

bringt. Musikalische Bestimmtheit ist etwas Anderes als sprachliche. Ein und derselbe Text läßt verschiedenartige musikalische Bearbeitungen zu, die gleichwohl alle passend und charakteristisch sein können. Die Musik fügt dem Stimmungsgehalt des Textes einen höchst individuellen hinzu. Und die Aufgabe ist dann am besten gelöst, wenn beide mit einander verschmelzen, so daß sie eins zu sein scheinen. Die Phantasie jedes einzelnen Zuhörers geht ihre eigenen Wege. Der Componist kann in dieser Beziehung nichts im voraus bestimmen. Die Ausdruckswirkungen sind daher mittelbare, secundäre Wirkungen. Verf. nimmt an, daß es abseits von unserem sonstigen psychischen Leben ein besonderes Reich eigenartiger Bewußtseinsvorgänge giebt, die durch Musik irgendwelcher Art in uns direct hervorgerufen werden, und die wir am besten als musikalische Eindrücke bezeichnen (Sehr wahr! Der Ref.). Die musikalischen Gemüths-bewegungen unterscheiden sich als musikalische Eindrücke wesentlich von unseren sonstigen außermusikalischen Gemüthsbewegungen, die wir Gefühle nennen. Doch bestehen auf Grund dynamischer Aehnlichkeiten vielfache Beziehungen zwischen beiden. Auf Grund solcher Beziehungen ist die Musik im Stande, außermusikalische Seelenzustände, also Vorstellungen von Gegenständen, Bewegungsvorstellungen, Vorstellungen von lebenden Wesen, von bestimmten Personen, Gedanken und insbesondere Gefühle anzuregen, zu erwecken und auszudrücken. Der Eindruck ist das Gegebene, der Ausdruck secundäre Wirkung. Nach HOFMEISTER baut die reine Musik (Symphonien, Sonaten, Kammermusik u. s. w.) ein Ganzes aus bestimmten Keimelementen auf, welches durch die Gesamtheit seiner formalen Architectur befriedigend wirkt. Die affective Musik (Musik ohne Text, Vor- und Zwischenspiele der Bühnenmusik, Programmmusik) hat das Bestreben, besondere Gefühle und Vorstellungen auszudrücken. In der affectiven Musik handelt es sich um eine möglichst innige Verschmelzung des Musikalischen mit dem Poetischen. Würde es sich um möglichst deutlichen Ausdruck von Seelenzuständen handeln, dann würde die Musik eine untergeordnetere Rolle spielen, sie könnte im vorliegenden Falle sogar störend wirken. Die Musik fügt den Wirkungen des Textes ihre eigenen als völlig neue hinzu, und der Zweck dieser Verbindung ist nicht gröfsere Deutlichkeit des Ausdrucks, sondern tiefere seelische Wirkung.

Der ästhetische Genuß „liegt in der Hingabe an die durch Musik direct in uns erzeugten Eindrücke, er ist ein in jedem Augenblicke seines Bestehens wirkliches, lebendiges, individuelles Ergebnifs, ganz einzig in seiner Art.“

GISSLER (Erfurt).

L. BRUNS. **Die traumatischen Neurosen. Unfallsneurosen.** *Specielle Pathologie und Therapie*, hrsg. v. HERMANN NOTHNAGEL, Bd. XII, Theil I, Abth. IV, 131 S. Wien, Hölder. 1901. 3,20 Mk.

Eine übersichtliche, klare, erschöpfende und kritische Darstellung der Aetiologie, Symptomatologie, Diagnose, Prognose und Therapie der traumatischen Neurosen bezw. Unfallsneurosen, also der nach Verletzungen und Erschütterungen des Körpers, sowie nach anderen Unfällen sofort oder nach mehr oder weniger langer Zeit eintretenden, eigentlichen Neurosen

(Neurasthenie, Hypochondrie, Hysterie, die einfachen Psychosen, sowie die besonders häufigen Mischformen dieser Zustände).

In der Mehrzahl der Fälle fehlt jede anatomische Grundlage. Nicht physikalische, sondern psychische, nicht materielle, sondern seelische Erschütterungen spielen bei der Entstehung die Hauptrolle, und das erklärt das häufige Mißverhältniß zwischen Ursache und Folge. Schrecken und Angst wirken vor Allem mit. Der verantwortliche, durch den Dienst vielleicht schon aufgeriebene Eisenbahnangestellte erkrankt bei demselben Unfall ungleich intensiver als der schlafende Passagier. Auch nach der Verletzung sprechen noch psychische Momente mit und zwar innere, aus der Person des Verletzten wirkende, und äußere, von seiner Umgebung ausgehende. Vor Allem sind hier zu erwähnen die Schmerzen und die hypochondrischen Befürchtungen des ersten Krankenzimmers, die mit der Unfallgesetzgebung entstandenen „Begehrungsvorstellungen“ (STRÜMPPELL) und der Kampf um die Rente.

Bei der Vielgestaltigkeit der Symptomatologie nimmt dieses Capitel den bei weitem größten Raum des Buches ein, zumal bei jedem einzelnen Symptom auch die Frage der Simulation abgehandelt wird. Folgendes möge hier genügen.

Fast immer sind bei den Unfallsneurosen — eine Ausnahme machen die umschriebenen hysterischen Störungen — psychische Störungen vorhanden. Unter ihnen überwiegt die trübe Verstimmung, eine mehr melancholische oder hypochondrische Depression, zuweilen mit sehr deutlichen, auch objectiv nachweisbaren Angstanfällen. Später tritt bei vielen Kranken ein mehr activer, oft direct aggressiver, verbissener Zug hervor; oder ausgesprochene Verfolgungsideen, besonders von dem Charakter der rechtlichen Benachtheiligung (Querulant) beherrschen den Verletzten. Eine besondere Form bildet die auf Atheromatose zurückzuführende, präsenile Demenz, die vorwiegend Männer im Alter zwischen dem 50. bis 60. Lebensjahre ergreift.

Hier sei hervorgehoben das sog. MANNKOPF'sche Phänomen: durch Druck auf schmerzhaft Stellen wird die Pulsfrequenz bis um 30 Schläge in der Minute gesteigert. Nur positiver Ausfall ist beweisend und spricht gegen Simulation der Schmerzen.

Die Anästhesien sind fast immer hysterischer Natur; sie richten sich in ihrer Gruppierung nicht nach den Regeln anatomisch-physiologischer Localisation im Gehirn, Rückenmarke oder den peripheren Nerven, sondern sind nach Anschauungen einer naiven, wenn man so sagen darf, laienhaften Betrachtung des Organismus angeordnet. Meist sind die direct verletzten Glieder anästhetisch. Nach Kopfverletzungen ist die Anästhesie nicht gekreuzt, sondern auf derselben Seite wie die Verletzung.

Ebenso ist die bei Unfallsneurosen oft nachweisbare concentrische Gesichtsfeldeinengung specifisch hysterischer Natur. Reicht die Einengung bis fast an den Fixirpunkt, so sind die Kranken in ihrer Orientirung im Raume doch nicht gestört. Die Farbensichtsfelder sind meist mehr eingeengt als das Gesichtsfeld für Weiß. Die Ausdehnung des Gesichtsfeldes bleibt oft absolut dieselbe, gleichgültig ob man den Kranken dicht vor die

zur Prüfung benutzte Tafel oder entfernt von ihr stellt. Fälschlicherweise wurde aus diesem Verhalten früher auf Simulation geschlossen.

Die Ermüdungseinschränkung faßt Verf. als neurasthenische Erscheinung auf.

Hervorzuheben sind die interessanten Beobachtungen, die WILBRANDT über das Verhalten der Erholung der Retina im Dunkelraume gemacht hat.

Meist sind cutane Anästhesien combinirt mit sensorischen Störungen, speciell mit Gesichtsfeldeinengung; diese Combination findet sich bei den Fällen, die entweder reine Hysterie sind oder hysterische Züge tragen. Diese Combination spricht gegen Simulation, wenngleich die beiden Symptome keine objectiven Symptome im strengen Sinne des Wortes sind. Aber was ist objectiv in der Psychiatrie? fragt Verf. mit OPPENHEIM.

Was von den Anästhesien, gilt auch von den hysterischen Lähmungen; sie sind nach Gelenkabschnitten abgegrenzt. Neben der Lähmung findet sich oft eine Aufhebung des Muskel- und Lagegefühls.

Eine große Schwierigkeit bietet in nicht seltenen Fällen die Unterscheidung der Simulation und Krankheit, da die Symptome meist psychisch bedingte, nicht objective sind. Zudem verschieben sich manchmal die Grenzen zwischen Krankheit und Simulation so, daß es nur theoretisch, aber nicht praktisch im Einzelfalle möglich ist, eine Entscheidung zu treffen. Volle Simulation hält er für selten.

Die beste Therapie ist, wenigstens in den leichteren Fällen, allmähliche Wiedergewöhnung an Arbeit. Wirksamer ist die Prophylaxe. Sie wirkt, weil eine Unfallsneurose nicht die nothwendige, unausbleibliche Folge eines jeden Unfalls ist. Vor Allem tragen die schon oben erwähnten, psychischen Momente zur Entwicklung und Fixirung der Neurose bei, und hiergegen muß man bei Zeiten einschreiten. Der behandelnde Arzt sollte daher neurologisch und vor Allem psychiatrisch soweit geschult sein, um die psychische Entwicklung der Neurosen zu verstehen. Man muß sie im Keime ersticken, vor Allem jede schädliche Suggestion vermeiden.

Diese kurze Inhaltsangabe der lesenswerthen Arbeit dürfte für die Leser *dieser Zeitschrift* genügen; aus ihr ergibt sich, welch gewichtige Rolle Verf. den psychischen Factoren bei der Entstehung, Ausbildung, Behandlung, Begutachtung der traumatischen Neurosen mit Recht zumißt, und eben deshalb erscheint eine so ausführliche Besprechung an dieser Stelle durchaus gerechtfertigt.

ERNST SCHULTZE (Andernach).

NÄCKE. Einige innere somatische Degenerationszeichen bei Paralytikern und Normalen, zugleich als Beitrag zur Anatomie und Anthropologie der Variationen an den inneren Hauptorganen des Menschen. *Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie* 58, S. 1009—1078. 1900.

Während die äußeren Degenerationszeichen des Menschen seit Langem eingehend bearbeitet sind, hat auf innere Degenerationszeichen bisher kaum Jemand näher geachtet, wohl aus dem Grunde, weil man sie nur selten bei Lebzeiten des Betreffenden zu sehen bekommt. NÄCKE hat die Frage jetzt angeschnitten und Herz, Lunge, Leber, Niere und Milz daraufhin untersucht; er berichtet über 100 und mehr Paralytiker, während er den Befund bei psychisch Normalen von NAUWERK erhalten hat. Leider kennen wir