

XXIV.

Ueber Schwangerschafts- und Puerperalpsychosen.

Von

Dr. C. Fürstner,

Assistenz-Arzt an der Irrenabtheilung der Königl. Charité.

Ueberblickt man die psychiatrische Literatur der letzten Jahrzehnte, so muss der grosse Anteil frappiren, den die progressive Paralyse zu derselben beigesteuert hat. Von dem Augenblicke an, wo Haslam die Grundzüge dieser ebenso frequenten wie perniciösen Krankheitsform aufstellte, suchten bis in unsere Tage hinein klinische Beobachter und pathologisch-anatomische Forscher gleichen Schritt zu halten in dem Bestreben, die Symptomatologie zu vervollständigen, eine gesicherte anatomische Basis zu gewinnen. Begünstigt wurden diese vereinten Bemühungen durch den Reichthum und die Zugänglichkeit des Krankenmaterials, über das wohl jede Anstalt unter dem männlichen Theil ihrer Bevölkerung verfügte. Dasselbe gilt nicht für eine andere grosse und wichtige Gruppe der Psychosen, deren privilegierte Träger unter den weiblichen Irren zu suchen sind, für die Schwangerschafts- und Puerperalpsychosen. Derartige Fälle kommen in den meisten Anstalten nur vereinzelt über grössere Zeitabschnitte zerstreut vor und entziehen sich so einer einheitlichen Sammlung und Beurtheilung. Diesem Umstände ist es wohl wesentlich zuzuschreiben, dass dieses Thema namentlich von den deutschen Autoren etwas stiefmütterlich behandelt, demgemäß unsere Kenntnisse über dasselbe noch lückenhaft sind. Eine Erweiterung und Vervollständigung derselben dürfte nur auf dem Wege der klinischen Beobachtung erreichbar sein, und als solchen klinischen Beitrag für die weitere Kenntniss der Schwangerschafts- und Puerperalpsychosen möchte ich die folgende Arbeit aufgefasst sehen, der 34 eigene Krankenbeobachtungen zu Grunde liegen.

Die Frage nach der Häufigkeit des Vorkommens der Schwangerschafts- und Puerperalpsychosen lässt sich meiner Ansicht nach mit den uns momentan zu Gebote stehenden Mitteln der Statistik überhaupt nicht beantworten. Legt man die in Gebärhäusern beobachteten Erkrankungen einer Zählung zu Grunde, muss das Facit nothwendiger Weise viel zu gering ausfallen, da ja einmal die während der Schwangerschaft psychisch Erkrankten gar nicht in die Entbindungsanstalten eintreten, andererseits die Wöchnerinnen meistentheils schon am 8. oder 10. Tage wieder entlassen werden, alle später auftretenden Erkrankungen sich also gleichfalls der Berechnung entziehen. Daher darf es nicht wundern, wenn Reid und Gream unter 5500 im General-Lying in Westminster and Queen Charlottes hospital recipirten Entbundenen nur 20 Puerperalpsychosen entstehen sahen, wenn in Johnston and Sinclair's „Practical Midwifery“ unter 13,748 Geburten 26 psychische Erkrankungen verzeichnet sind.

Addirt man die in Irrenanstalten aufgenommenen Fälle, so fehlt wiederum der zweite für die richtige Angabe eines numerischen Verhältnisses nothwendige Factor, die Zahl der Entbundenen, eventuell Schwangeren.

Viel mehr als diese nicht gelöste statistische Aufgabe wird den Psychiater jedoch die Frage interessiren, wie oft sich Schwangerschaft und Puerperium als aetiologisches Moment bei einer bestimmten Anzahl psychisch erkrankter Frauen findet. Auch hier stellen sich einer genauen Berechnung Schwierigkeiten in den Weg, vor Allem der Umstand, dass für das Puerperium und die sich an dasselbe anschliessende Lactationsperiode eine allgemein anerkannte zeitliche Grenze nicht existirt, man also z. B. schwanken kann, ob man eine Frau, die nach 4monatlichem Stillen ihr Kind entwöhnt, dann im 6. psychisch erkrankt, noch als zu der in Rede stehenden Gruppe hinzugehörig betrachten soll oder nicht. Ferner aber sind die Aufnahmезahlen gerade für diese Form in den verschiedenen Anstalten sehr variabel. Liegt es doch auf der Hand, dass Anstalten grosser Städte, in denen bei Beschränkung des Raums und noch mangelhafter Pflege und Ueberwachung, derartig acut erkrankende Frauen für ihre Umgebung so bald unmöglich werden, über ein viel reicheres Material verfügen werden, als solche, die sich aus der Bevölkerung des platten Landes recrutiiren. Es ist gewiss ein ganz abnorm hohes Verhältniss, wenn in der Charité unter 508 recipirten geisteskranken Frauen 86 Puerperale vertreten sind. Aus folgenden, den verschiedensten Anstaltsberichten entnommenen Zu-

sammenstellungen wird sich jedoch immerhin ein annähernd richtigiger Schluss ziehen lassen:

Esquirol	zählte unter 1119 Frauen	92 Wöchnerinnen,			
Reid (Bethlem)	" 989	" 111	"		
Parchappe	" 596	" 33	"		
Zeller	" 97	" 11	"		
Leidesdorf	" 200	" 20	"		
Pedler	" 889	" 70	"		
Charité	" 508	" 86	"		

Im Report of Bethlem hospital finden sich auf 118 Frauen 19 Puerperale.

Tebaldi, Note statistico-cliniche raccolte nelle divisioni per i maniaci dell' ospitale civile di Padova del 1867 et 1871, zählte auf 173 Frauen 9 Puerperale.

Im Annual Report of the Northern Ohio Lunatic Asylum for the Year 1872 findet sich die Notiz, dass seit Bestehen der Anstalt auf 1128 Frauen 109 Puerperale kamen.

Der Annual report of the Glasgow Royal asylum for Lunatics 1872 constatirt ein sehr variables Verhältniss: im Jahre 1872 auf 189 Frauen 16 Puerperale = 8,46 per Cent gegen 14,2 per Cent im Jahre 1855.

Der Annual report of the Royal Edinburgh asylum for the insane verze ichnet:

for the Year 1854 unter 114 Frauen 9 Puerperale,

1855	" 114	" 6	"
1856	" 141	" 6	"
1857	" 130	" 5	"
1858	" 136	" 4	"
1859	" 98	" 4	"

Auf 6750 geisteskranke Frauen kamen also 616 Puerperale, d. h. ein ungefähres Verhältniss von 1:11; Marcé*) in seiner vorzüglichen Monographie giebt 1:12 an.

Diese Erkrankungen vertheilen sich auf 3 verschiedene Perioden. Das weitaus grösste Contingent stellt das Puerperium, mit einem schwächeren Antheil participirt die Zeit der Lactation, mit dem geringsten die der Schwangerschaft. Von 310 durch Marcé zusammengestellten Fällen entstanden 27 während der Schwangerschaft, 180 während des Puerperium, 108 während der Lactation, unter meinen 34

*) Marcé, Traité de la folie des femmes enceintes des nouvelles accouchées et des nourrices.

Beobachtungen waren 5 auf die Schwangerschaft, 21 auf das Puerperium, 8 auf die Lactation zurückzuführen.

Aetiologisch am wirksamsten für die Entstehung von Psychosen erweist sich also das Puerperium, in zweiter Linie die Lactationsperiode, in dritter die Schwangerschaft.

Von einem directen Causalnexus zwischen diesen drei Phasen im Leben des Weibes und den während derselben vorkommenden Psychosen wissen wir nichts. So gross auch zeitlich der Sprung erscheint von den Tagen eines Hippocrates und Galen, welche die Beantwortung dieser Frage in einer Congestion der Lochien und der Milch zu finden meinten, bis in unsere Tage, wo Anämie und Hyperämie mit dem unvermeidlichen Hirnödem noch immer bald in verschämterer, bald in anspruchsvollerer Weise zur Erklärung herangezogen werden, so mannigfaltige Versuche gemacht worden sind, alle möglichen somatischen Veränderungen, Entzündungen der Brüste, der Geburtswege, der Hirnhäute, des Schädeldaches als Ursache zu beschuldigen, oder aus den verschiedensten Gemüthseindrücken, Schreck, Kummer, Furcht direct die Psychose abzuleiten; der Lösung des eigentlichen Kernes der Frage sind wir nicht viel näher getreten, und werden es auch nicht, so lange uns die bei den Psychosen im Gehirn stattfindenden Vorgänge eine terra incognita sind. Mit mehr Erfolg dagegen hat man eine Reihe von prädisponirenden und occasionellen Momenten studirt, die während der Schwangerschaft und des Puerperium erfahrungsgemäss häufig in Wirksamkeit treten, und aus deren Ineinandergreifen eben die Psychose resultirt.

Von diesen Momenten ist in erster Linie der Erblichkeitsfactor zu berücksichtigen; dass derselbe auch bei den Puerperalpsychosen eine bedeutende Rolle spielt, ergeben die folgenden aus der Literatur gesammelten Notizen ohne Weiteres:

Marcé	verzeichnete unter 56 Kranken	24 Mal hereditäre Belastung,			
West	"	30	"	14	"
Helfft	"	131	"	51	"
Macdonald	"	66	"	17	"
Gandy	"	56	"	22	"

Stonehouse rechnet 33 pCt., unter meinen eigenen 34 Beobachtungen constatirte ich in 9 hereditäre Prädisposition.

Alle diese Zahlen repräsentiren aber nur einen Bruchtheil der unter hereditärer Belastung Stehenden, da bei ihrer Angabe nur directe Heredität, also ausgebildete Psychosen bei Eltern oder Grosseltern.

berücksichtigt wurden. Ganz anders gestaltet sich das Verhältniss, wenn man den Begriff „Heredität“ in weiterem Sinne fasst, wenn man Epilepsie, Hysterie, Trunksucht, Bizarerie, Neurosen der verschiedensten Art bei Eltern oder Verwandten gleichfalls als prädisponirende Momente für psychische Erkrankungen der Descendenz betrachtet. Freilich werden ja anamnestische Forschungen des Arztes nach dieser Richtung von den Angehörigen nichts weniger als unterstützt, theils absichtlich, theils unabsichtlich werden darauf bezügliche Facta eachirt; überzeugt man sich doch nicht selten erst von dem Vorhandensein einer hereditären Prädisposition, wenn man mehrere Mitglieder derselben Familie gesehen und gesprochen hat. Ausser den 9 Fällen von directer Heredität finde ich in den anamnestischen Angaben meiner Kranken 3 mal Trunksucht des Vaters verzeichnet (2 gingen apoplectisch zu Grunde), 1 mal Epilepsie, 5 mal mehr oder weniger stark ausgesprochene Hysterie der Mutter, einmal sonderbares, auffälliges Wesen der letzteren, 2 mal Epilepsie bei Geschwistern der Patientinnen. Bei 21 meiner Kranken war also Familienanlage vorhanden, bei 2 konnte ich keine sichere Anamnese erlangen, die 11 übrigen erschienen, so weit es zu eruiren möglich war, hereditär frei zu sein.

Es liesse sich nun a priori annehmen, dass diese psychopathisch disponirten Patientinnen schon vor dem Ausbruch der eigentlichen Psychose durch beunruhigende Symptome von Seiten des Centralnervensystems sich als solche documentirt hätten, und zwar war dies um so eher zu erwarten, da ja erfahrungsgemäss beim weiblichen Geschlecht die Zeit der Pubertät, das Auftreten der Menstruation die Entwicklung nervöser Störungen in so hohem Grade begünstigt. Meine Erfahrungen bestätigen diese Annahme aber keineswegs; im Gegentheil, ich habe bei anderen hereditär beanlagten geisteskranken Frauen viel häufiger und viel markirter diese Zeichen des drohenden Sturmes ausgeprägt gefunden, als gerade bei den in Folge des Puerperium Erkrankenden. Bilder von der psychischen Vergangenheit der Patientinnen, wie sie von Arndt in einer im Archiv für Gynäkologie veröffentlichten Arbeit gezeichnet, in denen mit ausgesuchter Detailmalerei die wohl bekannten Eigenthümlichkeiten und Attribute der sogenannten „nervösen Constitution“ wiedergegeben werden, traten mir in den Anamnesen meiner Patientinnen nicht entgegen; sie erfreuten sich vielmehr vor der Puerperalerkrankung einer gewissen Immunität für nervöse Störungen.

Ein zweites gerade für die Puerperalpsychosen äusserst wichtiges aetiologisches Moment ist in Abnormitäten des Circulationsapparates und des in ihm krisenden Blutes gegeben, für die das weibliche Ge-

schlecht ja ganz besonders disponirt ist. Zustände von Chlorose, sei es, dass sie auf zu geringer Quantität des Blutes, sei es, dass sie auf fehlerhafter Qualität der Blutkörperchen, sei es endlich, dass sie auf mangelhafter Anlage des Gefässapparates beruhen, sind nicht nur der Pubertätsperiode eigenthümlich, sondern üben noch in viel späteren Jahren ihren ungünstigen Einfluss aus. Hand in Hand mit diesen Bildungsfehlern des Circulationsapparates geht, wie dies von Virchow in neuerer Zeit betont worden ist, ungenügende oder excessive Entwicklung der Geschlechtsorgane, anomales Functioniren derselben einher; und gerade derartige Frauen scheinen ganz besonders zu psychischen Erkrankungen zu incliniren. Kehrt doch in den Anamnesen geisteskranker Frauen nichts häufiger wieder, als Angaben über Menstruationsstörungen, sei es Amenorrhoe oder profuse Blutungen; Klagen über nervöses Herzklopfen, Kopfschmerzen, leichte Ermüdung, Kältegefühl in den Extremitäten, häufiges Nasenbluten; letzteres habe ich wiederholt bei epileptischen jungen Mädchen beobachtet. Vor Allem characteristisch für diese Kategorie von Frauen erscheint mir aber ihre geringe Widerstandsfähigkeit gegen somatische und psychische Störungen. Es ist durchaus nicht nothwendig, dass sie immer den ausgesprochenen Habitus der Chlorose an sich tragen, dass sie aber an derselben leiden, tritt sofort hervor, wenn sie erkranken. Ich habe mich oft gewundert, wie scheinbar blühend in die Anstalt eintretende Individuen nach wenigen Tagen ganz anämisch erschienen, wie sehr sie durch unbedeutende körperliche Erkrankungen mitgenommen wurden, wie lange es dauerte, bis sie sich einigermassen wieder erholten. Dass gerade die Schwangerschaft mit ihren mannigfachen Circulationsstörungen, die Entbindung und das Puerperium mit den unvermeidlichen Blutverlusten, seien sie auch noch so gering, mit den zahlreichen, in ihrem Verlaufe auftretenden fieberhaften Processen, derartige Frauen in gesteigerte Gefahr bringen, dass sie den an und für sich schon dürftig ausgestatteten Organismus weiter schwächen und so für die Entwicklung von Psychosen den günstigsten Boden schaffen müssen, scheint mir keinem Zweifel zu unterliegen. Zur Illustration diene folgender Fall:

Marie Z., eine 42jährige Arbeiterfrau, steht unter direkter Heredität, die Mutter war geisteskrank, eine Schwester der Mutter gleichfalls sehr auffällig. Patientin litt bis zu ihrem 19. Jahre an häufigen Menstruationsstörungen (bald profuse Blutung, bald Ausbleiben der Regel), wiederholt an heftigem Nasenbluten, Kopfschmerzen. Sie besass ein sehr reizbares Temperament, war zum Jähzorn geneigt. Verheirathung mit 19 Jahren. Während der Ehe, die kinder-

los blieb, war Patientin immer schwächlich, lag häufig einige Tage zu Bett, half aber ihrem Manne sonst bei ziemlich schwerer Arbeit. Von intercurrenten Krankheiten wurde eine Pleuritis und ein typhöses Fieber überstanden. Nach 18 Jahren starb der Mann; nach einem Jahre zweite Verheirathung, und bald darauf Gravidität. Während der ersten Monate der Schwangerschaft häufige Klagen über Mattigkeit, Kopfschmerz, dabei war sie psychisch stark deprimirt, isolirte sich, wollte nicht arbeiten, weinte, sprach und ass wenig. Während der letzten Monate der Schwangerschaft Verhalten wie früher. Die Entbindung war sehr leicht, trotzdem folgte auf dieselbe ein 8wöchentliches Krankenlager, während desselben grosse körperliche Schwäche, Ohnmachten. Das Kind wurde nicht gestillt.

Nach 1½ Jahren zweite Gravidität; in den ersten Monaten der Schwangerschaft ist sie in keiner Weise auffällig, im 6. wird sie ausgesprochen melancholisch. Bringt massenhaft Selbstanklagen vor, äussert Angst wegen ihrer Sünden, weint viel, spricht mehrere Tage gar nicht, dabei Schlaflosigkeit mit Hallucinationen, Neigung zu Suicidium. Entbindung leicht, ohne einen Einfluss auf die Psychose auszuüben; Fortbestehen der Melancholie, die allmäglich in tiefen Stupor mit absoluter Stummheit und zeitweiser Nahrungsverweigerung übergeht. Patientin blieb in diesem Zustande 7 Monate, und ging dann an einer allmäglich zur Entwicklung gelangten Lungenphthise zu Grunde.

Die Obdunction ergab: Ausgedehnte Cavernenbildung und käsige Bronchopneumonie in beiden Lungen. Tuberkulöse Darmgeschwüre. Hirnhäute wie Hirn ohne Abnormität, nur in der 2. Stirnwundung der linken Hemisphäre ein erbsengrosser verkalkter Cysticercus, der die graue Substanz zerstört hatte. Das Herz sehr klein, von sehr dürftiger Musculatur, die Aorta von fast kindlichen Dimensionen und grosser Elasticität der Wandung. Der Genitalapparat bot nichts Besonderes.

Der Obductionsbefund stellte also gleichfalls die dürftige Entwicklung des Circulationsapparates klar.

Bei einer hereditär beanlagten Frau, die von nervösen Symptomen Kopfschmerzen, grosse Reizbarkeit zeigte, für deren mangelhaftes Gefäßsystem und anomale Uterusentwickelung häufiges Nasenbluten, Menstruationsstörungen sprachen, gab eine 18jährige Ehe, während welcher schwere körperliche Arbeit, zwei acute somatische Erkrankungen zu ertragen waren, keinen Anlass zum Ausbruch einer Psychose; die erste Gravidität aber erzeugte eine Melancholie leichteren Grades, die zweite schlechter Prognose.

Eine gleiche aetiologische Bedeutung ist natürlich acquirirten Zuständen von Anämie zuzuschreiben, seien sie durch schwere somatische Erkrankungen, Blutungen, seien sie durch häufige Geburten, prolongirte Lactation hervorgerufen. Die Berücksichtigung letzterer beiden Momente scheint Marcé vorzüglich zu der Ansicht geführt zu haben, dass Mehrgebärende überhaupt für Psychosen mehr disponirt seien.*)

*) Marcé, *Traité de la folie des femmes enceintes.* p. 43, 146.

Von meinen 34 Kranken waren 18 Erst-, 16 Mehrgebärende. Mit so geringen Zahlen ist natürlich nicht zu rechnen, man wird aber bei jeder hierauf bezüglichen Statistik das numerische Verhältniss der Multiparen zu den Erstgebärenden an und für sich nicht ausser Acht lassen dürfen.

Die Altersverhältnisse meiner Patientinnen waren folgende: unter 34 Frauen befanden sich 3 unter 20 Jahren, 13 zählten 20—25, 15 25—35 Jahre, 3 (Mehrgebärende) waren noch älter. Stonehouse notirte unter 15 Fällen 2 unter 20 Jahren, 10 im Alter von 20—40 Jahren, nur 2 überstiegen das vierzigste Lebensjahr.

Man hat als weiteres ätiologisches Moment die vielfachen unangenehmen Gemüthseindrücke angegeben, denen Schwangere und Puerperale so häufig unterworfen sind. Ich bin weit entfernt, die Angst vor der Entbindung, Scham vor der Aussenwelt, Sorge für die Zukunft, die Rathlosigkeit den Beschwerden eines ungewohnten Zustandes gegenüber, als völlig indifferent für das Zustandekommen von Psychosen zu halten, ich glaube aber, dass man diese Einflüsse nicht überschätzen darf. In erster Linie dürften wohl hierunter die unehelich Geschwängerten und Puerperen zu leiden haben, und doch überwiegen diese keineswegs in den verschiedenen Zusammenstellungen. Unter 72 von Pedler*) zusammengestellten Kranken waren nur 10 ledig — es mögen allerdings hier ganz besondere Verhältnisse obgewaltet haben —, bei Stonehouse waren unter 15 Patientinnen 13 verheirathet, unter meinen Kranken, die sich aus einer grossen Stadt mit massenhaftem Proletariat recrutierte, waren 19 verheirathet, 15 unverheirathet. Bei den meisten verheiratheten waren die äusseren Verhältnisse durchaus nicht ungünstige gewesen.

Frühere Geistesstörung war bei 3 meiner Patientinnen zu verzeichnen, und zwar bei allen 3 Melancholie.

Was nun die occasionellen Momente anbetrifft, welche den letzten Anstoss für den Ausbruch der Psychose abgeben können, so möchte ich zunächst in Uebereinstimmung mit Marcé hervorheben, dass keineswegs unter ihnen schwere Geburten eine grosse Rolle spielen, wenn man nicht ganz transitorische Zustände von Aufregung und Verwirrtheit, wie sie wohl sensible Frauen bei protrahirten Geburten zeigen, zu den Psychosen rechnen will. Meine sämmtlichen Patientinnen wurden leicht, ohne jede Kunsthülfe entbunden, nur bei zweien musste die

*) Pedler, Puerperal Mania, The West Riding Lunatic Asylum medical Reports 1872. II. Bd.

Nachgeburt gelöst werden. Ziemlich häufig dagegen habe ich den Beginn der Psychose zusammenfallen sehen mit dem Auftreten eines fieberhaften Processes.

Man hat ja mit Vorliebe das „Milchfieber“ beschuldigt, Geistesstörungen hervorzurufen; während aber das Milchfieber meist am dritten oder vierten Tage auftritt, erumpiren weitaus die meisten Psychosen am 7. oder 8. Tage nach der Entbindung. Nach meinen Aufzeichnungen scheinen Mastitiden, Para- und Endometritiden — seien letztere auch nur ganz leichter circumscripter Art — weit häufiger in Betracht zu kommen. In einem Falle begann die Manie zusammen mit einer Parotitis am 7. Tage nach der Entbindung. Andererseits habe ich bei zwei bereits Maniacalischen andauernd hohe Temperaturen beobachtet, und zwar bei der einen durch eine ausgedehnte zum Tode führende Darmdiphtheritis, bei der anderen durch eine günstig verlaufende Pleuritis hervorgerufen — ohne irgend welchen Einfluss auf die Psychose. Unsere Kenntnisse über die Wechselbeziehungen zwischen Fieber und Gehirntheit sind eben noch so mangelhaft, dass wir es uns absolut nicht erklären können, warum bei dem einen Individuum die Temperatur einer Pleuritis Delirium erzeugt, bei einer Puerpera zugleich mit einer Mastitis eine Psychose einsetzt, während bei einem Dritten durch einen Typhns eine schon lange bestehende Psychose zum Schwinden gebracht wird.

Verhältnissmässig selten sind die Beobachtungen, wo im Anschluss an Eclampsie Geistesstörung zum Ausbruch kommt; auch ich habe nur einen derartigen Fall gesehen:

Das 19jährige Dienstmädchen Anna G., Primipara, ohne nachweisbare hereditäre Prädisposition, hatte während der letzten Monate der Schwangerschaft an Kopf-, Kreuzschmerzen und geschwollenen Füßen gelitten. Sie wurde deshalb auf einer Inneren Abtheilung der Charité aufgenommen, auf der starker Albumengehalt des Urins constatirt wurde. Kurz vor und während der Entbindung traten mehrere Krampfanfälle auf; das Kind wurde todt geboren. Auch am Vormitte des ersten Tages des Puerperium zeigten sich noch einzelne Krampfanfälle, im Anschluss an einen derselben stellte sich andauernde Benommenheit ein. Die Kranke lag mit geschlossenen Augen im Bett, reagirte weder auf Fragen, noch auf Nadelstiche, liess Excremente in das Bett. Am Abend dieses Tages trat an Stelle des komatösen Zustandes ein Paroxysmus starker Aufregung, sie schrie um Hilfe, weinte, kletterte aus dem Bette, äusserte, die Augen würden ihr umgedreht, die Finger abgeschnitten, das Bett gehoben, der Teufel stände an ihrem Bett etc. Nach einer ruhig durchschlafenen Nacht erschien sie am nächsten Morgen etwas freier, gab einige richtige anamnestische Angaben, konnte sich aber weder auf die Entbindung besinnen, noch hatte sie eine Vorstellung über die Dauer ihres Aufenthalts

im Krankenhouse. Ausserdem wurde über „schrecklichen Chlorgeruch“ geklagt. Da sie am Abend wieder aufgeregter wurde, erfolgte ihre Verlegung auf die Irrensabtheilung.

Hier verfiel sie bald in einen schlafsuchtigen Zustand von zweitägiger Dauer, aus dem sie weder durch Fragen, noch durch äusserlich angewandte Reize aufzurütteln ist. Erwacht, ist sie sehr unruhig, spricht ganz wirres Zeug offenbar unter dem Einfluss zahlreicher Sinnestäuschungen, so „sie sei keine Hure“, „sie müsse hier sterben, die Augen würden ihr umgedreht“, verweigert das Essen, weil Schlangen und Würmer darin seien, „die Zähne würden ihr ausgebrochen“ etc. Dabei ist sie sehr angstlich, weint und schreit laut, wird auch vorübergehend heftig, schlägt nach ihrer Umgebung, wirft den Becher fort etc. Allmälich tritt äussere Beruhigung ein, die Kranke steht auf, sucht sich etwas zu beschäftigen, klagt nur noch über grosse Mattigkeit und Schlaffheit des Körpers, im Kopfe ist sie ihrer Ueberzeugung nach ganz frei. Während der nächsten 3 Monate war ihr Zustand sehr wechselnd; Tage lang zeigt sie ein ganz verständiges Benehmen, spricht sich zusammenhängend über Anamnestika aus, ist orientirt, erzählt ausführlich ihre Hallucinationen, die sie jedoch nicht als krankhaft anerkennt, beschäftigt sich fleissig, dann kommen wieder Perioden, wo ihre Stimmung beständig wechselt, bald ist sie still, weint, verweigert Nahrung, bald ausgelassen heiter, singt und lacht, ist sehr obsön, schimpft und schlägt ihre Umgebung, die Aufregung steigert sich bis zu völliger Verwoorenheit und ausgesprochener Tobsucht. Zahlreiche Sinnestäuschungen bestehen fort, dagegen wurden niemals fixe Wahnsinne geäußert. Auch jetzt nach 5monatlicher Dauer der Krankheit ist das Verhalten der Kranken unverändert. Während der ersten 3 Wochen der Psychose ergab die Urinuntersuchung in Bezug auf Albumen ganz schwankende Resultate, einen Tag wurde Eiweiss gefunden, dann fehlte es mehrere Tage ganz, um später in Spuren oder grösserer Quantität sich wieder zu zeigen und endlich ganz zu verschwinden. Formelemente liessen sich mikroskopisch nicht nachweisen. —

Es ist vielfach darüber gestritten worden, ob die Puerperalpsychosen etwas Specifisches hätten, ob man derartige Kranke sofort erkennen könne. Allerdings halte ich es für möglich, bei einiger Erfahrung, in einem mit geisteskranken Frauen belegtem Saale die Puerperalen mit ziemlicher Sicherheit herauszufinden, man lässt sich dabei aber durch Aeusserlichkeiten, durch das besondere körperliche Gepräge leiten, das alle puerperalen Frauen tragen. Das meistens jugendliche Alter, die matt abgespannten Gesichtszüge, das blasse leicht gelbliche Colorit der Haut, Chloasma, ein eigenthümlicher, durch die verschiedenen Secrete bedingter Geruch — alle diese Merkmale erleichtern die Diagnose. Nichts Specifisches aber bieten die bei den Puerperalen vorkommenden Sinnestäuschungen und Delirien. Ueberhaupt ist es meiner Ansicht nach ein ganz vergebliches Bemühen, auf derartige Kriterien hin specifische Formen des Irreseins aufzustellen zu

wollen, Soll die Psychiatrie auch nach dieser Richtung hin weitere Fortschritte machen, so wird man es sich noch viel mehr angelegen sein lassen müssen, gestützt auf sorgfältige Anamnesenaufnahme, die einzelnen Fälle nach ihrem Beginn und weiterem Verlauf zu verfolgen. Bei dieser Methode werden die alten allgemein angenommenen psychischen Krankheitsbilder an Präcision und Charakteristik gewinnen, manche neue entstehen.

Auch die Puerperalpsychosen sind nach dieser Richtung hin von den Autoren nur wenig studirt worden, wozu vielleicht die eingebürgerte, bequeme Bezeichnung „Puerperalmanie“ nicht wenig beigetragen hat. Selbst Marcé in seiner umfassenden Monographie beschreibt fast nur Fälle von Manie oder Melancholie; er führt nur wenige Beispiele von délire partiel und Monomanie an.

Das mir zu Gebote stehende Material war leider nicht reichlich genug, um mir über die während der Schwangerschaft vorkommenden Psychosen ein umfassendes Urtheil zu erlauben. In Übereinstimmung mit anderen Autoren erschien auch mir die Melancholie als die bei Schwangeren prädominirende Psychose; so zählt Marcé*) unter 16 Kranken 10 Mal, Leidesdorf**) unter 6, 5 Mal, ich unter 5, 4 Mal Melancholie, 1 Mal Manie.

Das Ueberwiegen der Melancholie bei Schwangeren beeinflusst meiner Ansicht nach nicht wenig statistische Angaben über die Häufigkeit des Vorkommens der Psychosen während der Schwangerschaft. Es kommen eine ganze Anzahl von Kranken nicht in die Anstalten, weil sie eben melancholisch sind. Eine acut erkrankende Maniakalische wird für ihre Umgebung sehr bald unmöglich, während eine Melancholische — falls nicht Neigung zu Suicidium, hartnäckige Nahrungsverweigerung die Aufnahme in eine Anstalt erheischen — einmal nicht so früh als psychisch krank erkannt, dann aber von den Angehörigen viel länger ertragen wird und während des ganzen Verlaufs ihrer Krankheit in der Familie bleiben kann. Dies gilt vor Allem von den leichteren Formen der Melancholie, wie sie während der ersten 3—4 Monate der Schwangerschaft vorzukommen pflegen. Es ist ja schwierig, wenn nicht manchmal unmöglich eine scharfe Grenze zu ziehen zwischen den Zuständen von Angst und Depression, zwischen den perversen Gefühlsrichtungen und Geschmacksanomalien, welche sich so häufig nach der Conception einstellen, und leichteren Formen wirklicher psychischer Störung. Dennoch aber, glaube ich, muss man das Vorhandensein

*) Marcé, *Traité de la folie des femmes enceintes*, p. 45.

**) Leidesdorf, Wiener Med. Wochenschrift Nr. 189. 1872.

letzterer häufiger annehmen, als es viele Aerzte und Laien zu thun pflegen.

Der Verlauf dieser in den ersten Monaten der Schwangerschaft auftretenden Psychosen ist ein günstiger und verhältnissmässig schneller; mit dem Weiterfortschreiten der Gravidität geht die Psychose zurück. Wenn Marcé es für selten hält, dass eine Psychose während der Schwangerschaft entsteht und zur Heilung kommt, so hat er hierbei wohl kaum die oben besprochenen Fälle im Auge gehabt, sondern die viel ernsteren in den letzten Monaten sich entwickelnden Erkrankungen.

Als Form prävalirt auch für diese die Melancholie, nur einmal sah ich Manie, und zwar bildet sich die Psychose bei derartigen im 6. oder 7. Monat schwangeren Frauen meist ganz allmälich aus, ohne übrigens ebenso wenig wie die Manie in ihrer Symptomatologie von denselben Störungen nicht schwangerer Frauen abzuweichen, nur dass vielfach die durch die Schwangerschaft hervorgerufenen Beschwerden, falsch gedeutet, in den Delirien eine Rolle spielen.

Während der Gravidität bleiben derartig erkrankte Frauen meist noch in der Häuslichkeit; Arzt und Angehörige hoffen, dass die Entbindung die Psychose in günstiger Weise beenden werde. Diese Erwartung wird in den meisten Fällen getäuscht. Der Geburtsact macht auf solche melancholische Frauen meist gar keinen Eindruck, selbst die intensiven Schmerzen der Geburt reissen sie nicht aus ihrer Apathie heraus; sie liegen bewegungslos im Bett, klagen nicht, und es kann wohl kommen, dass, wie Marcé berichtet, erst das Geschrei des Neugeborenen die Umgebung von dem Vorgegangenen in Kenntniss setzt. Gar nicht selten leugnen derartige Patientinnen später überhaupt entbunden zu sein, zwei meiner Kranken schüttelten jedes Mal ungläubig den Kopf, wenn von ihrer Entbindung gesprochen wurde.

Diese Indifferenz gegen die Unannehmlichkeiten der Entbindung zeigen übrigens nicht nur Melancholische, sondern auch andere Geisteskranke. So hatte ich einmal Gelegenheit, die Entbindung einer 42-jährigen paralytischen Arbeiterfrau mit ausgesprochener Sprachstörung und tiefer Dementia zu beobachten; die Austreibung des lebenden kräftigen Kindes dauerte etwa 2 Stunden, Patientin verzog während dieser Zeit keine Miene. Diese geringe Mitbeteiligung der psychischen Thätigkeit geisteskranker Frauen bei der Entbindung contrastirt eigenthümlich mit der bekannten Thatsache, dass geistesgesunde Frauen durch protrahierte, anstrengende Geburten in transitorische Zustände von Irresein verfallen können.

Gefährdet nun die während der Schwangerschaft entstehende Psychose direct das Leben der Frucht? Ich glaube nicht, es wurden wenigstens von meinen Patientinnen lebende, ausgetragene Kinder zur Welt gebracht; ungünstiger dürfte freilich die Prognose für das spätere psychische Leben derartiger Individuen sein.

Einen günstigen Einfluss der Entbindung auf die Psychose habe ich niemals beobachtet. Während bei zwei in der Anstalt entbundenen Melancholischen sich keine Veränderung kund gab, wurden von den 3 ausserhalb entbundenen eine Melancholische nach der Entbindung vollkommen stupide, verweigerte Nahrung, die zweite machte in heftigster Angst ein Conamen suicidii, die dritte, welche bis dahin leichte maniacalische Erregung gezeigt hatte, wurde ausgesprochen tobsüchtig. Man könnte also eher von einer durch den Geburtsact hervorgerufenen Steigerung der Psychose sprechen.

Die Prognose dieser in den letzten Monaten der Schwangerschaft auftretenden Geistesstörungen ist nun keineswegs eine günstige zu nennen, was sich zum Theil schon aus dem Prävaliren der Melancholie erklärt. Steht doch diese Form überhaupt an Heilungschancen weit der Manie nach, bedroht sie doch durch die in ihrem Gefolge so gern auftretende Nahrungsverweigerung auch die körperliche Existenz der Kranken in hohem Grade. Von meinen Patientinnen wurde eine nach 12monatlicher Dauer der Psychose als „gebessert“ entlassen, eine andere ging in tiefstem Stupor an Phthise zu Grunde, eine dritte Maniacalische beginnt deutliche Spuren von Dementia zu geben, die beiden letzten Melancholischen zeigen nach 9 respective 11monatlicher Behandlung noch keine Aussicht auf Heilung. Ich kann daher keineswegs Pedler beistimmen, der diese Form als die prognostisch günstigste bezeichnet.

Viel grösere Mannigfaltigkeit in der Form als die Schwangerschafts-, bieten die Puerperalpsychosen. Es hat freilich seine Misslichkeiten, das Puerperium als zeitlich scharf begrenzte Periode zu betrachten, zumal die Wiederkehr der Menstruation, die etwa allein als Markstein dienen könnte, bei den nicht stillenden Frauen ziemlich variiert, bei den Stillenden aber gar nicht als Massstab zu gebrauchen ist. Will man das Puerperium von der Lactation abgrenzen, so scheint es mir das Richtigste zu sein, den status puerperalis auf die ersten 6 Wochen nach der Entbindung auszudehnen.

In diesen Zeitraum zusammengedrängt fallen eine Reihe acut einsetzender Vorgänge, die ganz besonders geeignet sind, die Rolle occasioneller Ursachen für die Entstehung von Psychosen zu spielen. Dieselben zerfallen in zwei Gruppen, eine grösse, die vorwiegend während

der ersten 12 Tage des Puerperium sich geltend macht, und zu der ich Blutungen, Beginn der Lactation, Mastitis, Entzündung des Uterus und seiner Ueberzüge rechne; und eine kleinere, deren Einfluss sich auf die letzten beiden Wochen des angenommenen Zeitraumes erstreckt, bei der die durch den Wiedereintritt der Periode bedingten Störungen besonders berücksichtigt sein wollen. Für den causalen Zusammenhang zwischen diesen Momenten und dem Ausbruch der Psychosen scheint mir die Beobachtung zu sprechen, dass das Auftreten der Geistesstörungen sich fast regelmässig an die beiden aufgestellten Zeitperioden bindet; der grösste Theil der Patientinnen erkrankt in den ersten 10 bis 12 Tagen, ein kleinerer gegen die 4. bis 6. Woche, die Zwischenzeit ist ziemlich frei.

Unter den frühen Puerperalpsychosen, wenn ich mich dieses Ausdrucks bedienen darf, würden nun in erster Linie die Zustände von Angst, Aufregung und Verwirrtheit in Betracht gezogen werden müssen, welche während und in unmittelbarem Anschluss an die Entbindung erumpiren. Bei der vielseitigen Bearbeitung jedoch, welche denselben von jeher wegen ihrer forensischen Wichtigkeit zu Theil geworden ist, kann ich es um so eher unterlassen auf dieselben hier näher einzugehen, als es sich bei ihnen in den meisten Fällen um ganz transitorische Störungen handelt, die selten Aufnahme in die Irrenanstalten erheischen.

Andererseits werden in diese eine Anzahl von Wöchnerinnen mit der Diagnose „Puerperalmanie“ recipirt, die nur im weiteren Sinne psychisch krank sind, ich meine Puerperale mit Fieberdelirien. Schon dieses Factum weist darauf hin, dass sich der Differentialdiagnose zwischen beiden Krankheitsbildern Schwierigkeiten in den Weg stellen müssen. Geben die Delirien irgend einen Anhaltspunkt? Sie besitzen nichts Characteristisches, nichts Specifisches. Eine fiebernde Kranke mit Endo- oder Parametritis, eine andere mit ulceröser Endocarditis*) kann ganz in derselben Weise deliriren wie eine Puerperalmaniacalische. Ein schwacher Anhaltspunkt ist vielleicht in dem Umstand gegeben, dass Fieberdelirien meist erst auftreten, nachdem schon mehrere Tage andere Anzeichen für das Bestehen eines causalen somatischen Prozesses vorausgegangen sind. Als ebenso unsicheres Kriterium erweist sich das Fieber selbst. Wenngleich in den meisten Fällen die Temperatursteigerung bei den in Folge localer Entzündung fiebernden deliri-

*) Westphal, Endocarditis ulcerosa im Puerperium, unter dem Schein von Puerperalmanie auftretend. Virchow's Archiv Bd. XX. S. 542.

renden Kranken eine sehr erhebliche ist, das Thermometer 39° , 40° Cels. und mehr zu zeigen pflegt, zugleich eine grosse Neigung für unregelmässige Exacerbationen und Remissionen besteht, so darf man doch nicht vergessen, dass eine gewisse Kategorie von Frauen, ich will sie kurzweg als nervöse Individuen bezeichnen, schon bei geringen Temperaturschwankungen in ihrer psychischen Thätigkeit beeinträchtigt erscheinen, dass andererseits auch reine Psychosen ohne Complication mit Fieberbewegungen einsetzen.

Schon eher wird die körperliche Untersuchung auf die richtige Diagnose führen; Wöchnerinnen sind ganz besonders disponirt zu entzündlichen Vorgängen aller Art, man verabsäume deshalb niemals die Brüste, die Vagina, die Lochien, das Herz, die Lungen, die Excremente, den Urin einer genauen Prüfung zu unterziehen. Ich habe wiederholt die Delirien in ganz kurzer Zeit schwinden sehen nach genügenden Incisionen in die vereiterten Mammae, nach energischer Reinigung diphtheritischer Vaginalgeschwüre.

Ziehen wir aus dem eben Gesagten das Facit, so glaube ich, muss man zugestehen, dass die Differentialdiagnose zwischen Fieberdelirien und Psychosen bei Wöchnerinnen im Beginn der Erkrankung häufig schwierig, wenn nicht unmöglich sein wird; erst der weitere Verlauf, und zwar entweder ein plötzliches Verschwinden, oder eine Hand in Hand mit den Fieberbewegungen gehende Zu- und Abnahme der Delirien wird ein sicheres Urtheil erlauben.

Ich möchte nicht unterlassen, darauf hinzuweisen, dass das Puerperium auch für die Erzeugung einer anderen Form von Delirien ein äusserst günstiger Boden ist, ich meine für Inanitionsdelirien. Einen derartigen Fall theilt auch Marcé in seiner Zusammenstellung mit; die Delirien kamen bei einer 10 Gebären nach einer beträchtlichen Blutung zum Ausbruch und schwanden unter dem Gebrauch von Eisenpräparaten und roborirender Diät nach 8 wöchentlichem Bestehen.

Gehen wir nunmehr zur Betrachtung der Puerperalpsychosen im engeren Sinne des Wortes über, so wird es das Natürlichste sein, mit den einfachen Formen, der Manie und der Melancholie zu beginnen. Beide können sowohl in der früheren wie in der späteren der von uns aufgestellten Zeitperioden zur Entwicklung kommen, und zwar überwiegt an Frequenz bedeutend die Manie. So verzeichnete Marcé unter 44 Kranken 29 Mal Manie, 10 Mal Melancholie; ich beobachtete unter 21 Patientinnen 10 Mal Manie, 4 Mal Melancholie. Wie schon oben bemerkt, fällt der Ausbruch des bei weitem grössten Theiles der Puerperalpsychosen und daher auch der Manie, in die ersten 14 Tage

nach der Entbindung, und von diesen ist wiederum der Abschnitt vom 5. bis 10. Tage ganz besonders bevorzugt. Die anamnestischen Angaben, die ich von an reiner Puerperalmanie erkrankten Frauen erhielt, waren in hohem Grade übereinstimmend. Die Schwangerschaft war meist ohne erhebliche Störungen abgelaufen, die Entbindung ohne Kunsthilfe von Statten gegangen. Auch die ersten 3 Tage nach der Entbindung boten die Franen ihrer Umgebung nichts Auffälliges. Es bestanden weder Kopfschmerzen, Schwindel noch Schlaflosigkeit oder Stimmungsanomalien. Der Beginn der Lactation wurde häufig durch abwechselndes Gefühl von Frost und Hitze eingeleitet, circumscripte Para- oder Endometritiden riefen nicht selten gleichfalls geringe Fieberbewegungen hervor. Am 4. oder 5. Tage bemerkte die Umgebung ein etwas sonderbares Benehmen an den Wöchnerinnen, entweder waren sie deprimirt, still, weinten, zeigten Aversion gegen das Kind, oder sehr reizbar, tadelten die Pflege, schimpften ohne Motiv über Angehörige, andere endlich waren ungemein rührig und beweglich, sie wollten aus dem Bett, empfingen Besuch, unterhielten sich sehr lebhaft, dachten daran häusliche Verrichtungen wieder aufzunehmen etc.; zu diesen Symptomen gesellte sich bald Schlaflosigkeit. Nachdem diese Prodrome mehrere Tage in gleicher Stärke angehalten hatten, steigerten sie sich allmählich, die Kranken wurden sehr gesprächig, die Stimmung wechselte unmotivirt, die motorische Erregbarkeit wurde immer grösser. Vor lauter Reden, Schreien, Singen kamen sie kaum zur Nahrungsaufnahme, zerrissen ihre Kleidung, zerstörten Geräthe, maltraitirten das Kind und wurden dann im Zustand ausgesprochener Manie in die Anstalt gebracht. Hier trat dann nach kürzerer oder längerer Zeit eine geringe Remission der Erscheinungen ein, die jedoch nicht anhielt, sondern sehr bald wieder einer stärkeren Unruhe Platz machte. Die Puerperalmanie nahm nun ihren Verlauf wie jede andere Manie. Eine besonders stark ausgeprägte erotische Färbung der Delirien, wie sie von einzelnen Autoren als für diese Form specifisch angegeben wird, habe ich nicht bemerkt. Die Delirien differirten in keiner Weise von denen anderer maniacalischer Frauen. Ebensowenig boten die Sinnestäuschungen etwas Besonderes; ich möchte jedoch hervorheben, dass mir diese bei der Puerperalmanie viel weniger in den Vordergrund zu treten und den Krankheitsverlauf zu beeinflussen scheinen, wie bei einem anderen später zu beschreibenden Krankheitsbilde. Excessive Steigerung der psychischen und motorischen Thätigkeit, das überstürzende zur Verwirrung führende Auftauchen der Gedanken, verbunden mit einem unwiderstehlichen

Drange zum Reden und Handeln, das sind die Hauptsymptome, welche diese Kranken bieten.

Für die Dauer der Erkrankung lässt sich hier ebensowenig ein allgemein gültiges Zeitmass angeben, wie bei anderen Manien, erfahrungsgemäss erreicht jedoch der grösste Theil der Fälle im 6. oder 7. Monate seinen Abschluss, und zwar mit Heilung.

In der That ist in Bezug auf Günstigkeit der Prognose der Puerperalmanie unter allen übrigen Psychosen weitaus die erste Stelle einzuräumen; so erreichte Marcé bei 24 Kranken 16 Mal Genesung, wir entliessen von 10 Kranken 6 geheilt, 1 gebessert. Leider berücksichtigen andere Autoren, Esquirol, Webster, Leidesdorf in ihren statistischen Angaben nicht die Prognose der einzelnen Krankheitsformen, sondern geben nur die Heilresultate der Puerperalpsychosen en bloc an.

So günstig nun aber auch die Prognose dieser Form der psychischen Störung an und für sich ist, darf man doch nicht ausser Acht lassen, dass die von ihr befallenen Frauen Wöchnerinnen, und als solche für die Entwicklung von somatischen, die Psychose complicirenden, Gesundheit und Leben bedrohenden Leiden sehr disponirt sind. Ausser dass Mastitiden, Para- und Endometritiden derartigen Patientinnen leicht perniciös werden, verlangt vor Allem die Defäcation der Kranken sorgfältige Ueberwachung. Ich habe sehr häufig bei Puerperalen Diarröen beobachtet, die zum Theil wohl nur durch leichtere Erkrankungen des Darms begründet waren, und bei geeigneter Medication wichen, die aber immerhin die an und für sich schon heruntergekommenen Frauen noch mehr schwächten. Letzteres wird natürlich in viel höherem Grade geschehen, wenn sich Diphtheritis des Darms entwickelt, ein Process, für den Puerperale anerkanntmassen sehr empfänglich sind. Dieser Hinzutritt von Complicationen zur Psychose, die nicht selten durch endémische und nosocomiale Verhältnisse veranlasst sind, macht es unmöglich, eine einigermassen zuverlässige Mortalitätsziffer für die Puerperalmanie anzugeben, was schon aus den äusserst variablen Angaben der Autoren hervorgeht.

Marcé, der auch in Bezug auf diese Frage die Manie von den übrigen Psychosen trennt, verlor von 24 Patientinnen 5 durch den Tod; Esquirol sah von 92 puerperalen Geistesstörungen 6, Webster von 111 — 5, Leidesdorf von 20 — 1, Pedler von 96 — 3 tödtlich verlaufen; von meinen 10 Maniacalischen starben 3.

Die eine Patientin, Frau W. 29 Jahr alt, eine 8 Gebärende, die am 7. Tage nach der Entbindung an Manie erkrankt war, starb in der 6. Woche

an ausgedehnter Diphtheritis recti et coli, die sich bei Lebzeiten durch profuse Blut- und Schleimhautsetzen führende Stühle und ganz unregelmässig springende, zum Theil sehr hohe Temperaturen, 40,6° und mehr, kund gab.

Die zweite, Christiane N., 27 Jahr alt, Zweitgebärende, gleichfalls in den ersten 8 Tagen nach der Entbindung erkrankt, starb an einer Pneumonie. Ich hoffe diesen Fall bei einer anderen Gelegenheit ausführlicher zu beschreiben; er beansprucht besonderes Interesse durch eine während seines Verlaufs auftretende Chloralintoxication, die aber glücklich beseitigt wurde, und durch eine bei der Obdunction gefundene Geschwulst beider Linsenkerne, die keine Erscheinungen gemacht hatte. Der dritte Fall, Frau D., 28 Jahr alt, Zweitgebärende, ging an Erschöpfung zu Grunde, nachdem sich die Manie bis zu einem Grade gesteigert hatte, den man als délire aigu bezeichnet hat.

Die Erkrankung begann am 11. Tage nach der Entbindung mit ausgesprochener Depression, Selbstanklagen, Angst, die eine Höhe erreichte, dass ein Suicidiumversuch gemacht wurde. Diese Prodrome hielten etwa 5 Tage an, dann folgt heftige maniacalische Erregung mit vollständiger Verwirrtheit. Die Nahrungszufuhr war auch per Sonde kaum möglich, hartnäckige, durch Narcotica nicht zu beseitigende Schlaflosigkeit, Diarrhöen verschlimmerten den Zustand. Am 9. Tage nach Beginn der Manie Steigerung aller Erscheinungen, Patientin ist kaum im Bett zu halten, bohrt den Kopf in die Kissen, beißt in das Bettzeug, schreit und singt fortwährend, sträubt sich auf das Energischste gegen die Nahrungsaufnahme, Excremente werden in's Bett gelassen. Dabei kleiner sehr frequenter Puls (130), das Gesicht stark gerötet, Zunge und Lippen ganz trocken und borkeig, die Haut mit Schweiss bedeckt. Mitten im stärksten Toben tritt plötzlich nach 4 tägiger Dauer dieses Endstadiums exitus lethalis ein.

Die Obdunction war mit Ausnahme eines geringen Darmcatarrhes absolut negativ.

Ebenso wenig wie die Manie bietet die Melancholie der Puerperalen, mag sie in der frühen oder späten Periode auftreten, etwas Specifisches. Sie läuft bei Wöchnerinnen ganz wie bei anderen Frauen ab, geht auch hier nicht selten in mehr oder weniger tiefen Stupor über. Nur möchte ich hervorheben, dass auch für die Puerperal-Melancholischen eine günstigere Prognose zu stellen ist, als es wohl sonst diese Form der psychischen Erkrankung erlaubt. Leider ist die Zahl der Fälle, die ich vollständig ablaufen sah, eine sehr geringe — eine grössere steht noch unter Behandlung — von diesen 4 erfolgte

bei der ersten Kranken Heilung nach 3, bei der zweiten nach 4, bei der dritten nach 10 Monaten, die vierte wurde nach 6 Wochen gebessert entlassen. Marcé spricht sich über diesen Punkt in ganz demselben Sinne aus*). Es ist von einigen Autoren ein ganz besonderes Gewicht auf den Einfluss gelegt worden, den die Geisteskrankheit auf somatische Vorgänge und Erscheinungen bei Wöchnerinnen ausüben soll. Man hat behauptet, dass die Lochien entweder ganz cessirten, oder übelriechend würden, dass die Milchabsonderung in's Stocken gerathe, dass nicht selten Albumen im Urin auftrete. Ich kann dies nach meinen Beobachtungen nicht bestätigen, wohl aber konnte ich in den meisten Fällen eine bedeutende Verzögerung in dem Wiedererscheinen der Menstruation constatiren; dieselbe liess nicht selten, trotzdem die Frauen nicht stillten, 3 bis 4 Monate auf sich warten, zeigte sich dann einmal, blieb am nächsten Termin wieder aus, kurz, bot Unregelmässigkeiten der verschiedensten Art, so dass in der That eine Wechselwirkung zwischen Psychose und Menstruation nicht zu verkennen war.

Ziehe ich also aus dem zuvor Erörterten das Facit, so glaube ich den einfachen Formen der Psychose, der Manie und Melancholie im Puerperium, eine jede Specifität absprechen, wohl aber eine besonders günstige Prognose stellen zu müssen.

Giebt es nun überhaupt eine den Wöchnerinnen eigenthümliche Form des Irreseins? Ein glücklicher Zufall fügte es, dass der Zugang von Puerperalen in der Irrenabtheilung der Königlichen Charité im verflossenen Jahre ein ganz besonders reicher war, so dass beispielsweise einmal zu gleicher Zeit achtzehn frische derartige Erkrankungen in Behandlung standen. Von diesen zog bald eine bestimmte Kategorie von Fällen meine Aufmerksamkeit auf sich, die meist unter der Diagnose Manie recipirt, sich durch ihren Beginn und Verlauf wesentlich von der gewöhnlichen Manie unterschieden. Die drei folgenden Krankengeschichten, glaube ich, sind ganz besonders geeignet, als Basis für eine später zu gebende Schilderung dieser Erkrankungsform zu dienen.

Frau W., Inspectorfrau, 28 Jahr alt, Zweitgebärende, steht unter keiner nachweisbaren hereditären Prädisposition. Als Kind und junges Mädchen soll sie sehr reizbar gewesen sein, ein im 14. Jahre überstandener Typhus liess geringe Gedächtnisschwäche zurück. Im 15. Jahre erschien die Periode und

*) Marcé, *Traité de la folie des femmes enceintes*. Pag. 269.

kehrte von da ab regelmässig 4 wöchentlich wieder, und zwar in sehr reichlicher Weise, ohne jedoch zu besonderen Beschwerden Veranlassung zu geben. Achtzehn Jahr alt verheirathete sich Patientin und wurde bald gravida. Während der ersten 4 Monate der Schwangerschaft war sie melancholisch, brachte Selbstanklagen vor, sie liebte ihren Mann nicht genug, könne ihre Wirthschaft nicht besorgen, äusserte Angst wegen ganz unbedeutender Vorkommnisse, weinte viel, ass vorübergehend nicht; in diesem Zustande machte sie auch ein Conamen suicidii. Im 5. Monat der Gravidität verschwanden aber sämmtliche melancholischen Symptome, und sie zeigte während des Restes der Schwangerschaft ganz ihr früheres Benehmen. Sie wurde dann leicht entbunden und stillte das Kind 3 Monate, ohne davon sonderlich angegriffen zu werden. Nach 1 $\frac{1}{2}$ Jahr zum zweiten Male gravida geworden, überstand sie die Schwangerschaft wie die Entbindung ohne jede Störung, nur machte die Lösung der Placenta die Hülfe des Arztes nöthig, dieselbe wurde jedoch ohne erheblichen Blutverlust entfernt. Die ersten 5 Wochen nach der Entbindung zeigte sich psychisch wie somatisch absolut nichts Auffälliges, sie besorgte ihre Wirthschaft wie früher, stillte das Kind, war in zufriedener, heiterer Gemüthsstimmung. In der 6. Woche sollte die Taufe des Kindes stattfinden; am Tage vor derselben ging sie mit einer Schwester in die Stadt, um Einkäufe zu machen. Sie war stlll und einsilbig, machte viele Schwierigkeiten dabei, im Uebrigen erschien sie der Schwester nicht verändert. Auf dem Rückwege wandte sich Patientin plötzlich an ihre Begleiterin mit der Frage: „Bist du wirklich meine Schwester?“ „ich weiss nicht mir ist so angst, es flimmert mir so vor den Augen.“ Zu Hause angekommen nimmt sie weder von ihrem Manne noch Kind Notiz, läuft im Zimmer umher, äussert, sie höre fortwährend ihren Namen rufen, unter dem Fenster ständen Leute, die sie schimpften und verhöhnten, unter dem Bett knarre es. Ihre Gesichtszüge werden immer ängstlicher, sie schreit „Räuber, Mörder, Hülfe“, will sich aus dem Fenster stürzen. Schon am Abend desselben Tages ist sie ganz verwirrt, schreit beständig „da kommen sie“, „es brennt mein Kind“, schlägt um sich; Nachts ist sie schlaflos. Am nächsten Morgen ist sie ein wenig ruhiger, erkennt ihre Angehörigen, verlangt ihr Kind zu sehen, meint es sei ihr so bange zu Muthe gewesen, jetzt fühle sie sich aber viel freier im Kopf. Schon nach wenigen Stunden beginnt aber die Aufregung von Neuem, wird bald noch intensiver wie am Tage vorher. Sie spricht ganz wirres unverständliches Zeug, aus ihren Reden geht aber hervor, dass sie von den mannigfaltigsten Sinnestäuschungen beherrscht wird, so schreit sie: „ihr Körper brenne“, „am Fenster seien Fratzen“, „die Mörder kommen schon.“ Plötzlich springt sie aus dem Bett, will an das Fenster, schlägt Scheiben ein, zerreisst ihre Kleidung etc. Dieses tobsüchtige Initialstadium dauert etwa 6 Wochen, dann ändert sich ziemlich unvermutet die Scene. Sie sitzt nun für gewöhnlich ganz stumm auf ihrem Platze, die Hände gefaltet, meist starr vor sich hin sehend. Vorübergehend geräth ihr Mienenspiel in lebhafte Bewegung, sie lacht, runzelt die Stirn, zieht die Augenbrauen zornig zusammen. Auf Fragen giebt sie keine Antwort, ist auch durch äussere Reize, Nadelstiche, Inductionsstrom nicht zu einer Aeusserung zu bewegen, obwohl ihr dieselben offenbar sehr schmerhaft sind. Vorübergehend muss sie gefüttert werden, Excremente werden nur selten in die Stube gelassen, sondern Patientin

geht meist mit ganz langsamem Schritten, eigenthümlich steifem Oberkörper bis an die Thür, was für die Umgebung die Aufforderung ist, sie auf das Closet zu bringen. Ueberhaupt macht Patientin den Eindruck, als wenn sie das, was um sie vorgeht, ganz gut percipirt; so erkennt sie offenbar bei einem Besuch ihre Mutter sofort, sieht sie aber nur fragend an, ohne mit ihr zu sprechen. Unterbrochen wird dies stupide Verhalten durch ganz plötzlich auftretende motorische Impulse, so wirft sie einmal den Becher mit Essen fort, schlägt wiederholt ganz unerwartet andere Kranke, brüllt laut auf, bringt einige unverständliche Worte vor. Nachts ist sie trotz Anwendung von Narcoctis meist schlaflos.

Dieser Zustand hält 8 Monate an, es zeigen sich Symptome beginnender Phthise. Zu Anfang des 9. Monat fängt sie eines Abends plötzlich an zu sprechen, zeigt sich orientirt, weiss, in welcher Anstalt sie ist, kennt die Namen einzelner Stubengenossinnen, verlangt ihre Mutter zu sehen, äussert, sie sei sehr krank gewesen, habe viel Gesang und Geschrei gehört, eine Stimme habe ihr beständig von ihrer Heimath erzählt, dann hätten andere dazwischen gerufen, so dass sie im Kopfe ganz irr geworden sei. Trotzdem habe sie die meisten Vorgänge in ihrer Umgebung wohl bemerkt, sie besinnt sich in der That auf den Besuch ihrer Verwandten, auf einzelne Änderungen in der Bevölkerung der Anstalt, etc. Als nunmehr ihre Mutter sie besucht, freut sie sich sehr, erkundigt sich nach ihrer Häuslichkeit; spricht ganz sachgemäss. In den nächsten Tagen tritt vorübergehend noch eine geringe Verwirrtheit hervor, ebenso sind noch Sinnesstörungen nachzuweisen, letztere werden aber zum Theil als krankhaft anerkannt. Die psychische Convalescenz schreitet nun stetig und schnell vor, leider aber auch die Phthise. Patientin wurde nach 12 monatlicher Dauer der Geistesstörung in ihre Heimath zurückgeholt.

Clara R., 23 Jahr alt, unverehelicht, Primipara stammt von psychisch gesunden Eltern ab, ein Bruder der Mutter ist geisteskrank. Patientin soll immer etwas „still“ gewesen sein, hat keine prämorbidien Symptome von Seiten des Centralnervensystems gezeigt. Im Juni 1873 wird sie gravida, die Schwangerschaft verläuft, abgesehen von geringem Schwindel, der wiederholt während der ersten Monate auftrat, ohne Störung. Am 14. April 1874 wird sie leicht von einem lebenden Kinde entbunden. Die ersten 3 Tage des Puerperium fiel Patientin ihrer Umgebung in keiner Weise auf, nur am Abend des dritten Tages soll sie nach Aussage des Bräutigams lebhafter, als es sonst ihre Art war, gesprochen, und die Worte mit Gesticulationen begleitet haben. Beide legten sich dann ruhig schlafen; Nachts steht Patientin auf, fasst den Arm ihres Bräutigams, schüttelt ihn, sieht ihn eigenthümlich an, ruft: „Mensch, du bist ja so kalt, das ist doch wahr“, und kaum war eine Viertelstunde vergangen, so schwatzte sie mit lauter Stimme ganz wirres Zeug, „meine Familie ist unglücklich, tot“, „die Schlösser sollen aufgebrochen werden“, „ich bin verrückt, bringt mich nach der Charité.“ Dann sprang sie aus dem Bett, ihre Gesichtszüge waren ängstlich, ihre Augen starr, sie schlug auf das Kind los, zerriss das Bettzeug, wollte auf die Strasse und liess sich nur mit Gewalt im Zimmer zurückhalten. Nachdem sie drei Stunden so getobt, trat eine ziemlich vollkommene Remission ein, die bis zum nächsten Tage anhielt. Am

Abend desselben wiederholte sich jedoch der Tobsuchtsparoxysmus, so dass ihre Aufnahme in die städtische Irrenanstalt nöthig wurde, wo sie die nächsten 4 Wochen in vollständiger Verworrenheit und heftigster motorischer Erregung verbrachte. Allmählich wurde sie jedoch stiller, verhielt sich ihren sie besuchenden Verwandten gegenüber theilnahmlos, antwortete ihnen entweder gar nicht oder nur mit „Ja“ und „Nein.“ Aufang Juni in die Charité übergeführt, sitzt sie in der ersten Zeit absolut stumm vor sich hin, reagirt auf Fragen nicht, erröthet aber und lacht, wenn man scherhaft Bemerkungen ihr gegenüber macht. Die Glieder verharren in gegebenen Stellungen; trotzdem lässt sie sich einige Male von anderen Kranken zum Tanzen bewegen, benimmt sich dabei aber sehr steif, und bleibt nach wie vor stumm. Auch bei ihr wird die Stupidität durch einzelne motorische Impulse unterbrochen, so wirft sie plötzlich eine Arbeit fort, läuft auf den Corridor, schreit und lacht laut, ist andere Mal offenbar zornig erregt, schlägt auch einmal Scheiben entzwei.

Dieses Stadium hält 3 Monate an. Dann wird Patientin allmählich lebhafter, sie zeigt sich über ihre Lage vollständig orientirt, hat eine fast vollständige Erinnerung an ihren Aufenthalt in der Charité, an den Beginn ihrer Erkrankung, nur für die in der städtischen Anstalt verlebte Zeit besteht ein Defect im Gedächtniss. Die Antworten erfolgen aber noch immer sehr zögernd, an einzelnen Tagen bleiben sie auch wohl noch ganz aus, obwohl das Mienenspiel der Kranken deutlich ausdrückt, dass die gestellten Fragen percipirt sind. Nach dem Grunde ihrer Schweigsamkeit gefragt, sagt sie, „ich kann nicht sprechen, jetzt geht es schon besser wie früher.“ Weiter erklärt sie ihr Benehmen damit, dass sie sehr wohl wisse, was sie sprechen wolle, auch die Worte ihr zur Disposition ständen, sie könne dieselben aber nicht herausbringen, die Zunge sei ihr wie gelähmt. Sinnestäuschungen bestehen während dieser Zeit fort, und zwar sind dieselben häufig insultirenden Characters; in Folge dessen ist Patientin sehr reizbar, und zu vorübergehenden Zornesausbrüchen geneigt.

Nach Verlauf von zwei Monaten tritt die Convalescenz immer deutlicher zu Tage, man kann mit der Patientin ein zusammenhängendes verständiges Gespräch führen, nur hin und wieder erinnert noch ein momentanes Stocken bei einzelnen Worten an den früheren Zustand. Die Sinnestäuschungen treten nur sparsam und zwar Nachts auf, werden aber immer bestimmter als krankhaft anerkannt. Patientin konnte nach $6\frac{1}{2}$ monatlicher Dauer der Psychose geheilt entlassen werden. Vor ihrem Scheiden aus der Anstalt hat sie mir noch einen ausführlichen Bericht über den Beginn der Erkrankung und über den grössten Theil des „stillen“ Stadiums gegeben, den ich jedoch nicht hier ausführlich mittheilen will, sondern der weiter unten seine Verwerthung finden wird.

Frau B., 24 Jahr, ohne nachweisbare hereditäre Prädisposition oder prämorbid Erscheinungen von Seiten des Centralnervensystems; wurde nach einer normal verlaufenen Schwangerschaft am 25. Juni 1873 leicht von einem gesunden Kinde entbunden. Auch die ersten 5 Wochen des Puerperium vergingen, ohne dass sich ein auffälliges psychisches Benehmen bei der Patientin gezeigt hätte. In der 5. Woche wollte sie an einem Sonntag Nachmittag mit

ihrem Kinde Verwandte besuchen. Noch am Vormittage dieses Tages differirte ihr Benehmen und ihre Stimmung in keiner Weise von dem bisher gezeigten. Erst auf der Fahrt kam sie dem Manne etwas „still“ vor; sie begrüsste die Verwandten nicht so lebhaft wie sonst, blickte starr vor sich hin, ihr Gesichtsausdruck war ängstlich. Fragen, ob ihr unwohl sei, liess sie unbeantwortet, sie schien mit anderen Dingen beschäftigt zu sein und auf ihre Umgebung wenig zu achten. Ganz plötzlich riss sie einer Verwandten, welche das Kind hielt, dasselbe vom Arm, schrie „mein Kind, mein Kind“, „fort, fort, Pfui“, sprach in kurzer Zeit ganz wirres Zeug, war in hohem Grade aufgeregzt, so dass ihr Mann sie nur mit Mühe nach Hause bringen konnte. Ein hinzugerufener Arzt verordnete Eisumschläge, und in der That beruhigte sie sich für die Nacht vollkommen. Am nächsten Morgen kehrte aber die starke Erregung wieder, introducirt durch einige abgerissene, mit lauter Stimme gerufene Worte „das ist die Fee“, Prinzen hier“, „nicht knallen“ etc. Sie zerriss dann ihre Kleider, hielt das Kind zum Fenster hinaus, zerwarf Geschirr, so dass am 28. Juli ihre Aufnahme in eine Anstalt nöthig wurde, in der sie bis zum 14. August, ihrer Reception in die Charité, das Bild ausgesprochener Tobsucht bot. Auch hier ist sie dauernd vollkommen verwirrt, gar nicht zu fixiren, bringt nur Bruchstücke von Sätzen vor, deren Inhalt meist auf Sinnestäuschungen hinweist. Dauer dieses Stadiums bis Anfang November.

Zu dieser Zeit wird sie äusserlich etwas ruhiger, weint mehrere Male heftig, beantwortet einige Fragen sachgemäss, andere aber wieder ganz verkehrt; glaubt im königlichen Schloss zu sein, spricht viel von Localitäten Potsdam's, verhandelt mit Prinzen, andere Male nennt sie wieder die Anstalt ganz richtig, kennt den Namen des Arztes, der Wärterinnen.

Von Mitte November bis Mitte März ist sie fast absolut stumm, starrt viel aus dem Fenster heraus, lacht zuweilen laut auf, sucht sich zu isoliren, steht Nachts öfter auf, durchsucht das Bett. Aeusserliches Benehmen im Ganzen verständig, besuchenden Verwandten gegenüber bleibt sie gleichfalls apathisch. Mitte März tritt ziemlich plötzlich eine Aenderung auf; Patientin nimmt an ihrer Umgebung Antheil, ist über dieselbe vollkommen orientirt, wünscht sich zu beschäftigen, sehnt sich nach ihren Verwandten. Auffällt in ihrem Wesen noch etwas eigenthümlich Gezwungenes, sie spricht sehr langsam, stockend, manchmal macht es den Eindruck, als wenn sie sich bemühe, recht geziert zu sprechen. An einzelnen Tagen ist sie ganz stumm; wird Abends mehrere Male weinend am Fenster getroffen, will ein Motiv nicht angeben. Später aber gesteht sie, dass sie durch Sinnestäuschungen zu ihrem Benehmen veranlasst sei. Die Besserung wurde von nun ab nicht mehr gestört, Patientin am 22. Mai geheilt entlassen.

Sie hatte bei ihrem Austritt aus der Anstalt eine vollständige Erinnerung an den Beginn ihrer Erkrankung und die Reconvalescenzperiode, mehr defect ist dieselbe für das zweite „stille Stadium“, sie fehlt ganz für die Zeit der Tobsucht; so glaubt Patientin aus ihrer Wohnung direct in die Charité gekommen zu sein, weiss absolut nichts von einem Aufenthalt in einer anderen Anstalt. Sie schildert selbst den Beginn ihrer Erkrankung folgendermassen: Bis zu dem oben erwähnten Sonntage sei ihr ganz wohl gewesen, schon auf der Fahrt aber habe sie Angst befallen, zugleich hatte sie ein wechselndes

Gefühl von Frost und Hitze, Wüstheit im Kopfe. Die Verwandten wären ihr anders vorgekommen, hätten Fratzen gehabt, ihr Kind habe sich vor ihren Augen verändert, die Möbel hätten sich in der Stube bewegt; durch alle diese Erscheinungen sei sie noch ängstlicher und ganz wirr im Kopfe geworden. Nach den Eisumschlägen habe sie etwas Ruhe gehabt, auch die Nacht geschlafen, aber am nächsten Morgen habe sie wieder fortwährend Schreien und Klopfen gehört, es sei Feuer gerufen worden, das Bett habe sich gehoben, Gestalten seien drohend auf sie zugekommen; was dann weiter vorgegangen, wisse sie nicht. Während der stillen Zeit wäre es ihr wie ein Traum gewesen, sie meinte in Potsdam zu sein, sah deutlich verschiedene Schlösser, hörte ihre Mutter und ihre Schwester sprechen. Trotzdem habe sie Aerzte und Wäiternnen meistens erkannt, bisweilen aber auch für andere Personen gehalten. Auf den ersten Besuch ihres Mannes besinne sie sich sehr gut, sie habe nach ihrem Kinde fragen wollen, aber nicht sprechen können, die Worte wollten nicht heraus. In der Convalescenzperiode habe sie noch zuweilen Stimmen gehört, allmählich aber eingesehen, dass sie nur durch die Krankheit hervorgerufen würden.

Unterwerfen wir nun diese drei Krankengeschichten einer genaueren Analyse, so lässt sich, glaube ich, aus ihnen ohne Schwierigkeit ein wohl characterisirtes Krankheitsbild extrahiren. Dasselbe setzt sich aus 3 Perioden zusammen, einem tobsüchtigen Initialstadium, einem darauf folgenden Zustand von Stupidität, an den sich unmittelbar die Convalescenz anschliesst. Betrachten wir zunächst die erste Periode.

Je mehr Werth bei der Beurtheilung Geisteskranker auf eine genaue Kenntniss der Antecedentien der Kranken, auf eine zuverlässige Anamnesenaufnahme gelegt worden ist, desto mehr ist man zu der Ueberzeugung gekommen, dass den meisten psychischen Krankheitsprocessen ein Incubationsstadium vorausgehe. Die Dauer desselben kann freilich sehr variiren. Während in dem einen Falle erst Wochen eine verdächtige Umänderung der Denk-, Empfindungs- und Handlungsweise zu Stande bringen, fällt in dem anderen der Kranke nur wenige Tage seiner Umgebung auf, sei es — wie so häufig — durch depressive Gemüthsverstimmung, sei es durch die erste Spuren einer ihm bis dahin fremden Exaltation; in anderen endlich gehen nur wenige Stunden Warnungssignale dem ausbrechenden psychischen Sturm voraus, und auch diese häufig so leicht angedeutet, dass sie nur dem Sachverständigen erkenntlich sind. Zu dieser letzten Kategorie rechne ich auch die in Rede stehende Form der Psychose. In der That sind in den drei beschriebenen Fällen die Prodrome äusserst geringe. Frau W. erschien am Tage der Erkrankung ihrer Schwester still und einsilbig, machte bei Einkäufen viele Schwierigkeiten, was sonst nicht ihre Gewohnheit war; Frau B. war auf der Fahrt zu ihren Verwandten sehr

still, begrüsste dieselben nicht so freundlich wie sonst, war ängstlich, klagte über Frost und Hitze, Wüstsein im Kopfe. Die Kranke R. war am Abend vor der Erkrankung sehr lebhaft, lachte, gesticulirte viel. Eine noch augenblicklich in Behandlung stehende Kranke besuchte plötzlich mit ihrem Kinde ganz unmotivirt eine Herrschaft, bei der sie früher conditionirt hatte, verlor auf dem Rückwege die Zimmerschlüssel, setzte, nach Hause gekommen, ihrem Manne diesen Verlust in etwas irrer Weise auseinander, Nachts brach bei ihr ein Anfall heftiger Tobsucht aus. Bei einer fünften, in der Charité entbundenen Wöchnerin, zeigte sich am 12. Tage des Puerperium grosse Unzufriedenheit, Zanksucht, sie beklagte sich über Aerzte und Wärterinnen, beschwerte sich über das Essen, Abends war sie bereits so unruhig, dass sie auf die Irrenabtheilung verlegt werden musste. Diese Beispiele werden genügen, um darzuthun, dass bei unsren Kranken allerdings nur wenige Stunden vor dem Ausbruche der eigentlichen Geistesstörung Prodrome aufraten, dass dieselben aber weder einen besonders starken Grad erreichten, noch mit einiger Regelmässigkeit einen bestimmten depressiven oder exaltirten Character an sich trugen. Muss man die Anamnese von Angehörigen erheben, die, wenig intelligent, kleine Veränderungen an ihrer Umgebung nicht wahrzunehmen pflegen, fehlt den genesenen Kranken selbst für diesen Zeitabschnitt das Gedächtniss, so kann man sich wohl zu dem Glauben verleiten lassen, die psychische Störung sei ganz plötzlich explodirt. Dieser Irrthum liegt bei der in Rede stehenden Form um so näher, da dem eigentlichen Initialstadium derselben nicht ein progressives Anwachsen, eine allmähliche Steigerung der Aeusserungen des gestörten Seelenlebens eigenthümlich ist, sondern dasselbe sofort mit voller Intensität, mit Kundgebungen und Acten einsetzt, über deren Krankhaftigkeit auch dem Laien keine Zweifel bestehen. Frau W. fragt auf dem Rückwege plötzlich ihre Begleiterin: „Bist Du wirklich meine Schwester“; Frau B. reisst ihren Verwandten das Kind vom Arm, schreit: „mein Kind, mein Kind“, „fort, fort“, „Pfui“; die dritte Patientin steht in der Nacht auf, fasst ihren Bräutigam beim Arm, sagt „Mensch du bist ja so kalt“, „das ist doch wahr“, wieder eine andere Kranke weckte ihren schlafenden Mann, brachte ihm Wasser und Brod, er müsse sonst verhungern. Kaum aber hat sich mit einer derartigen Aeusserung die ausbrechende Psychose angekündigt, so folgt lawinenartig anwachsend Delirium auf Delirium, ganz verkehrte, nicht selten gewaltthätige Handlungen gesellen sich hinzu, und in kurzer Zeit bieten die bis dahin ruhigen, verständigen Kranken das Bild vollständigster Verwirrtheit, gepaart mit heftigster motorischer Erregung.

Grade dieses acute, intensive Einsetzen der ersten Symptome der Geistesstörung, das rapide in Stunden und noch weniger Zeit zur völligen Verwirrtheit mit stärkster motorischer Erregung führende Anschwellen derselben betrachte ich als characteristisches Merkmal für diese Form der Puerperalpsychosen.

Fragen wir nun, was geht hier in den Kranken vor? Die oben angeführten Aeusserungen der Patientinnen weisen ohne Weiteres darauf hin, dass ihr Ursprung in Sinnestäuschungen zu suchen ist. Alle Kranken gaben übereinstimmend an, dass die Krankheit mit Hallucinationen begann. Die R. erwachte in der Nacht von Stimmen — den Inhalt derselben hat sie vergessen, sah dann Leichen, Blut, Feuer, hörte fortwährend Geschrei; der Kranke B. kam das Gesicht ihres Kindes verändert vor, sie bemerkte, dass sich die Möbel bewegten, später hörte sie Klopfen, Schimpfworte; die Frau W. hörte ihren Namen rufen, am Fenster höhnende Stimmen, unter dem Bett Knarren etc. Bei den ersten Hallucinationen haben die Kranken nicht selten noch das Gefühl, dass es sich nur um etwas Krankhaftes handle, suchen sich zu überzeugen, ob diesen seltsamen Erscheinungen etwas Materielles zu Grunde liege; je mehr sich aber die Hallucinationen häufen, desto rückhaltloser giebt sich die Kranke ihnen hin. Die Sinnestäuschungen selbst sind namentlich während des ersten Stadiums der Erkrankung unangenehmer, schrecklicher Natur, die Gemüthsstimmung der Kranken daher vorwiegend ängstlich.

Suchen wir für die verkehrten, zum Theil gewaltsamen Acte eine psychische Begründung, so muss auch ihre Quelle in Delirien der Sinnesperception gesucht werden. Eine Kranke springt aus dem Bett, eilt an das Fenster, schlägt Scheiben ein — sie sah eine grinsende Fratze an demselben —, eine andere wirft den Essbecher in die Stube — eine Stimme sagte: „sieh wie sie frisst“, eine dritte zerreißt Kleider — sie fühlte ihren Körper brennen; wir haben es also hier nicht mit blind sich äussernden Impulsen, mit einem triebartigen Handeln zu thun, sondern mit in gewissem Sinne zweckmässigen, durch Hallucinationen provocirten Acten. Für das Bestehen dieses Causalnexus zeugen die Angaben, welche die Genesenen aus dem Beginn ihrer Erkrankung machen, von dem sie ja meistentheils eine Erinnerung haben; häufen sich freilich die Sinnestäuschungen, werden die Kranken hierdurch verworren, so unterscheidet sich scheinbar auch ihr Thun und Treiben in keiner Weise von dem anderer Tobsüchtiger, und es lässt sich, da später gerade für diesen Höhepunkt der Erkrankung ein Erinnerungsdefect zu bestehen pflegt, der Zusammenhang zwischen Delirium und

Handlung nicht mehr mit Präcision feststellen. Dass aber auch hier noch Wechselbeziehungen zwischen beiden bestehen, scheint mir durch eine Thatsache wahrscheinlich gemacht zu werden, durch die mitten im Paroxysmus auftretenden Remissionen oder Intermissionen.

Mit einem Schlage, wie sie gekommen, schwinden nicht selten die Sinnestäuschungen, namentlich in den ersten Tagen der Erkrankung, und gleichzeitig kehrt vollkommen ruhiges und verständiges Wesen bei den Kranken wieder; sie erkennen womöglich die Hallucinationen als krankhaft an, lachen über sie, um nach einigen Stunden sich von ihnen wieder vollkommen dominiren zu lassen. Diesen Remissionen ist übrigens eine grosse Vollständigkeit eigen, viel mehr als dies bei gewöhnlicher Manie der Fall zu sein pflegt. Ich habe wiederholt Gelegenheit gehabt, derartige freie Zeiten von Anfang bis Ende genau verfolgen zu können, und ich kann versichern, dass es trotz sorgfältigen Explorirens nicht gelang, etwas Krankhaftes an den Patientinnen zu entdecken. Am Vormittage gaben die Kranken klare Auskunft, erkannten die Sinnestäuschungen als solche an, suchten Beschäftigung, zeigten auch keine Stimmungsanomalien. Nachmittags fingen sie wieder an ängstlich und unruhig zu werden; Abends mussten sie womöglich isolirt werden. In einem von mir beobachteten Falle zeigte sich eine interessante Intermission der Krankheitserscheinungen:

Eine 25jährige Schneiderfrau wurde am 14. März leicht von einem gesunden Kinde entbunden; am 19. tritt ein durch Hallucinationen bedingter Tobsuchtsanfall auf, der den Tag über anhält; am Abend stellt sich ruhiger Schlaf ein, aus dem Patientin am andern Morgen vollkommen verständig, frei von allen Sinnestäuschungen erwacht. Die nächsten 7 Wochen zeigt sie ganz ihr früheres Benehmen, am 8. Mai bricht aber plötzlich ein dem ersten ganz analoger, wieder durch Hallucinationen introducierter Anfall los; derselbe hielt dies Mal mehrere Wochen an, ging dann in Stupidität über, in der sich Patientin noch jetzt befindet.

Eine genaue Zeitangabe über die Dauer dieses Initialstadiums bin ich nicht im Stande zu geben, glaube aber, dass dasselbe selten länger als 3 Monate anhält, um dann in das stupide entweder ziemlich unvermittelt oder mehr allmälich überzugehen.

Wenn ich den Ausdruck „stupide“ gebrauche, bin ich mir wohl bewusst, dass ich damit nur das äussere Signalement der Kranken gebe, den in ihnen vorgehenden Krankheitsprocess in keiner Weise definire. Melancholische, Verrückte, ja manche Maniacalische können ganz dasselbe äussere Bild der Starre bieten, bei sehr verschiedenen psychischen Motiven.

Die von mir beobachteten Kranken zeigten im Allgemeinen während dieses Stadiums folgendes Verhalten. Sie sassen meist mit gefalteten Händen unbeweglich auf ihrem Stuhl, nöthigte man sie zum Aufstehen, so gingen sie wohl einige Schritte, blieben dann aber wieder stehen, die Gliedmassen verharren in gegebenen Stellungen. Bei Nadelstichen verzog sich das Gesicht schmerhaft, durch den Inductionsstrom war auch wohl eine abwehrende Bewegung oder gar ein „Nicht mehr“ herauszupressen. Fütterung wurde nur in einem Falle vorübergehend nöthig, auch waren die Patientinnen meist sauber. Fragen blieben unbeantwortet, obwohl das Mienenspiel deutlich erkennen liess, dass sie meist percipirt waren. Auch sonst verrieth das Gesicht, dessen Ausdruck für gewöhnlich ein gleichmässig ruhiger war, das Auftreten von Affecten, die Kranken lachten, weinten, errötheten, runzelten zornig die Stirn, und zwar waren dieselben theilweise durch äussere Vorgänge hervorgerufen, Scherzworte oder Reizungen anderer Kranken, Besuch von Verwandten etc., theilweise traten sie aber auch ohne nachweisbares Motiv auf. Spontan wurden bisweilen, namentlich wenn sich die Kranken, wie dies gern geschah, isolirten, abgerissene, unverständliche Aeusserungen gemacht. Dies stupide Verhalten wurde unterbrochen durch ganz plötzlich auftretende motorische Impulse, Schlagen anderer Kranken, Zertrümmern von Scheiben, Fortwerfen des Essens, lautes Brüllen und Lachen. Ausserdem bestand Schlaflosigkeit, keine Neigung sich zu beschäftigen.

Es ist bei anderen Formen der Geistesstörung, der Melancholie oder Verrücktheit meist ein fruchtloses Bemühen, die genesenen Kranken nach dem Grunde ihrer Stupidität zu fragen, entweder waren die Kranken zu dieser Zeit ganz verworren und besinnen sich später nicht mehr auf das, was in ihnen vorging, oder sie sind sich wenigstens sehr im Unklaren über die Vorstellungen, welche sie damals beherrschten, oder endlich sie haben überhaupt eine gewisse Abneigung sich ausführlicher über die Erlebnisse während ihrer Krankheit auszulassen. Auch bei unseren Kranken ist es mir, obwohl sie ja für diese Periode meist eine gute Erinnerung haben, nicht möglich gewesen, mit absoluter Sicherheit die Wechselbeziehungen zwischen psychischen Vorgängen und dem äusseren Verhalten klar zu legen. Dennoch aber glaube ich, gestützt auf die klinische Beobachtung und die späteren Angaben der Kranken folgende Analyse dieses Krankheitsstadiums als der Wahrheit am nächsten kommend bezeichnen zu müssen.

Ich habe schon weiter oben auf die Remissionen aufmerksam gemacht, die während des ersten Stadiums der Erkrankung zur Beob-

achtung kommen, das Cessiren der motorischen Erregung, die Zunahme an Lucidität glaubte ich einer Verringerung der Frequenz und Intensität der Sinnestäuschungen zuschreiben zu müssen. Nun lässt sich während des grössten Theiles des zweiten Stadiums eine gewisse Reaction der Kranken auf Einwirkungen von Seiten der Umgebung nicht erkennen, ich erinnere an das sich im Mienenspiel documentirende Auftreten von Affecten; und weiter macht es die mehr oder weniger vollständige Erinnerung der Geheilten an in diese Periode fallende Vorgänge unzweifelhaft, dass in gewissem Grade die Perceptionsfähigkeit für Eindrücke der Aussenwelt vorhanden war. Es liegt daher der Schluss nahe, dass während dieses Stadiums das Denken, Fühlen, Handeln der Kranken nicht mehr ausschliesslich durch Sinnestäuschungen gestaltet wurde, eine Annahme, die mir die Genesenen, durch Aeusserungen, wie „ich hörte und sah damals nicht mehr so viel“ oft genug bestätigt haben. Die Sinnestäuschungen verschwinden aber nicht, sondern treten nur mehr in den Hintergrund, für ihr Fortbestehen sprechen einzelne spontan erfolgende verworrene Aeusserungen der Kranken, die ohne sichtbares Motiv sich bemerkbar machenden Affecte, die plötzlich auftretenden motorischen Impulse, und endlich Erinnerungsdefekte für kurze Zeitabschnitte dieses Stadiums. Hiermit ist aber noch keineswegs eine Erklärung für das äussere stupide Verhalten, für die fast absolute Stummheit gegeben. Wenn ich von den Kranken wissen wollte, warum sie auf offenbar percipirte Fragen die Antwort schuldig geblieben wären, erwiederten sie regelmässig, „dass sie gern gesprochen haben würden, z. B. beim Besuch von Verwandten, dass sie sich auch über den Inhalt des zu Sprechenden, über die Wahl der Worte ganz klar gewesen seien; es sei ihnen aber beim besten Willen nicht gelungen, die Worte heraus zu bringen, die Zunge sei ihnen schwer, wie gelähmt gewesen.“ Wir würden es hier also mit einer Gefühlshallucination zu thun haben, und die Stummheit als Product derselben bezeichnen müssen. Weiter gaben die Kranken an, dass, als die Sinnestäuschungen etwas nachliessen, ein Gefühl von Abgespanntheit und grösster körperlicher Schwäche über sie gekommen sei. Ob dies Gefühl nun so mächtig und vorherrschend war, dass es in den Kranken die Vorstellung erweckte, sie könnten sich überhaupt nicht bewegen, ob es also die Ursache für den stabilen, stupiden äusseren Habitus abgab, darüber erhielt ich von den Patientinnen keine sichere Auskunft, es scheint mir aber diese Deutung im Hinblick auf die oben besprochene Behinderung der Sprache durch eine derartige Sensation nicht unberechtigt zu sein. Häuften sich die Sinnestäuschungen, waren

sie besonders iusultirend, so wurde wohl vorübergehend der Bann gebrochen, und die Kranken liessen sich mitten in der Stupidität zu gewaltsamen Acten fortreissen. Ich möchte jedoch hervorheben, dass in einzelnen Fällen der Stupor nicht gleichmässig permanent ist. Es vergehen 8, 14 Tage, wo die Kranken sich absolut stumm und apathisch verhalten, dann kommen mal wieder 1, 2 Tage, wo sie ganz verworrene, abgerissene Aeusserungen thun, laut singen, im Zimmer umherlaufen, auch wohl aggressiv werden, bald aber sinken sie wieder in Stupor zurück.

Der Uebergang des zweiten Stadiums in die Reconvalescenzperiode kann entweder ein ganz unvermittelter, oder mehr allmählicher sein. Kranke, die Monate lang scheinbar stumpf und theilnahmlos auf ihrem Platze sassen, fangen plötzlich an zu sprechen, zeigen sich orientirt, erkennen ihre Krankheit an. Der geringe Grad von Verworrenheit, der in den ersten Tagen noch zu bestehen pflegt, macht immer mehr einer Lucidität Platz, die nur ganz vorübergehend durch Sinnestäuschungen getrübt wird; und in wenigen Wochen kann die Heilung vollendet sein. Bei anderen Patientinnen geht diese günstige Metamorphose der motorischen und psychischen Thätigkeit langsamer vor sich, nimmt oft Monate in Anspruch. Tage, an denen die Kranken ruhig gestimmt sind, Fragen sachgemäss und erschöpfend beantworten, sich freier bewegen, Beschäftigung suchen, wechseln mit Zeiten, in denen die Gemüthslage eine sehr schwankende ist, die Kranken sich zu isoliren suchen, ganz wie früher ein stummes und stnpides Verhalten annehmen. Ja, derartige Rückfälle lassen sich noch constatiren, wenn die Ursache derselben, die Hallucinationen, schon als krankhaft erkannt werden.

Ganz besonders hartnäckig pflegt das Gefühl der Sprachbehinderung zu sein; anfangs werden nur die einfachsten Worte hervorgebracht, „Ja, Nein“, erst allmälich wird die Ausdrucksweise reichhaltiger und fliessender; selbst aber während einer weit vorgeschrittenen Reconvalescenz kann man nicht selten noch ein Stocken und Zögern bei einzelnen Worten beobachten, das irrthümlicher Weise wohl die Ansicht erwecken kann, als hätten die Kranken das Bestreben, sich möglichst gewählt, geziert auszudrücken.

Recapitulire ich noch einmal den Verlauf dieser Erkrankungsform, so beginnt sie also nach unbedeutenden, vagen Prodromen mit einem acut einsetzenden, vorübergehend remittirenden Stadium hallucinatorischen Irreseins, das eine progressiv sich steigernde Verworrenheit und heftige motorische Erregung producirt; geht dann über in die zweite Periode, die characterisirt ist durch ein stnpides, stummes, auf

pathologischen Sensationen beruhendes Verhalten, durch Fortbestehen von Sinnestäuschungen, die einerseits den Kranken in gewissem Grade verworren lassen, ihn zu gewaltsamen Handlungen fortreissen, andererseits nicht so dominirend sind, dass sie die Perception für äussere Vorgänge unmöglich machen. Den Schluss macht die Reconvaleszenzperiode, in der entsprechend einem schnelleren oder langsameren Cessiren und Schwinden der Sinnestäuschungen vollständige Lucidität, normales psychisches Verhalten zurückkehrt.

Nicht immer jedoch kommt das Krankheitsbild bei Wöchnerinnen in der eben beschriebenen Vollständigkeit zur Beobachtung; ich möchte fast sagen noch häufiger stellt es sich in einer Abortivform dar, die nur das erste Stadium entwickelt zeigt.

Emilie F., 24 Jahre alt, ohne hereditäre Anlage, wird am 13. April in der Charité von einem lebenden Kinde entbunden. Die nächsten 3 Wochen blieb sie noch im Krankenhouse, um sich an einer linksseitigen Parametritis behandeln zu lassen. Am 8. Mai wurde sie auf ihren Wunsch in ihre Wohnung entlassen. Psychisch war sie bis dahin in keiner Weise aufgefallen. Zu Hause angekommen, fällt ihr auf, dass die Tochter ihrer Wirthin ein neues Kleid trägt, das Wesen ihres Bräutigams kam ihr so ernst und kühl vor, es war ihr ängstlich und unruhig. Zu Bette gebracht, hörte sie ihre Umgebung sagen: „Jetzt ist sie weg, jetzt ist sie tot!“, es wurde viel gesungen, Bekannte standen um ihr Bett, sie sei ganz warr geworden.

Die Angehörigen gaben an, dass sie ziemlich schnell unruhig wurde, dass sie kaum im Bette gehalten werden konnte, um sich schlug, fortwährend schrie und brüllte. In einem unbeobachteten Augenblicke eilte sie aus dem Zimmer, wollte auf die Strasse, um Apfelsinen zu kaufen.

Am 10. Mai in die Anstalt gebracht, ist sie ganz verworren, beantwortet keine Frage, läuft zwecklos in der Stube herum, macht andauernd schnaubende Bewegungen mit der Nase, trommelt mit den Fingern auf den Tisch, ruft wiederholt: „Schweinhunde“, „da steht die Schildwache.“ Isolirt, zieht sie sich aus, wäscht sich mit Urin, küsst den Fussboden. Am 11. Morgens ist sie etwas ruhiger, macht einige richtige anamnestische Angaben, schreit dann aber plötzlich „ich bin ja gefesselt“,wickelt sich die Haare um die Finger, reissst an denselben. Sie bleibt nun gleichmässig unruhig bis zum 18. An diesem Tage früh benimmt sie sich äusserlich ruhig und verständig, erkundigt sich bei anderen Kranken, wo sie sei, ist aber in ihren Reden noch etwas verworren. Erst in den nächsten Tagen wird sie klarer; wie sie in die Anstalt gekommen, weiss sie nicht anzugeben, wohl aber besint sie sich auf die Erlebnisse in ihrer Wohnung. Es sei ihr so vorgekommen, als wenn sie viel Feuer sah, Schimpfworte hörte, eine Stimme sagte, „Du wirst immer krank bleiben“, unter dem Bett raschelte es wie von Thieren. In den nächsten Wochen treten die Sinnestäuschungen immer mehr zurück, beschränken sich nur auf die Nacht, werden als krankhaft anerkannt. Die Stimmung ist noch eine sehr häufig wechselnde. An einem Tage traten die Sinnestäuschungen mit grösserer Intensität auf; Patientin wurde Abends ohne ein nach-

weisbares Motiv sehr ängstlich, lief im Zimmer herum, rang die Hände, schrie „ich muss sterben, ich und mein Kind, Alles ist verloren“, wollte nicht zu Bett gehen, weinte heftig. Diese Exacerbation schwand aber nach wenigen Stunden, um einem dauernden normalen psychischen Verhalten Platz zu machen, so dass die Kranke schon am 4. Juli geheilt entlassen werden konnte.

Auguste S., 23 Jahre, Primipara, wurde am 24. März entbunden, zeigte die ersten 10 Tage nach der Entbindung nichts Auffälliges. Am 5. April Abends geräth sie mit den Wärterinnen in Collision, weil letztere ihr angeblich Vorwürfe gemacht hätten, sie nähere ihr Kind schlecht, sie lasse es verkommen. Sie behauptete ferner geschen zu haben, dass die Oberwärterin ihrem Kinde eine Stecknadel in die Geschlechtstheile gesteckt habe, schimpfte deshalb über diese, zeigte sich sehr ängstlich, wollte das Kind nicht von sich lassen. Nachts ist sie schlaflos, am anderen Morgen sehr unruhig, beklagt sich über Insultationen und Intrigen des Wartepersonals, sie könnte kein reines Wasser bekommen, es sei Gift in dasselbe gethan worden. Klagt über Brustbeklemmung, wirft fortwährend Speichel aus, will nicht im Bette bleiben, sie müsse darin ersticken. Auf die Irrenabtheilung verlegt, wird sie ausgesprochen tobsüchtig, sie wollte zu ihrem Kinde, hörte es schreien, ebenso die erwähnte Oberwärterin in der Küche schimpfen, verkennt ihre Umgebung, ist ganz verworren. Dauer dieser hallucinatorischen Erregung bis zum 13. Ist dann äusserlich ruhig, klagt selbst über Gehörstauschungen, sie würde dadurch ganz ängstlich und wirr im Kopfe gemacht, giebt über ihre Verhältnisse zusammenhängend Auskunft. In den nächsten Wochen zunehmende Lucidität bei allmälichem Schwund der Hallucinationen, nur einige Male wird noch eine auffällig gereizte Stimmung beobachtet, sie ist dann schwer zum Sprechen zu bewegen, läuft fort, weint. Geheilt entlassen am 23. Mai.

Emma G., 22 Jahre, Erstgebärende, Vater war Potator, soll geisteskrank gestorben sein, sonst keine Heredität nachzuweisen. Die Schwangerschaft verlief ohne Beschwerden. Am 3. April wurde sie von 3 völlig ausgebildeten, kräftigen Knaben entbunden, am Tage der Entbindung selbst und an den darauf folgenden soll sie starken Blutverlust erlitten haben. In der Nacht vom 10. bis 11. April schlief sie sehr unruhig, behauptete wiederholt fälschlich „die Kinder schreien so laut.“ Am Morgen war sie ängstlich, antwortete ihren Verwandten nicht, pflückte mit den Fingern fortwährend an der Bettdecke, schlug mit dem Kopf und den Extremitäten an das Bettgestelle, schrie „Weg mit den Kindern“, „wer ist denn da“, „alle sollen in mein Reich kommen“, „Hilfe“. In die Anstalt gebracht, schwatzt sie ganz wirres Zeug, lärmst fast ununterbrochen, macht sonderbare Bewegungen, winkt mit den Fingern, bringt den Kopf in ganz verkehrte Stellungen, steckt häufig die Zunge heraus. So bleibt sie bis zum 24. Nachdem sie in der Nacht vom 23. zum 24. noch so laut gewesen war, dass sie isolirt werden musste, erscheint sie am 24. früh äusserlich ganz ruhig, beantwortet an sie gerichtete Fragen sachgemäss, besinnt sich, dass sie am 7. Tage nach ihrer Entbindung sehr laut geworden sei, die Kinder hätten so geschrien, sie habe den Teufel geschen, ihr Bett habe sich gehoben; hierdurch sei sie sehr ängstlich geworden; für Alles, was später geschah, fehlt ihr die Erinnerung vollkommen. Sie klagt über grosse

körperliche Schwäche und Mattigkeit. Gegen Mittag wird sie für etwa zwei Stunden wieder unruhiger, will nicht im Bett bleiben, es sei ihr zu heiss, ruft mehrere Male „Gustav“, weigert sich zu essen. Bald beruhigt sie sich aber und giebt als Motiv für ihre Aufregung an, es sei ihr mit einem Male wieder so wüst im Kopfe geworden, sie habe so viele Stimmen gehört, deren Inhalt sie aber nicht angeben kann. Da die Reconvalescenz nun ungestört fortschritt, wurde sie am 19. Juni geheilt entlassen.

Diese Beispiele mögen genügen, um darzuthun, dass diese Abortivform in der That ganz dem früher geschilderten ersten Stadium entspricht. Sehr ausgesprochene Prodrome fehlen auch hier, das Irresein setzt acut mit Sinnestäuschungen ein, die durch ihre Menge und Intensität Verworrenheit und Tobsucht erzeugen. Nach einer Dauer von von 6—8 Wochen kann die Geistesstörung eben so rasch wie sie gekommen, verschwinden, oder mehr allmälich, vorübergehend noch exacerbirend, mit Genesung enden.

Aus dem bisher über den Verlauf der Erkrankung Gesagten wird schon meine Ansicht über die Prognose der beiden Formen kenntlich geworden sein. Das von mir benutzte Material ist freilich nicht ausreichend, um ein sicheres Urtheil über diese Frage zu sprechen, ich glaube aber immerhin die Prognose als eine günstige bezeichnen zu müssen. Dies gilt in erster Linie von der Abortivform, die ich meist in 6—8 Wochen habe heilen sehen, aber auch bei dem vollständigen Krankheitsbilde, glaube ich, muss man sich hüten, zu früh eine ungünstige Prognose zu stellen, da selbst nach 6—8monatlicher Dauer des stupiden Verhaltens Reconvalseenz eintreten kann. Unter den von mir beobachteten Fällen verliefen nur zwei ungünstig, in dem einen handelte es sich um eine Abortivform, in dem anderen waren beide Stadien entwickelt. Den ersteren kann ich übrigens nicht einmal als ganz rein betrachten, da die Kranke schon während der Schwangerschaft Spuren eines psychischen Leidens zeigte, und ausserdem hereditär sehr schwer belastet war.

Derselbe betrifft eine 27jährige Primipara, deren Vater geisteskrank war und apoplectisch zu Grunde ging, eine Schwester der Mutter befindet sich in einer Irrenanstalt, die Mutter selbst ist schwachsinnig, ein Bruder der Kranken epileptisch. Patientin selbst litt vor ihrer Erkrankung an Brust-, Lach- und Weinkrämpfen, hatte ein sehr erregbares Temperament. Während der letzten Monate der Schwangerschaft häufiger Stimmungswechsel, war gegen ihren Mann sehr unangenehm, schimpfte die Mutter, war unzufrieden mit ihren pecuniären Verhältnissen, dann wieder sehr liebenswürdig, zeigte eine auffällige Geschäftigkeit, wollte alle möglichen Veränderungen in der Wirthschaft vornehmen. Die Entbindung erfolgte am 6. October, das Puerperium verlief

während der nächsten 5 Wochen ohne jede Störung. Am 11. November klagte sie über Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Unruhe. Nach einer Gemüthsbewegung gerieth sie in heftige Aufregung, schlug auf das Kind los, äusserte, sie müsse dasselbe in zwei Theile schneiden, es sei nicht das Kind ihres Mannes, fragt die Mutter, ob man durch Schmerz verrückt werden könne. Die nächsten beiden Tage verhält sie sich ganz still, weinte aber viel, ass nichts. Am 14. wird sie wieder sehr unruhig, warf den Kopf und den Oberkörper im Bett herum, äusserte „der Teufel hole sie“, „sie würde verbrannt“, „unter dem Bette würde schon an ihrem Sarge gearbeitet, sie müsse sterben“, versuchte sich aus dem Fenster zu stürzen, brachte sich einen Schnitt in den Vorderarm bei.

In der Anstalt bleibt sie die nächsten 3 Monate ganz verworren, ist gar nicht zu fixiren, schreit bei Tag und Nacht, schlägt blindlings um sich, ist andere Male sehr zärtlich. Dann wird sie äusserlich ruhiger, verfällt nur vorübergehend in Tobsucht, bleibt aber ganz verworren. Körperlich wird sie sehr stark, isst in wiehischer Weise, beschmutzt sich mit Exrementen, speichelt viel; schlafst Nachts ruhig. Die Gesichtszüge haben einen entschieden blödsinnigen Ausdruck, irgend eine vernünftige zusammenhängende Aeusserung wird nicht gethan. Bis zum Juni bleibt sie in der Anstalt, ihr Befinden ist ganz unverändert, nur ist sie noch corpulenter geworden, und der psychische Verfall nicht mehr zu erkennen. Sie wird daher am 15. Juni 7 Monate nach Beginn der Psychose als ungeheilt entlassen.

Wenngleich also auch der Krankheitsverlauf bei dieser Wöhnerin im Allgemeinen dem aufgestellten Schema entspricht, so glaube ich doch, dass er bei der Beurtheilung der Prognose dieser Form nicht allzu schwer in's Gewicht fällt, einmal wegen der exquisit ausgeprägten hereditären Belastung, dann wegen der schon während der Gravidität aufgetretenen Symptome psychischer Störung, die allerdings nach der Entbindung mehrere Wochen zurücktraten.

In dem zweiten Falle entwickelte sich nach einem 3 Monate andauernden hallucinatorischen Erregungsstadium tiefer Stupor, in dem die Kranke fast 6 Monate verharrte. Sie wurde darauf zwar etwas lebhafter, suchte sich auch zu beschäftigen, sprach aber nur wenig und meist ganz verworrenes Zeug, wusste nicht Jahr noch Monat anzugeben, bestritt jemals geboreu zu haben, interessirte sich für ihre Angehörigen nur in so weit, als ihr dieselben Leckereien mitbrachten. Ganz vorübergehend trat noch eine stärkere Erregung hervor, offenbar veranlasst durch Sinnestäuschungen; so fing sie einmal heftig an zu schreien, „ich habe ja meinen Mann, ich will mir mein Blut nicht aussaugen lassen, Mörder“ wurde aggressiv gegen den Arzt. Da ihr Zustand sich in 10 Monaten nicht veränderte, wurde sie als ungeheilt entlassen.

Es kann also nach dem eben Gesagten sowohl das erste hallucina-

torische Erregungsstadium, wie das zweite stupide unmittelbar in Demenz übergehen.

Fragen wir nun weiter, in welche von den allgemein angenommenen Formen der psychischen Störungen lässt sich das hier aufgestellte Krankheitsbild einrangiren? Ich zweifle nicht, dass ein grosser Theil der Psychiater die Abortivform und somit auch das erste Stadium des vollständigen Krankheitsverlaufes als Manie — vielleicht als Manie mit besonders stark hervortretenden Sinnestäuschungen — auffassen werden. Meiner Ansicht nach mit Unrecht. Die Manie ist ein ganz scharf characterisirtes psychisches Krankheitsbild, mit bestimmten, immer wiederkehrenden Attributen. Abnorme Steigerung der gesunden Denkfähigkeit, rastloses Aufeinanderfolgen, Ueberstürzen der Gedanken, ausgesprochener Trieb und Drang zur Bewegung und Handlung, Schrankenlosigkeit des Wollens, pathologische Steigerung der Affecte und Stimmungen, dazu Hallucinationen und Illusionen freilich nur von untergeordneter Bedeutung, das sind die Elemente, die sich in einem Krankheitsbild nachweisen lassen müssen, wenn man es mit Recht als Manie bezeichnen will.

Prüfen wir nach diesen Gesichtspunkten die oben beschriebene Abortivform, so ergiebt sich ohne Weiteres, dass sie diesen Anforderungen nicht entspricht. Hier muss der Hauptton auf die Sinnestäuschungen gelegt werden, ihnen gemäss gestalten sich die Gefühle, die Aeusserungen, die Handlungsweise des Kranken. Von einem Triebe und Drange zur Action ist bei diesen Kranken nicht die Rede, ebenso wenig beherrscht sie ein Affect, dessen Färbung die rastlos aufeinanderfolgenden Vorstellungen tragen. Der psychologische Vorgang, der bei ihnen stattfindet, ist vielmehr derartig, dass zusammenhangslos in dem Kranken Vorstellungen auftauchen, die sofort in Sinnestäuschungen umgesetzt, als solche auf die Stimmung und Handlungsweise des Individuumus zurückwirken. Es besteht also, so zu sagen, ein logischer Zusammenhang zwischen Hallucinationen und Benehmen der Kranken.

Nicht minder aber spricht der aussere Verlauf dieser Form gegen die Annahme, es handle sich um eine Manie. Bekanntlich pflegt bei letzterer der Beginn nur ausnahmsweise ein acuter zu sein, in den meisten Fällen lässt sich ein ziemlich langes Incubationsstadium nachweisen; ferner wird die Manie für gewöhnlich nicht durch Sinnestäuschungen introducirt, die bei ihr überhaupt nur eine untergeordnete Rolle spielen. Ich muss daher für die Abortivform die Bezeichnung „Manie“ zurückweisen, und dasselbe gilt natürlich für das vollständige von mir aufgestellte Krankheitsbild, da ja das erste Stadium desselben

der Abortivform vollkommen entspricht, das zweite nur eine Modification, in gewissem Sinne eine Remission, des ersten darstellt.

Auch in den Rahmen der Melancholie passt diese Form nicht hinein, da das Hauptkriterium der Schwermuth, ein andauernd psychisch schmerzhafter Zustand, der dem ganzen Denken und Handeln des Kranken seine Signatur giebt, fehlt. Man könnte vielleicht der Ansicht Raum geben, es handle sich hier um Fälle von Verrücktheit und zwar auf hallucinatorischer Basis; dem gegenüber muss ich aber betonen, dass ich niemals Wahnideen habe produciren hören. Die Stummheit, das stupide Verhalten, das ja Verrückte gleichfalls nicht selten präsentiren, auch hier aus Wahnvorstellungen ableiten zu wollen, halte ich für irrthümlich, die Kranken verzichten durchaus nicht von vornherein auf den Gebrauch ihrer Zunge und Gliedmassen auf Grund der festen Ueberzeugung, die Zunge sei gelähmt, ihr Körper zu schwach; sondern sie haben die bestimmte Absicht zu sprechen und zu gehen, Gefühls-hallucinationen beeinflussen sie aber so despotisch, dass der Wille paralyisiert wird.

Noch am meisten entsprechen dürfte die in Rede stehende Form den Zuständen von Verwirrtheit und tobsüchtiger Erregung, die bei Epileptischen statt oder nach den Anfällen beobachtet werden. Auch bei diesen Kranken setzen nach kurzen Prodromen acut Zustände von psychischer Aufregung ein, die sich bis zur völligen Verwirrtheit und Tobsucht steigern, und zwar vorwiegend hervorgerufen durch Sinnestäuschungen. Ich wurde namentlich auf diese Aehnlichkeit hingewiesen durch einen Fall, in dem bei einer Epileptischen, die bis dahin nur einige Anfälle gehabt hatte, sich unter dem Einfluss der Schwangerschaft und des Puerperiums paroxysmenartig auftretende Zustände von hallucinatorischem Irresein entwickelten. Ich lasse die betreffende Beobachtung hier folgen:

Minna F., ein 24jähriges Dienstmädchen, wurde mit 17 Jahren menstruiert. Die Periode stellte sich unregelmässig ein, manchmal nach 3, dann wieder nach 6 Wochen, ohne jedoch besonders stark zu sein. Zur Zeit der Regel litt Patientin an heftigen Kopfschmerzen, Schwindelanfällen, es wurde ihr schwarz vor den Augen, die Besinnung ging angeblich nicht verloren. Im 18. Jahre litt sie vorübergehend an Chlorose, im 20. Jahre traten ohne weiteren äusseren Anlass 3 Krampfanfälle auf mit Verlust des Bewusstseins. Während der nächsten Jahre machten sich noch häufiger Schwindelanfälle bemerkbar, Kopfschmerzen und schwere nächtliche Träume. Mit 22 Jahren gravida geworden, überstand sie die Schwangerschaft ohne Beschwerden. Acht Tage vor der Entbindung aber klagte sie über Kopfschmerzen, Schwindel, Appetitlosigkeit, Abgeschlagenheit des Körpers. Am

27. Mai wurde sie entbunden. Die ersten 8 Tage nach der Entbindung war sie ganz verworren, delirte, äusserte, der Arzt würde sie heirathen, habe ihr Blicke zugeworfen, sie sah Kinder an den Wänden, Eisenbahnen etc. Dann wurde sie klarer, fühlte sich nur noch sehr matt und angegriffen, konnte aber 3 Wochen nach ihrer Entbindung bereits die Charité verlassen. Nach wenigen Tagen schon befahl sie jedoch draussen ein neuer Anfall. Beim Spazierengehen wurde sie plötzlich schwindlig, Angst, starker Schweiß brach aus, sie musste „wie getrieben“ laufen, war dabei etwas benommen, so dass sie nur Alles wie in einem Nebel sah.

Der Zustand von Angst, verbunden mit Stirnkopfschmerz, hielt etwa 6 Tage an, manchmal scheint während dieser Zeit das Bewusstsein erloschen gewesen zu sein.

Wieder in die Anstalt aufgenommen, wird bei ihr bis Anfang August nur vorübergehend Aengstlichkeit und Unruhe beobachtet, dann aber traten meist in Intervallen von 14 Tagen bis 3 Wochen, zeitweise aber noch gehäuft, Anfälle bei ihr auf, die einen ganz typischen Verlauf haben:

Abends klagt Patientin über ein Gefühl von Schwere im Kopf, Uebelkeit und Unruhe, sie sucht sich zu isoliren, wird weinend angetroffen, geht aber noch ruhig zu Bett. Nachts erwacht sie, hat sehr intensiven Stirnkopfschmerz, Präcordialangst, Hallucinationen aller Sinne; sie hört eine Masse Stimmen, die meisten nur undeutlich, erkennt aber unter denselben die ihrer Mutter, sieht letztere in einem weissen Gewande, viele Leichen in Särgen, auf dem Bett laufen schwarze Mäuse, im Zimmer ist ein scheußlicher Geruch verbreitet; erzählt einmal, sie habe einem Pferde den Kopf abgebissen, in Glasscherben getreten, habe es deutlich an den Füssen gefühlt, sei in's Wasser gefallen. Durch alle diese Erscheinungen sei sie ganz verworren geworden und wisse nicht, was später geschehen sei.

Morgens wird sie bei der Visite noch im Bett getroffen, ist dann meist sehr verstimmt, verweigert manchmal jede Auskunft, andere Male erzählt sie sehr genau den Inhalt ihrer Hallucinationen, fühlt sich körperlich sehr matt und angegriffen. Ist der Anfall schwach gewesen, erholt sie sich im Laufe des Tages vollkommen, andere Male aber bleibt sie noch mehrere Tage ganz verworren, benimmt sich verkehrt. Sie spricht dann unverständlich vor sich hin, klettert aus dem Bett, wirft die Kissen fort, legt sich auf den Fussboden, läuft an das Fenster, um mit ihrer Mutter zu sprechen, wirft den Essbecher fort, weil Gift in demselben sei, verkennt ihre Umgebung. Bisweilen steigert sich diese Erregung zu heftigster Tobsucht, so dass sie isolirt werden muss. Die Stimmung ist sehr wechselnd, vorwiegend gereizt.

Am frequentesten treten die Anfälle im Monat November auf. Die Abtreibung eines Bandwurmes um diese Zeit verändert nichts an denselben. Dann werden die Intervalle länger, im Januar werden nur noch 3 Anfälle notirt. Das Benehmen in den freien Perioden wird auch gleichmässiger, Patientin ist von der Krankhaftigkeit der Sinnesstörungen überzeugt, beschäftigt sich fleissig. Da von Februar bis April keine Paroxysmen mehr beobachtet wurden, auch die früheren Angstzustände nicht wiederkehrten, wird die Kranke im April geheilt entlassen.

Der referirte Fall ist also bemerkenswerth durch den ungünstigen Einfluss, den Schwangerschaft und Puerperium in ihm auf eine bestehende Neurose ausübten. Bei einer Kranken, die vorher an ausgebildeten epileptischen und petit mal Anfällen gelitten hatte, zeigt sich in den ersten 8 Tagen nach der Entbindung ein transformirter Paroxysmus, dessen Prodrome schon in den letzten Tagen der Schwangerschaft sich bemerkbar machten.

Diese Anfälle kehren dann anfangs in längeren Intervallen, durch vage Incubationserscheinungen eingeleitet, wieder, häufen sich allmählich, nehmen an Intensität zu, bis nach mehrmonatlichem Bestehen wieder ein Abfall, eine Milderung, endlich ein gänzlicher Schwund derselben eintritt. Der Hergang bei denselben ist ganz derselbe, wie bei der oben geschilderten Form; nach kurzem, unbedeutendem Vorläuferstadium treten Hallucinationen aller Sinne auf, die durch Masse und Qualität zu completer Verworrenheit und tobsüchtiger Erregung führen.

Will man daher für diese Form der Psychose einen besonderen Namen wählen, so dürfte die Bezeichnung hallucinatorisches Irresein der Wöchnerinnen am meisten zutreffen, die „puerperales Irresein“ im Gegensatz zu „Puerperalmanie“ für die Praxis am empfehlenswerthesten sein.

Was die während der Lactation auftretenden Psychosen anbetrifft, unter denen ich also Geistesstörungen verstehe, die bei stillenden Frauen später als 6 Wochen nach der Entbindung erumpiren, so haben meine Beobachtungen keinen Grund gegeben, ihnen irgend etwas Specfisches zuzuschreiben; auch Marcé, der über 25 derartige Fälle reeifirt hat, bringt keine besonderen Merkmale für sie bei. Hervorheben möchte ich nur, dass die psychischen Störungen für gewöhnlich nicht in dem ersten Abschnitte der Lactation auftreten, sondern viel häufiger erst, nachdem sich die Frauen mehrere Monate dem Stillungsgeschäft gewidmet haben. Dass die Lactation, namentlich, wenn sie Monate lang geleistet wird, zumal von Frauen, bei denen Geburten schnell aufeinander gefolgt sind, den Organismus bedenklich schwächt, hohe Grade von Anaemie und damit günstigen Boden für den Ausbruch von Psychosen erzeugt, unterliegt wohl keinem Zweifel.

Auf Grund dieser Erfahrung dürfte es aber wohl ratsam sein, schwächliche Frauen, zumal wenn sie zu nervösen oder psychischen Erkrankungen schon anderweitig disponirt sind, von jeder Lactation abzuhalten, damit nicht, nachdem Schwangerschaft und Puerperium

glücklich überstanden sind, noch durch die Lactation, für die ein Ersatz doch meistentheils möglich ist, eine neue Gefahr für das psychische Wohlergehen der Kranken geschaffen wird.

Zum Schluss dieser Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Professor Westphal für die Liberalität, mit der er mir das Material für dieselbe überlassen hat, meinen wärmsten Dank zu sagen.
