

Referent möchte diese Erklärung gern noch etwas anders präcisiert sehen. Bei der Erzeugung der Schrift sind zwei dirigierende Faktoren zu unterscheiden: die optische Vorstellung der Schriftzeichen und die mit den Schreibbewegungen einhergehenden Bewegungsempfindungen. Bei der linkshändigen Spiegelschrift sind die Bewegungsempfindungen entsprechend der rechtshändigen Normalschrift, die Schriftzeichen dagegen entsprechen nicht den optischen Vorstellungen. Die Innervationsfolge rollt sich hierbei unter dem Einfluß der Bewegungsempfindungen ab und erscheint abgelöst von dem dirigierenden Einfluß der optischen Vorstellungen. Letztere, welche zugleich den Sinn und Begriff der Schriftzeichen vermitteln, stellen im allgemeinen und bei normalen intelligenten Menschen das hauptsächlich leitende Moment dar; das Ablaufen der Innervationsfolge lediglich nach Maßgabe der Bewegungsempfindungen repräsentiert eine niedrigere, rein mechanische Thätigkeit, das, was Verfasser als „trieblichen Willen“ bezeichnet.

Die Ausführlichkeit des Berichtes möge mit dem hohen Interesse der Sache und dem Umstande entschuldigt werden, daß die Schrift des Verfassers an einer schwer zugänglichen Stelle erschienen ist. Es wäre sehr wünschenswert, daß sie noch eine besondere Ausgabe erführe.

GOLDSCHIEDER (Berlin).

**MEYNERT. Klinische Vorlesungen über Psychiatrie auf wissenschaftlichen Grundlagen.** Wien. Braumüller, 1890. 304 S.

MEYNERT hat seine Vorlesungen aus dem Sommersemester 1889 einem weiteren Kreise zugänglich gemacht, und in diesen Kreis will er nicht nur Studierende und Ärzte, sondern auch Juristen und Psychologen einrechnen. In der That findet auch gerade der Letztere in MEYNERTS Buch viele Auseinandersetzungen über den Gehirnmechanismus, die des näheren Eingehens wert sind, zumal M. die Psychiatrie als die Lehre von den Erkrankungen des Vorderhirns in seinen Verbindungen auffaßt und die wissenschaftlichen Grundlagen der Psychiatrie aus der feineren Anatomie und den Nutritions-Vorgängen herleitet.

Die Vorlesungen verlangen und verdienen ein genaues Studium, ein Referat muß sich auf Hervorheben von einzelnen Punkten beschränken, wie dies auch bei Besprechung der Amentia, einem vorher schon in den Jahrbüchern für Psychiatrie veröffentlichten Abschnitt aus den Vorlesungen geschehen ist (diese Zeitschrift, Bd. I. p. 227.).

Außer über Amentia enthält das vorliegende Buch Vorlesungen über Melancholie, Manie, Paranoia, Paralysis universalis progressiva, sekundäre Geistesstörung, erworbenen Blödsinn durch Herd-Erkrankungen und über angeborenen Blödsinn (Idiotismus und Imbecillität.)

Den Arzt und Juristen werden in erster Linie die klar geschilderten Krankheitsbilder, illustriert durch instruktive Krankengeschichten, fesseln, während den Psychologen mehr die Erklärung der Vorgänge im Gehirn interessieren wird.

In letzterer Beziehung mögen an dieser Stelle die Erscheinungen der heiteren und der traurigen Verstimmung bei der Manie und der Melan-

cholie hervorgehoben werden, die sich dann in der Krankheitsform der zirkulären Geistesstörung verbinden.

Manie und Melancholie gehören zu denjenigen Vorderhirn-Erkrankungen, bei welchen eine anatomische Grundlage wohl nicht ganz auszuschliessen ist, die aber doch bis jetzt noch zu den Ernährungsstörungen des Vorderhirns gerechnet werden und deren Symptomenbild sich auch mit einem Erkrankungs-Mechanismus ohne anatomische Veränderungen deckt.

Manie und Melancholie sind nach M. pathologische Fälle von Höhe und Mangel der „funktionellen Hyperämie“, die eine Hemmungswirkung des Vorderhirns ist. Die Hirnrinde dient nämlich zwei Leistungen, der kortikalen Assoziation (Gedankenbildung, Bewegungsimpuls) und der Arterien-Verengung; ist die eine dieser Leistungen gröfser, so wird die andere kleiner, und demnach führt die Funktion, welche einer höheren Assoziationsleistung entspricht, Hyperämie als eine Hemmungserscheinung der Gefäfsinnervation mit sich. Der durch diese funktionelle Hyperämie herbeigeführte veränderte Ernährungszustand der Rindenzellen wird von diesen wahrgenommen, und zwar als ein Glücksgefühl, welches auch schon physiologisch die kortikale Funktion, die geistige Arbeit begleitet (apnoëtische Atmungsphase der Rindenzellen). Umgekehrt wird bei Verringerung der Assoziationsleistung die zweite Leistung der Rinde, die Gefäfsinnervation gröfser, die Verengung der Arterien nimmt zu und der Mangel der funktionellen Hyperämie wird von den Rindenzellen als gebundene und traurige Stimmung empfunden (dyspnoëtische Atmungsphase). Weil nun infolge von vasomotorischen Störungen „bei der Melancholie die Arterien eng sind, weil die Leistung des Kortex als Gefäfscentrum grofs ist, wird die Assoziationsleistung und die der Bewegungsimpulse klein, und weil bei der Manie durch eine vasomotorische Störung die Gefäfsinnervation klein ist, wird die Leistung des Assoziations-spieles und der motorischen Rindenimpulse grofs durch ein Zerrbild funktioneller Hyperämie.“

Die Vereinigung von melancholischen und maniakalischen Krankheitsstadien zu dem Bilde der zirkulären Geistesstörung erklärt sich nach M. nun in folgender Weise: Wenn auf Grund von (oft als Ursache genannter Störung vorkommenden) allgemeinem Blutmangel das ganze Gehirn, also auch das Gefäfscentrum in Hirnschenkel, Pons und Medulla oblong. blutarm ist, so wird die Leistung der letzteren, die Arterien-Verengung, natürlich abnehmen, die arterielle Erweiterung wird wie funktionelle Hyperämie wirken, erleichterte Auslösung von Gedanken und Bewegungen anregen und so die Erscheinung des Glücksgefühls, der Manie herbeiführen. Die Erweiterung vollzieht sich aber auch in den Arterien des Gefäfscentrums selbst, und dessen Leistung wird wie durch funktionelle Hyperämie wiederhergestellt. Die Manie erscheint geheilt. Ein über das Mittelmafs gehende Arterienweite im Gefäfscentrum führt aber auch noch zu einem Überreiz, der dann eine Überleistung des Gefäfscentrums, eine anomale Verengung der Arterien hervorbringt, und so folgt dann die „dyspnoëtische Atmungsphase“ der Rindenzellen, die traurige Verstimmung, das Gebundensein der

Assoziationen, d. h. die Melancholie mit ihrem Kleinheitswahn. Dieser Überreizung des Gefäßcentrums muß dessen Erschöpfung folgen, die dann zu einem Durchgangsstadium normaler arterieller Ernährung der Hirnrinde, also einem zweiten Stadium der Heilung in dem zirkulären viergliedrigen Turnus führt. Weil aber bei dem Mangel eines dauernden Gleichgewichtes in der Gefäßinnervation die Ermüdung der arteriellen Muskulatur über die Normalweite des arteriellen Strombettes hinaus eine zweite anomale Durchflutung der Hemisphären zur Folge hat, beginnt der Turnus nun wieder mit einer abermaligen Manie u. s. w. —

Das Zustandekommen des Größenwahns in der Manie und des Kleinheitswahns in der Melancholie erklärt sich aus einem krankhaften Rückschluß aus der Stimmung auf die Thatsache. Weil nämlich der Manische ein hohes Glücksgefühl empfindet, und weil im allgemeinen Leben, allerdings infolge eines Fehlschlusses, dem Reichen, Herrschenden und Berühmten die dauernde Gemütslage eines Glücksgefühls zugeschrieben wird, so schließt der Manische, daß seiner Euphorie Reichtum, Macht, Berühmtheit oder alles zusammen zu Grunde liege. In gleicher Weise entsteht beim Melancholischen das Selbstanklage-Delirium, indem die ängstliche Grundstimmung durch Fehlschluß als Folge von Vergehen erklärt wird, in Umkehrung der gewöhnlichen Anschauung, daß der Verbrecher sich aus Furcht vor der Strafe in ängstlicher Stimmung befinde. Dem Manischen erscheinen infolge seines Größenwahns die anderen Menschen niedriger, dem Melancholischen in seinem Kleinheitswahn natürlich im selben Verhältnisse höher — eine rein psychologische Konsequenz.

Die Reizerscheinungen der Melancholie, die traurige Verstimmung, das Selbstanklage-Delirium, der Kleinheitswahn sind kortikale Symptome schon deshalb, weil die Veränderung, die der Melancholische im Gegensatz zum früheren gesunden Zustande empfindet, nur als eine Veränderung des Ich empfunden wird, während alle auf Einflüsse der Außenwelt bezogene Wahnideen den Stempel subkortikaler Reize an sich tragen. Das Wesen der Melancholie besteht in der Wahrnehmung der veränderten Nutritionsphase des kortikalen Organes und in der Leitungshemmung der Assoziationen.

Auch die Manie ist ein kortikaler Reizzustand, der sich in einer funktionellen Erleichterung im Gedankenablauf und in einer funktionellen Erleichterung in der Einwirkung der Willensimpulse auf die motorischen Nerven äußert; der kortikalen Erregung entspricht eine subkortikale Hemmung; deshalb sind Halluzinationen, hypochondrische Gefühle, Krämpfe selten.

Am reichhaltigsten ist das Kapitel über die Paranoia; es enthält außer Schilderungen der verschiedenen Formen dieser Krankheit Abhandlungen über Zwangsvorstellungen, Hypochondrie, Hysterie, Neurasthenie und Hypnose, die sich der Möglichkeit eines kurzen Referates entziehen. Bemerkenswert ist, wie unumwunden sich M. gegen die Anwendung der Hypnose ausspricht, die er als eine psychische Seuche, analog der Tanzwut und anderen Seuchen des Mittelalters, bezeichnet, und der entgegenzutreten er für die Pflicht eines jeden gewissenhaften Menschen erklärt.

Die Paranoia ist keine rein funktionelle Störung, wenn schon sich die Natur des anatomischen Prozesses bis jetzt noch nicht bestimmen läßt; ihr klinisches Wesen besteht darin, daß nicht nur alle wirklichen Wahrnehmungen in Beziehung zu bestimmten Zielvorstellungen, zunächst immer zum eigenen Ich, treten, sondern auch Reizerscheinungen in den subkortikalen Hirnbezirken (Hypochondrie, Halluzinationen) zur Bildung von Wahnideen, Verfolgungs- und Größenwahn, verwertet werden, wobei die Assoziationen sehr intensiv zur Zielvorstellung hinleiten und keine Lockerung der Assoziation, keine Verworrenheit zu stande kommt.

Der progressiven Paralyse liegt ein bekannter anatomischer Prozeß, bei dem aber nicht alle Elemente einer einzelnen Rindenstelle zerstört werden, vielmehr für alle Assoziationen noch Bahnen und Zellen erhalten bleiben; infolgedessen wird die Leistung nicht, wie bei Herd-Erkrankungen, in zirkumskripter Weise zerstört, sondern nur erschwert, die komplizierteren psychischen Koordinationen, welche die Persönlichkeit, den Charakter darstellen, zerfallen, während einfachere noch bleiben, und in gleicher Weise ist die paralytische Bewegungstörung nicht Lähmung, sondern Störung der verwickelteren Bewegungen, kortikale Ataxie. Mit dem zunehmenden Untergang von Rindenelementen zerfallen die Assoziationen immer mehr, das Verschwinden der Nebenvorstellungen erklärt den blödsinnigen Zug in den Wahnideen der Paralytiker, dem zunehmenden Blödsinn geht die Steigerung der kortikalen Bewegungsstörungen im allgemeinen parallel, bis im Endstadium jede motorische Initiative darniederliegt.

MEYNERTS Buch liest sich nicht leicht, aber für die Mühe des Einarbeitens in die Anschauungen der Verfassers findet man sich dann auf jeder Seite belohnt.

PERETTI (Merzig).

LADAME. *La folie du doute et le délire du toucher.* *Annales médico-psych.* 1890. Novbr. Dezbr. S. 368—386.

Verfasser hebt zunächst die verschiedenen Auffassungen der Autoren bei der Klassifizierung der „Zweifelsucht“ und „Berührungsfurcht“ hervor: Bald werden sie als Symptome der verschiedenartigsten Geistesstörungen betrachtet, bald als psychopathische Erscheinung der hereditären Entartung, bald als einfache, elementare Störung. Es folgt eine zusammenfassende Darstellung der geschichtlichen Entwicklung der Lehre von den genannten, krankhaften Zuständen. Die ersten Beobachtungen, in welchen solche Zustände von Folie du toucher geschildert werden, stammen von ESQUIROL; nach ihm teilten BRIERRE DE BOISMONT u. A. ähnliche Fälle mit; den Namen führte JULES FALRET (1866) ein. GRIESINGER beschrieb dann 1868 die „Grübel- und krankhafte Fragesucht“ als eigenartigen psychopathischen Zustand. MOREL trennte Fälle von Berührungsfurcht zuerst als „délire émotif“ von der Gruppe des hereditären Irreseins, von der Hypochondrie und dem systematisierten Wahn ab. — In seiner bekannten Abhandlung „Über Zwangsvorstellungen“ hat WESTPHAL (1877) erst den Unterschied dieser von den Wahnideen gekennzeichnet, indem er hervorhob: 1. Aus Zwangsvorstellungen werden nie Wahnideen, 2. die Zwangsvorstellungen bleiben dem Kranken stets etwas