrifft, so kann der Anfallstypus mit der Zeit veränderte Dauer und modifizierte Erscheinungen bieten (Transformation), oder die Typose wird continuirlich und es zeigen sich nur noch Remissionen und Exacerbationen, oder die Anfälle verlieren sich, während der intervalläre Grundzustand sich erhält (Heilung mit Defect), oder auch dieser schwindet (Genesung). Dieser Ausgang nur bei Typosen mit kurz dauernden Anfällen.

Bezüglich der therapeutischen Rathschläge und Erfahrungen des Verf. muss auf das Buch selbst verwiesen werden, das als monographische Darstellung des periodischen Irreseins vom Standpunkt einer klinischen Psychiatrie die volle Beachtung ärztlicher Kreise verdient.

v. K-E.

Die Krankheiten des Rückenmarks. Zweite und dritte Abtheilung. Von Prof. Wilhelm Erb in Heidelberg, 1877, 1878. (Handbuch der spec. Pathologie und Therapie. Von v. Ziemssen. XI. Bd. 2. Hälfte.)

In ziemlich rascher Folge, die um so bemerkenswerther ist, als auf dem zu bearbeitenden Gebiete nicht blos von Woche zu Woche reichliches Detail zufliest, sondern gerade während der Ausarbeitung wichtige das Gebiet völlig umgestaltende Forschungen zu Tage traten, sind die zweite und dritte Lieferung des im 7. Bde. dieses Archiv's (S. 255) angezeigten Lehrbuches erschienen, welche die Krankheiten des Rückenmarkes selbst und der Med. oblongata enthalten, und als ein Zeichen der Gunst im ärztlichen Publikum ist es anzusehen, dass binnen kürzerster Zeit eine zweite Auflage des gesammten Werkes nothwendig geworden.

Es muss aber auch gleich hier Eingangs rühmend hervorgehoben wer-

den, dass der Verfasser bemüht war, die einzelnen Kapitel vom Standpunkte der neuesten Forschungen zu bearbeiten, deren Berücksichtigung sich selbst bis zu einer Zeit, wo das Werk schon im Drucke sein möchte, verfolgen lässt; dem entsprechend war der Verfasser auch in der Lage einen wesentlich dogmatischen Standpunkt einzunehmen, dessen Vortheile für ein Lehrbuch erst recht hervortreten, wenn man versucht, die Rückenmarkspathologie dem Praktiker in dem Zustande vorzuführen, den sie einige Jahre früher gezeigt. Dass dabei ähnlich wie in der früher angezeigten Abtheilung die Bearbeitung der einzelnen Abschnitte sehr ungleich ausfallen musste — man vergleiche die Abschnitte „Erweichung“ und „Hinterstrangsklerose“ — wird begreiflich, wenn man vergleicht, in wie ungleichem Masse die Arbeit der Forscher den verschiedenen Kapiteln der Rückenmarkspathologie zugewendet ist.

Den Beginn der 2. Abtheilung, der Krankheiten des Rüskens selbst, macht naturgemäß die Myelitis; wir finden hier in einer kurzen Einleitung eine Beleuchtung der ganz besonderen Schwierigkeit, welche die Eintheilung bereitet, gegeben, und wird der Ausspruch des Verfassers, dass wir jetzt überhaupt noch nicht entscheiden können, was acute und was chronische Myelitis sei, so recht trefflich illustriert durch die in diesem Jahre bekannt gewordene Debatte zwischen Leyden und Westphal, zwei Hauptkämpfern auf diesem Gebiete. Direct daran schliessen auch diejenigen Bemerkungen Erb's bei der chronischen Myelitis (S. 51) an, wo er über die systematischen und nicht systematischen Krankheiten und seine Stellung zu denselben spricht. So sehr man auch mit der in einem Lehrbuche doppelt nothwendigen Reserve des Verfassers einverstanden sein kann, so wäre es doch gerade im Interesse seines dogmatischen Standpunktes gewesen, wenn er in dieser Frage die von Vulpian und Charcot zuerst betonte Trennung der Systemerkrankungen von den übrigen völlig acceptirt hätte; es darf jetzt mit Sicherheit behauptet werden, dass die Lehre von den Systemerkrankungen im Rückenmark, geläutert durch die über die anatomischen Grundlagen der Franzosen hinausgehen den Forschungen Flechsig's, zum festen Erwerbe der Rückenmarkspathologie geworden, und demgemäß wird, abgesehen von der Eintragung weiteren Details hier die bessernde Hand des Verfassers bei einer bald wünschenswerten neuen Auflage vor Allem anzusetzen haben. Es ist hier nicht der Ort, diesen unseren Standpunkt des Breiteren zu verfechten, doch möchten wir nur darauf hinweisen, wie durch das von Hallopeau aufgestellte, von anderen Autoren erweiterte und in Frankreich ziemlich allgemein acceptierte Schema der Rückenmarkskrankheiten, so viel sich auch über die Einreihung verschiedener, nicht hinein gehöriger Dinge rechten lässt, das übersichtliche Verständniss wesentlich gefördert wird.

Indem wir in das Meritorische eingehen, kann es natürlich nicht unsere Sache sein, an den einzelnen Abschnitten das früher über das gesammte Werk gefallte Urtheil zu erweisen, ebenso wenig wie wir uns bemüssigt sehen, Einzelheiten, namentlich in den anatomischen Details, mit denen wir uns nicht vollständig einverstanden erklären können, hier zu bemäkeln; je rückhaltsloser wir andererseits den klinisch-therapeutischen Theil, dem sich die von

Erb vertretenen Ansichten von der Aetiologie, namentlich nach der allerdings vorläufig nur angedeuteten Seite der neuropathischen Disposition ebenbürtig anschliessen, würdigen, desto mehr halten wir uns für verpflichtet, zwei Punkte von grösserer Bedeutung hervorzuheben, wo uns die Stellung des Verfassers allzusehr durch seine gerade hier einsetzenden Specialarbeiten beeinflusst erscheint.

Wir können es nicht als berechtigt anerkennen, dass die vom Verfasser entdeckte spastische Spinalparalyse als ebenbürtig der Hinterstrangsklerose, wenn auch mit einem Fragezeichen hinter der Bezeichnung „Seitenstrangsklerose“ versehen angereiht wird, während die Sclérose latérale amyotrophique — man mag, wie immer, über die noch unausgetragenen klinischen Differenzen zwischen Charcot und Leyden denken —, deren Stellung im Systeme nun unzweifelhaft feststeht, nur als ein Appendix zu jener angeführt wird; es stehen der Deutung der spastischen Spinalparalyse als einer reinen Lateral-sklerose, deren anatomische Möglichkeit noch zu erweisen ist, Befunde gewiegender Kliniker entgegen, während der aus der neuesten Zeit dafür anzuführende Fall von Stofella wegen des fehlenden mikroskopischen Befundes nicht als massgebend erachtet werden kann.

Auch in der Frage der Ataxie scheint uns der Autor etwas zu weit gegangen zu sein; wir werden an anderer Stelle Gelegenheit haben uns darüber auszusprechen, hier möchten wir nur erwähnen, dass wir den Fall von Spaeth-Schüppel nicht für verwerthbar halten, schon deshalb, weil in demselben nicht genau festzustellen ist, was noch functionsfähig war und was nicht, und dass es uns nicht recht einleuchten will, wie man die Systeme der Seitenstränge und speciell die directen Kleinhirnseitenstrangbahnen für die Lehre von der Ataxie als einer Störung centrifugaler Bahnen in Anspruch nehmen kann, oder, wenn man der Ansicht Friedreich's folgt, wo in den Hintersträngen die aus dem ausserhalb des Rückenmarks liegenden Coordinationszentrum centrifugal verlaufenden Bahnen liegen sollen. — Erwähnen wollen wir, dass mehrfach, wo dies nothwendig ist, der Text durch meist schematisch gehaltene Zeichnungen erläutert ist, an denen im Grossen und Ganzen nichts auszusetzen ist. (Flechsig hat an einem andern Orte auf einzelne an denselben anzubringende Correcturen aufmerksam gemacht.)

Die dritte Abtheilung, welche die Krankheiten der *Medulla oblongata* behandelt, wird eingeleitet durch eine mit äusserst belehrenden meist schematischen Zeichnungen versehene anatomische Darstellung, die um so dankenswerther, als sie schon die neuesten Untersuchungen Flechsig's in weitem Masse berücksichtigt; an diese schliesst sich eine kurze Besprechung der Functionen dieses noch so überaus dunklen Gebietes.

Die Darstellung der Krankheiten der Oblongata bezeichnet Erb selbst als einen Versuch, dieses bisher kaum symptomatisch durchleuchtete Gebiet auf klinischer und pathologisch-anatomischer Basis zu sichten. Die bekannte Thatsache, dass genaue anatomisch, namentlich in Hinblick auf Topographie untersuchte Fälle noch selten in der Literatur sind, lassen es erklärlich erscheinen, wenn wir hier jene scharfe Localdiagnostik vermissen, wie sie im

Rückenmarke seit einigen Jahren erreicht ist; es zeigt sich dies namentlich bei den Hämorrhagien, wo die klinischen Bilder zum Theil schon schematisch construirt werden müssen, oder bei den Tumoren, deren specielle Localisation kaum über die ersten Anfänge hinausgekommen ist.

Fassen wir das Resultat unserer Besprechung zusammen, so sehen wir in dem vorliegenden Buche einen wesentlichen Fortschritt erreicht, denn einerseits liegen nun die reichen Forschungsresultate des letzten Jahrzehnts dem grossen ärztlichen Publikum in einer bequemen und doch tiefen Darstellung vor, anderntheils wird auch der Mitarbeitende in demselben eine nicht unerwünschte Grundlage für weitere Untersuchungen vorfinden.

Schliesslich aber, und es wird uns diesen nationalen Standpunkt Jeder verzeihen, der beachtet, in wie aufdringlicher und unangemessener Weise der selbe von anderer Seite neuerlichst wieder hervorgekehrt wird, constatiren wir, wie vortheilhaft sich das deutsche Buch auszeichnet vor einer ziemlich gleichzeitig erschienenen französischen Darstellung (Grasset), abgesehen von allen andern Vorzügen, durch die rückhaltslose Anerkennung des Impulses, welchen die Pathologie des Rückenmarkes durch die französische Schule empfangen.

A. Pick.

Ringrose Atkins. A case of right hemiplegia, hemianaesthesia and aphasia having for its prominent anatomical lesion softening of the left lateral lobe of the cerebellum. (Brain 1878. II. Part. pag. 410.)

Die Literatur zur Lehre von der Localisation im Gehirne hat in den letzten Jahren eine solche Ausdehnung erlangt, dass es begreiflicher Weise unthunlich erscheint, an dieser Stelle aller der Beobachtungen zu gedenken, welche einfach eine Bestätigung des bisher Bekannten bringen; dagegen scheint uns eine breitere Mittheilung und strenge Kritik derjenigen Fälle am Platze, die als Ausnahmen von der Regel oder gegen dieselben angeführt werden, falls nicht Unklarheit und Verwirrung in das eben erschlossene Gebiet hingetragen werden soll. Von der letzteren Art scheint der hier mitzutheilende Fall des englischen Autors.

38jähriger lediger Mann, ohne bekannte nervöse Heredität; seit seiner Jugend reizbar, zeitweise abnorm in seinem Benehmen. Nach einem in seiner Jugend durchgemachten Fieber wird er epileptisch; die Anfälle sind meist leicht, einmal nach einem schwereren Anfalle wird er rechtsseitig hemiplegisch und apathisch; nach 3 wöchentlicher Dauer schwinden diese Erscheinungen; vorhergegangen waren häufige Alkoholexcesse. Einige Zeit vor seiner Aufnahme in die Irrenanstalt wird er ungewöhnlich erregt, öfter gewaltthätig, zeigt hochgradige Demenz, Wahnideen in Form von Grössenwahn.

Bei der Aufnahme ist er gesprächig, gut gelaunt, doch sehr leicht reizbar, ruhelos; sein Gesichtsausdruck dummlächelnd, zutraulich; er zeigt hochgradige Gedächtnisschwäche, Grössenwahn; keine motorischen oder sensiblen Erscheinungen. Der Gang gut, später legt sich die Erregung. Patient be-

schäftigt sich durch einige Zeit, bis er eines Morgens rechtsseitig hemiplegisch, hemianästhetisch und apathisch gefunden wird; er ist ganz bewusstlos, doch nicht vollständig comatos, auf lautes Anrufen öffnet er die Augen und blickt ohne Verständniss umher; die Pupillen normal weit, beweglich. Patient bringt weder ein Wort hervor, noch auch einen Ton; in den folgenden Tagen leichte Besserung, er lächelt, wenn er angesprochen wird, scheint die Umgebung zu erkennen; an einem der folgenden Tage rechtsseitige Convulsionen; einmal soll Patient zu dem Wärter gesprochen haben, doch giebt Verf. an: „I, however did not hear him speak, and could not bring from him any articulate sound“. Exit. leth. 8 Tage nach dem hemiplegischen Anfalle; Section zwei (!) Tage später.

Hauptbefund: Verdickung des Schädels; Hydrocephalus ext., atheromatöse Entartung der basalen Gefäße; Pia mehrfach verdickt und milchig getrübt; die Spitzen der Schläfen- und Orbitallappen schlaffer, sonst keine Veränderung der grauen Substanz; die Marklage im Allgemeinen etwas weicher: beide Corpora striata schlaffer und abgeflacht, besonders im stärkeren Masse der hintere Contour des linken Thalamus opticus; der dritte Ventrikel etwas erweitert, seine „peduncles“ zeigen eine schmutzige Farbe; mehrfache Durchschnitte zeigen keine Erweichung; die Stirnwunden beider Seiten erweisen sich als normal. Die linke Kleinhirnhälfte zeigt einen grossen Erweichungsherd. Rückenmark normal. Mikroskopische Untersuchung konnte nicht ausgeführt werden.

In einer eingehenden Besprechung des Falles kommt der Verf. zu dem Schlusse, dass bei dem Umstände, dass es sich nicht um einen Herd im Thal. opt., sondern um eine Abflachung handelt, die Erscheinungen der Hemianästhesie nicht auf diese bezogen werden könne, vielmehr angenommen werden müsse, dass die Kleinhirnläsion eine Hemmung auf den atrophischen und in seinen histologischen Elementen ebenso wie das Corp. striatum entarteten Thal. opt. ausgeübt habe, und dass die Aphasie die Folge der Unterbrechung der eben dort liegenden Bahn vom Sprachzentrum sei.

Betrachten wir nun ohne Rücksicht auf den Sectionsbefund das klinische Bild unseres Falles, so dürfte die Deutung, dass es sich um einen bei einem Paralytiker aufgetretenen apoplektiformen Anfall gehandelt, wohl unschwer zu erweisen sein; schwieriger gestaltet sich die Frage, ob hier wirklich Aphasie vorliegt; wir glauben gerechte Zweifel zu hegen, umso mehr als die Diagnose bei höherem Grade von Bewusstseinsstörung, und falls gar nichts gesprochen wird, überhaupt nicht gestellt werden kann.

Dieser Deutung entspricht auch der Sectionsbefund; vor Allem finden wir die der Paralyse zukommenden Einzelheiten und endlich das Fehlen jedes auf den letzten Anfall zu beziehenden Befundes, das nicht befremden kann, seit wir wissen, dass in den meisten Fällen von progressiver Paralyse, die im paralytischen Anfalle ihr tödtliches Ende erreicht, ein negativer Befund zu Tage kommt. Dass wir an der Hand dieses Gedankenganges die Kleinhirnläsion ganz ausser Spiel lassen dürfen, findet umso mehr seine Berechtigung, als die Latenz solcher Läsionen seit den Mittheilungen Nothnagel's viel

verständlicher geworden; die Abflachung des linken Thal. opt. kann wegen der Unvollständigkeit des Befundes nicht als Basis einer Discussion dienen, es wäre nicht unmöglich, dass es sich einfach um einen jener Zustände handelt, wie sie selbst bei mässigem Hydrocephalus vorkommen. (Allerdings lässt die notirte gelbliche Verfärbung die Idee einer älteren Blutung zu.)

Noch hätten wir des der Psychose vorangehenden Anfallen von rechtsseitiger Hemiplegie und Aphasie zu gedenken; derselbe entspricht, ohne den Thatsachen Zwang anzuthun, einem jener Anfälle, wie sie nicht selten in frühen Stadien der progressiven Paralyse vorkommen, ja diese sogar einleiten. Dass es sich hier um wirkliche Aphasie gehandelt haben mag, kann zugegeben werden, da auch diese eine nicht seltene Erscheinung zu dieser Zeit ist; dass endlich trotz des besonders betonten Fehlens motorischer Erscheinungen der ganze Fall als eine Paralyse aufzufassen, bedarf keiner weitläufigen Auseinandersetzung.

Wir glauben mit dem Vorangehenden genugsam erwiesen zu haben, dass der vorliegende Fall eine wesentlich andere und, wie wir glauben, auch viel einfachere und wahrscheinlichere Deutung zulässt, und demgemäß kaum gegen die Lehre von der Localisation benutzt werden darf; dass ähnliche Irrthümer leider noch viel zu oft vorkommen, wird jeder Kenner der Praxis und der Literatur aus eigener Erfahrung zu bestätigen wissen.

A. Pick.