

im stande sind, ein bestimmtes Wort durch Absehen oder Abhören zu gewinnen, daß ihnen jedoch häufig im Anfange die Fähigkeit fehlt, mit den Wörtern die entsprechenden Anschauungen zu verbinden. „Daraus ergibt sich notwendig, daß man bei jedem neu gewonnenen Wort auch versuchen soll, das Wort von dem Kranken hervorbringen zu lassen bloß durch Andeutung des Gegenstandes, den man ihm zeigt.“ Deshalb bilden Bücher, in denen sich neben den einzuübenden Wörtern die entsprechenden Zeichnungen befinden, wichtige Hilfsmittel für den Unterricht.

Sehr interessant sind die beiden Fälle sensorischer Aphasie, welche Verfasser erfolgreich behandelt hat. Im ersten bestanden neben der sensorischen Reste motorischer Aphasie. Bemerkenswert ist die Gedächtnisstörung des Patienten, welche Verfasser auf eine abnorm schnelle Ermüdbarkeit der Gehirnfunktion bezieht. Der zweite Patient verstand und beantwortete nur alltägliche Redensarten. „Er erklärte dabei ganz charakteristisch, daß er sich so vorkäme, als ob er bloß für das Gesprochene taub wäre; denn er höre sonst ganz gut.“ Die vom Verfasser entworfene Methode zur Heilung der zentrosensorischen Aphasie beruht auf folgenden Erwägungen: Dem Auge kommt eine keineswegs geringe Bedeutung für die Erlernung der Sprache zu; blinde Kinder lernen nämlich in der Regel später sprechen als sehende. Zahlreiche Erfahrungen bestätigen ferner, daß man besser versteht, wenn man die Mundbewegungen des Sprechenden sieht. Es liegt also der Gedanke nahe, bei der zentrosensorischen Aphasie das Auge als Perzeptionsweg für die Sprache zu benutzen. In den beiden behandelten Fällen war das Perzeptionszentrum nicht völlig zerstört, der vorhandene Rest der Wortperzeption genügte in Verbindung mit der Absehfertigkeit, um alles Gesprochene zu verstehen. Dabei ist es nicht immer notwendig, alle Mundbewegungen direkt wahrzunehmen. Verfasser zeigte schon früher an einem Taubstummen, daß für viele Laute die Form der Wangen, die Bewegungen von Wangenhaut und Unterkiefer so charakteristisch sind, daß aus denselben auf die gesprochenen Wörter richtig geschlossen werden kann. Die Einprägung der verschiedenen Artikulationsstellungen erleichtert eine vom Verfasser kombinierte phonetische Bilderschrift.

Die vorgeschlagenen Methoden erfordern viel Geduld und Ausdauer von seiten des Lehrenden und Lernenden; aber die aufgewandte Mühe wird reichlich vergolten durch die Erfolge, welche bei konsequenter Anwendung der Methoden nicht ausbleiben.

THEODOR HELLER (Wien).

SIMERKA. **Sur le degré de fréquence des paralysies laryngées chez les hémiplégiques.** *Revue neurolog.* IV. No. 11. S. 324—326. 1896.

Daß die Erzeugung der Stimme im Kehlkopf, d. h. die Adduktion der Stimmbänder, ihr Zentrum auf der Hirnrinde und zwar am Fulse der dritten Stirnwindung und in der vorderen-unteren Gegend der Präzentralwindung (frontal. ascend.) auf beiden Hemisphären hat, darüber sind die Physiologen ziemlich einig, darüber aber, wie diese Zentren das Endorgan beeinflussen, sind die Meinungen geteilt. Die einen (MASINI)

behaupten, jedes der Zentren wirke auf das Stimmband der gegenüberliegenden Seite, die anderen (KRAUSE, SEMON und HORSLEY, BROECKART) sagen, jede Hemisphäre wirke gleichzeitig auf beide Stimmbänder, so daß die Reizung eines Zentrums die Zusammenziehung beider Stimmbänder und die Exstirpation eines Zentrums, vermittelt der Kompensation durch das andere, keine Störung der Larynxbewegung zur Folge habe. — Daran reiht sich die Frage, warum die Larynxlähmung vom Gehirn aus so selten vorkommt, während die Kranken mit Hemiplegie und motorischer Aphasie die Krankenhäuser überfüllen. Sollte man doch meinen, daß, da die Larynxzentren dem BROCASchen an Gröfse nichts nachgeben, überdies von denselben Arterien versorgt werden und außerdem auf beiden Seiten vorhanden sind — die Läsion derselben doppelt so häufig wie die des gesprochenen Wortes und wenigstens ebenso häufig wie die gewöhnliche Hemiplegie der Extremitäten vorkommen müsse. SEMON und HORSLEY erklären sich die Sache so. Zufolge der beidseitigen Innervation ist eine einseitige Lähmung der Stimmbänder nicht möglich und eine beiderseitige nur dann, wenn auf jeder der beiden Hemisphären symmetrische Läsion sich vorfinde. Dagegen sprechen zwei Fälle (VON GAREL und DEJERINE), in denen die Autopsie bei Larynxlähmung nur eine Läsion ergab.

Daraufhin erklärt RAUGÉ mit MASINI, die kortikalen Kehlkopflähmungen seien gar nicht so selten, man fände sie nur nicht heraus.

Um klar darüber zu werden, wählte P. MARIE aus seinem Material von Hemiplegischen eine Zahl solcher aus, bei denen man eine Larynxstörung vermuten konnte, und stellte sie dem Verf. zur Verfügung.

Derselbe untersuchte 23 Männer, von denen elf rechtsseitig, elf linksseitig und einer auf beiden Seiten gelähmt war. Unter den 23 Fällen befanden sich 8 mal Kontrakturen, 15 mal Dysarthrien verschiedenen Grades, 5 mal Schlingbeschwerden, 8 mal Deviation der Lippen oder der Zunge, 5 mal Lähmungen des Gaumensegels, 13 mal geringer oder fehlender Pharynxreflex.

Die Zeitdauer des Leidens betrug 1 bis 18 Jahre.

Bei 19 dieser Kranken fand Verf. keine Bewegungsstörung der Stimmbänder, nur bei vier entfernte sich das rechte Stimmband beim Atmen (Inspiration) wenig von der Mittellinie, während das linke Stimmband sich normal verhielt, so daß die Stimmritze nach links abwich, beim Intonieren bewegt es sich nach der Mittellinie hin und etwas darüber hinaus (et empiétait un peu sur l'autre côté), so dass die Abweichung nach links blieb.

Drei dieser Kranken litten an rechtsseitiger Hemiplegie, einer an linksseitiger, bei allen vier waren Kontrakturen und Dysarthrie zugegen. Die Erscheinungen konnten von Parese der Abduktion oder von zu großer Erregbarkeit der Adduktoren herrühren und auf cerebraler, bulbärer oder peripherischer Läsion beruhen, bei dem Kranken mit linksseitiger Lähmung wahrscheinlich auf bulbärer, weil bei ihm außer der Sprach- und Schlingstörung und dem verminderten Pharynxreflex eine rechtsseitige Facialislähmung bestand. Um ein sicheres Urteil zu gewinnen, muß man die Autopsie abwarten.

Aber auch diese vier Fälle, in denen höchstens von einer Parese der Abduktoren oder Kontraktur der Adduktoren die Rede ist, gehören eigentlich nicht zur Kategorie derjenigen, von denen die obengenannten Autoren sprechen, wo es sich um Paralyse der Adduktoren im Kehlkopf handelt. Jedenfalls wird durch die 19 negativen Fälle RAUGÉS Behauptung der Häufigkeit cerebraler Kehlkopflähmung widerlegt — so daß dem Verf. die Ansicht SEMONS und HORSLEYS, wonach die Seltenheit durch die doppelte Innervation des Kehlkopfes bedingt ist, wahrscheinlicher klingt.

FRAENKEL.

EMIL KRAEPELIN. **Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte.**

Fünfte vollständig umgearbeitete Auflage, mit 10 Lichtdrucktafeln, 13 Kurven und 13 Schriftproben. Leipzig, J. A. Barth. 1896. 825 S,

Wenn ein Lehrbuch und noch dazu ein Lehrbuch der Psychiatrie, in verhältnismäßig kurzer Zeit seine fünfte Auflage erlebt, so dürfte diese Thatsache an sich genügen, um eine nochmalige Besprechung des Buches nach der guten oder gar nach der schlechten Seite überflüssig zu machen. Bei KRAEPELIN liegen die Dinge etwas anders, und er konnte sich keinen Augenblick darüber im Unklaren befinden, daß er mit der neuen Bearbeitung seines Lehrbuches die Kritik geradezu herausfordern und es an abweichenden Meinungsäußerungen nicht fehlen würde.

Bis dahin konnte man es sich ruhig eingestehen, daß uns KRAEPELIN, wenn er es noch nicht gethan, so doch mit der Zeit das beste Lehrbuch der Psychiatrie liefern werde. Man sah daher der neuen Auflage mit Spannung entgegen und man hoffte, daß sie, wie ihre Vorgänger dies gethan, einen neuen Schritt auf dem Wege der Vollkommenheit bezeichnen werde.

Ob dies nun wirklich der Fall gewesen, und ob die vor uns liegende fünfte Auflage in der That einen Fortschritt bedeutet, darüber kann man geteilter Meinung sein, und fast möchte ich befürchten, daß sich die Zahl der Zustimmenden nicht in der Majorität befinden wird. Allerdings stellte von jeher die Einteilung und Gruppierung der einzelnen Irrsinsformen den schwächsten Punkt in der Psychiatrie dar, und es war gerade kein Verbrechen, hierin anderer Ansicht zu sein. Aber immerhin stand eine Anzahl dieser Formen fest, und wenn man sie auch hin und her schob, so hatten sie an sich doch Bürgerrecht erworben, und man war gewohnt, sie in einem ordentlichen Lehrbuche wiederzufinden.

Mit dieser kleinlichen Rücksicht hat KRAEPELIN gründlich aufgeräumt, er hat, wie er sagt: „den letzten entscheidenden Schritt von der symptomatischen zur klinischen Betrachtungsweise des Irrseins gethan“, und diesen Schritt hat eine ganze Reihe der ältesten Psychosen mit dem Leben bezahlen müssen.

Wir waren in der Psychiatrie bisher daran gewöhnt, mit der Manie und Melancholie aufzustehen und mit dem Blödsinn zu Bette zu gehen, und wenn wir uns in der fünften Auflage fast vergebens nach den ersten Beiden umsehen, und eigentlich alles so ganz anders ist, wie wir es bislang gelernt und zum Teil wohl auch gelehrt hatten, dann kann man sich nicht so ohne weiteres darin finden, und man wird sich zunächst ablehnend verhalten.