

VI.

Symptomatologie und Prognose der im Wochenbett entstehenden Geistesstörungen (zugleich ein Beitrag zur Lehre von der acuten hallucinatorischen Verwirrtheit).

Von

Dr. Hugo Hoppe,

Assistenzarzt an der Irrenanstalt Allenberg.

Die im Wochenbett entstehenden Geistesstörungen werden gewöhnlich mit den Graviditäts- und Lactationspsychosen als Puerperalpsychosen in weiterem Sinne zusammengefasst und gemeinsam abgehandelt. Gegenüber den letzteren nehmen jedoch die im Wochenbett entstehenden Geistesstörungen eine bevorzugte Stellung dadurch ein, dass sie, auf einen kürzeren Zeitraum zusammengedrängt, eine schärfer umschriebene Gruppe bilden und ursächlich auf das Wochenbett mit weit grösserer Sicherheit zurückgeführt werden können, als die während der Gravidität und der Lactation entstehenden Psychosen auf diese über viele Monate sich erstreckenden Phasen des weiblichen Geschlechtslebens.

Das Wochenbett beginnt nach der allgemeinen Definition mit Ausstossung der Placenta und begreift die Rückbildung der Veränderungen in sich, welche durch die Schwangerschaft und die Geburt im weiblichen Organismus gesetzt worden sind. Die Dauer dieses Rückbildungsprocesses wird gewöhnlich auf sechs Wochen angegeben. Demgemäss haben die meisten Autoren, welche über Wochenbettspsychosen geschrieben haben, alle Geistesstörungen darunter begriffen, welche innerhalb 6 Wochen nach der Geburt des Kindes sich entwickeln, während Einzelne z. B. Macdonald nur einen Monat,

Dagone t 4—5 Wochen nach der Entbindung für die Wochenbettspuchosen rechnen und Tu ke allen denjenigen Fällen, welche über einen Monat nach der Entbindung entstehen, eine Mittelstellung zwischen den Wochenbett- und Lactationspsychosen anweist.

Ueber die speciellen ätiologischen Momente, welche im Verlaufe und Gefolge des Wochenbettes dasselbe zu einer Quelle geistiger Störungen machen, sind die Meinungen getheilt. Während eine Reihe von Autoren, besonders die älteren, grosses Gewicht auf die psychischen Ursachen (Gemüthserschütterungen) legen, betrachten Andere vorzugsweise körperliche Störungen, Abnormitäten bei der Geburt und im Wochenbett als nächste Ursache. Thomas Madden ist der Ansicht, dass wenn auch in der Mehrzahl der Fälle die Wochenbettspuchosen selbstständige Erkrankungen ohne Complicationen sind, wenigstens in der kleineren Anzahl der Fälle die Geistesstörung lediglich symptomatisch, abhängig von schweren oder leichteren Puerperalerkrankungen ist.

Uns interessiren hier die letzteren Störungen insofern, als sie häufig die Wochenbettspuchosen während eines kleineren oder grösseren Theiles ihres Verlaufes oder während der ganzen Krankheit begleiten und zum mindesten eine beachtenswerthe Complication derselben bilden.

Vor allen Dingen ist in dieser Beziehung das Puerperalfieber (resp. die mit Fieber einhergehenden entzündlichen Puerperalerkrankungen) zu erwähnen, welches von jeher die Aufmerksamkeit der Beobachter auf sich gezogen hat. So sagt schon Sauvage: „Mania lactea est species maniae, quae circa decimum a partu diem cum delirio febrili mulierem aggreditur, dein sensum evanescente febre perseverat“. Eine Reihe von Autoren, besonders ältere (Burrows, Sinogowitz, Reid, Churchill, Madden, Porporati) benutzen das Puerperalfieber für die Eintheilung der Wochenbettspuchosen und unterscheiden Geistesstörungen mit und ohne Fieber. Dieses Eintheilungsprincip hat in neuester Zeit eine wesentliche Grundlage durch eine Arbeit von Hansen bekommen, welche einen engen Zusammenhang zwischen puerperaler Infection und einer speciellen Form puerperaler Geistesstörung constatirt. Dasselbe würde berechtigt sein, wenn die neuerdings noch durch Kramer gestützte Behauptung Hansen's, dass, wo in den ersten Wochen nach der Entbindung acute hallucinatorische Verwirrtheit auftrete, auch puerperale Infection vorhanden sei, sich bestätigte*). Unter den Wochenbettspuchosen, welche ich aus den

*) Olshausen unterscheidet übrigens auch in seiner neuesten Arbeit

Acten der Irrenanstalt Allenberg (mit gütiger Erlaubniss des Directors Herrn Dr. Sommer) zusammengestellt habe, befinden sich jedoch 2 in der ersten Woche post partum (am 1. und 6. Tage) entstandene Fälle von acuter hallucinatorischer Verwirrtheit, bei welchen die Abwesenheit jedes Fiebers und jeder sonstigen puerperalen Störung direct betont wird. Bevor also die Behauptung Hansen's allgemein bewiesen ist, kann man sich darauf beschränken, von den Wochenbettpsychosen die bei schwerer puerperaler Sepsis auftretenden geistigen Störungen abzusondern, weil dieselben hier als symptomatische Begleiterscheinung der das Krankheitsbild beherrschenden puerperalen Infection aufzufassen sind, und wie Griesinger sagt, mit der Hauptkrankheit stehen und fallen.

Burrows beschreibt als eine besondere Varietät von Puerperalpsychose eine Form, welche sicher hierher gehört: „Die Krankheit beginnt in mehreren Fällen mit Schlaflosigkeit und Verwirrtheit; Phantasiegebilde treten auf wie im Traume, werden für reell gehalten und beeinflussen Reden und Handlungen; der Gesichtsausdruck ist leer, die Augen sind halb geschlossen, Conjunctiven oft stark injiziert, die Pupillen wenig reagirend. Der Kopf ist heiß, die Haut schlaff und feucht, Lochien und Milchsecretion stocken. Die Kranken werden ganz incobarent, verlieren das Bewusstsein, machen unter sich und antworten nur, wenn sie angeredet werden, ganz kurz, um sofort wieder in den Zustand der Indifferenz zu verfallen. Nach 4 oder 5 Tagen macht sich eine zunehmende Schwäche bemerkbar, der Puls wird immer schneller, kleiner, unregelmässiger, der Sopor geht in Coma über, und am 9. oder 10. Tage erfolgt gewöhnlich der Tod“. Aehnlich unterscheidet Churchill eine besondere Form von Puerperalpsychosen mit Fieber: „Die Haut ist heiß, Puls schnell und klein, Augen roth und lebhaft, Zunge trocken und schmutzig belegt, Lochien und Milchsecretion stocken. Dabei bestehen fieberrhafte Delirien, die Kranken murmeln vor sich hin, das Bewusstsein schwindet, völliger Indifferentismus tritt ein. Gegen den vierten Tag grössere Schwäche, mehr Coma, Sehnenhüpfen, Widerwille gegen Nahrungsaufnahme, unwillkürliche Entleerungen. Gewöhnlich führt diese

über die puerperalen Psychosen: 1. Infectionpsychosen (direct abhängig von puerperaler Infection, wobei er bemerkt, dass bei den pyämischen Formen des Puerperalfiebers wohl meningitische und encephalitische Prozesse, besonders aber capilläre Embolien, die anatomische Ursache der Psychose werden; 2. idiopathische Psychosen; 3. Intoxicationspsychosen (nach Eclampsie resp. Urämie).

Form am 7. Tage zum Tode". Reid's Phrenitis gehört ihrer Beschreibung nach in dieselbe Kategorie.

Von neueren Autoren führen zwar noch Griesinger, Fürstner, Kraepelin diese Form auf, betrachten sie aber nicht mehr als Geisteskrankheit im engeren Sinne, sondern nur als Symptom der betreffenden Puerperalkrankheiten, als Fieberdelirien, welche bald in comatóse Zustände ihren Ausgang nehmen. Wie jedoch Fürstner bemerkt, ist die Differentialdiagnose zwischen Fieberdelirien und Psychosen bei Wöcherinnen häufig schwierig, wenn nicht unmöglich; erst der weitere Verlauf und zwar entweder in plötzliches Verschwinden oder eine Hand in Hand mit den Fieberbewegungen gehende Zu- und Abnahme der Delirien wird ein sicheres Urtheil erlauben. Doch wird es bei denjenigen Fällen, in welchen die psychischen Störungen nach Ablauf der Puerperalinfektion fortdauern, schwer sein, die Unterscheidung zu machen, wo das symptomatische Delir aufhört und die selbstständige Geisteskrankheit beginnt. In solchen Fällen bleibt nur der Ausweg, den zu wählen Fürstner geneigt scheint, dass man a posteriori die Geistesstörung von Anfang an als selbstständig ansieht.

Neben dem Puerperalfieber sind hier noch zwei andere Wochenbettserkrankungen zu besprechen, mit welchen Geistesstörungen gelegentlich vergesellschaftet vorkommen. Die selteneren von diesen, die Osteomalacie, welche bisher bei den Bearbeitern der Puerperalpsychosen keine Erwähnung gefunden hat, ist zuerst 1860 von Finkelnburg bei zwei Fällen von Geistesstörung im Wochenbett beobachtet worden. Seitdem hat erst wieder im Jahre 1890 Wagner (neben drei anderen Fällen von Osteomalacie mit Geistesstörung) zwei ähnliche Fälle beschrieben. In allen vier Fällen haben Form und Verlauf der Psychose eine grosse Aehnlichkeit.

Es handelt sich um eine langsam und chronisch sich entwickelnde Geistesstörung von der Form der hallucinatorischen Paranoia, welche bei Multiparis ungefähr gleichzeitig mit der Osteomalacie im Wochenbett entstanden ist. Nur in einem Falle (Fall I. von Finkelnburg) begann die Osteomalacie schon einige Monate vorher in der Schwangerschaft. Im zweiten Falle von Wagner scheint sowohl die Osteomalacie wie die Wochenbettspsychose nach einiger Zeit einen Stillstand (Rückgang?) erfahren zu haben, um im Climacterium von Neuem auszubrechen resp. zu exacerbiren.

Vier Fälle sind allerdings eine zu geringe Anzahl, um daraus Schlüsse zu ziehen. Bedenkt man aber, dass ausserdem Osteomalacie und Geistesstörung noch in 6 Fällen (3 Fälle von Wagner und 3 von M.'Intosh, Lähr und Howden, welche in der Wagner'schen

Arbeit citirt sind — in einigen von diesen Fällen war übrigens bei Mangel einer genauen Anamnese die Möglichkeit resp. Wahrscheinlichkeit eines Ursprungs im Wochenbett vorhanden) beobachtet worden ist, ferner dass Osteomalacie eine seltene Krankheit ist und häufig genug, besonders in ihren Anfangsstadien verkannt wird, so wird man Wagner Recht geben, wenn er meint, dass ein mehr als zufälliger Zusammenhang zwischen Osteomalacie und puerperaler Geistesstörung besteht, und beide Erkrankungen sicher häufiger zusammen vorkommen, als in der Literatur darüber berichtet wird. Eine Stütze für diese Ansicht gewinnt Wagner in den Angaben Ripping's, dass in der Rheinprovinz bedeutend grössere Procentverhältnisse von Wochenbettspyschosen aufgenommen werden, als in anderen Provinzen (11,9 pCt. gegenüber 6 pCt. in anderen Anstalten), und dass zu dieser Anzahl wieder der Regierungsbezirk Düsseldorf das grösste Contingent liefert (53 pCt. gegenüber 21 pCt. bis 6 pCt. in den anderen Regierungsbezirken), indem er diesen Angaben die Thatsache gegenüberhält, dass gerade in der Rheinprovinz und besonders in der Umgegend von Düsseldorf die Osteomalacie verhältnissmässig häufig ist. Wenn man mit Wagner annimmt, dass in der Aetiology der Puerperalpsychosen Osteomalacie eine gewisse Rolle spielt, so würde sich daraus wenigstens zum Theil die Häufigkeit der Wochenbettspyschosen in diesen Gegenden erklären.

Mehr Beachtung hat das Zusammenvorkommen von Eclampsie (eine allerdings bedeutend häufigere und sinnfällige Störung als die Osteomalacie) mit Geistesstörung im Wochenbett gefunden, und es sind eine verhältnissmässig grosse Zahl von Fällen dieser Art in der Literatur berichtet.

In der Universitätsfrauenklinik in Berlin sind von Olshausen im Laufe von 5 Jahren unter 200 Fällen von Eclampsie 12 mit Psychosen combinierte Fälle beobachtet worden. Nach Löhlein beträgt die Häufigkeit der Psychosen nach Eclampsie 1 : 19 = 5,15 pCt., nach Olshausen 6 pCt. Welche Fälle von Eclampsie gerade besonders zu Psychosen disponiren, lässt sich nach allen Beobachtungen noch nicht entscheiden.

Marcé hat in seinen Studien über die Ursachen der puerperalen Geistesstörungen 8 derartige Beobachtungen aus der Literatur gesammelt, die er aber nur kurz erwähnt. Die neueren Zusammenstellungen von Seydel aus dem Jahre 1868 und von Fritz (11 Fälle) aus dem Jahre 1870 waren mir nicht zur Hand. Ich habe in der Literatur im ganzen 28 Fälle gefunden, 12 davon leider nur mit aphoristischen Notizen. Es sind dies 2 Fälle von Merriman, je 1 Fall

von Gooch, Esquirol, Sanchez Frias, Lélade, E. Billod, James Reid, Marcé, J. E. Smith, Archibald Hall, Spiess, Mackey, Fasbender, Gregoric, Mc. Dwell, A. B. Steele, Fürstner, Buchmüller, Griffith, Fraser, Parant, Pilgrim, Böcher, Dedichen. Die Arbeit von Olshausen ist mir erst nach dieser Zusammenstellung bekannt geworden.

Albuminurie ist in diesen Fällen von Geistesstörung mit Eclampsie nur 4 mal angegeben, in einem Falle zugleich mit Oedemen, in einem fünften Falle, wo der Urin nicht untersucht werden konnte (Fall von Billod) Oedeme allein. In den beiden letzten Fällen gingen die Oedeme resp. die Oedeme mit Eiweiss kürzere (14 Tage) oder längere Zeit (mehrere Monate) der Entbindung voraus. In dem Falle von Spiess wurde im Verlauf der Geistesstörung noch Eiweiss im Urin gefunden; ob dies auch sonst der Fall war, und ob in denjenigen Fällen, wo von Eiweiss im Urin nichts gesagt ist, auf Eiweiss untersucht worden ist, ist aus den Mittheilungen nicht zu entnehmen. Da zwischen Albuminurie und Eclampsie ein gewisser Zusammenhang von den meisten Gynäcologen angenommen wird, so dürfte ein von Scott Donkin berichteter Fall, wo die Geistesstörung zwar nicht mit Eclampsie, aber mit Oedemen und Albuminurie complicirt war und mit Schwinden des Eiweiss aus dem Urin in Besserung überging, auch hierher zu rechnen sein.

Donkin, welcher ähnliche Fälle in den ersten 14 Tagen nach der Geburt wiederholt beobachtet haben will und auf die Erfahrungen von Simpson hinweist, der 1856 (Edinb. Med. Journ. II. 766) auf die häufige Coincidenz von Albuminurie und puerperaler Geistesstörung zuerst aufmerksam gemacht hat, sieht sich sogar veranlasst, nach Bestehen oder Fehlen von Albuminurie, die Geistesstörungen, die in den ersten 14 Tagen p. p. ausbrachen, in zwei Formen zu trennen:

1. Urin mit Eiweiss (urämische oder renale puerperale Manie in Folge urämischer Blutvergiftung), acut verlaufende Geistesstörung, die gewöhnlich mit einem Gefühl von Hitze und Schmerzen im Kopfe, Empfindlichkeit gegen äussere Eindrücke, Ohrenklingen, Schlaflosigkeit eingeleitet wird und meist (durch Coma oder durch Erschöpfung) tödtlich endet.
2. Urin ohne Eiweiss, Fehlen jeder constitutionellen Erkrankung. — Die Geistesstörung verläuft mehr oder weniger chronisch und geht häufig in unheilbares Irresein über.

Die erste Form Donkin's entspricht ihrem Verlaufe nach ganz den bei schwerer Puerperalinfektion beobachteten geistigen Störungen.

Der von Donkin beschriebene Fall selbst gleicht jedoch völlig den Psychosen nach Eclampsie, welche sich fast alle als schwere, mit Hallucinationen einhergehende Verwirrtheits- und Tobsuchtszustände (acute hallucinatorische Verwirrtheit) darstellen.

Erwähnen will ich noch, dass Clarke in 9 von 23 Wochenbett-psychosen Eiweiss im Urin gefunden hat, ebenso dass Dagonet in einer Reihe von Fällen vor Beginn der Geistesstörung Albuminurie constatirt hat, welche zugleich mit dem Abklingen der Geistesstörung verschwand. Tuke dagegen giebt an, dass er in keinem einzigen Falle Eiweiss im Urin gesehen habe und auch Dagonet fügt seiner Bemerkung hinzu, dass in der Mehrzahl der Fälle sich allerdings kein Eiweiss finde.

Fast alle die Fälle, die ich zusammengestellt habe, zeichnen sich durch ihre kurze Dauer aus; es sind Psychosen, die nach 1—4 Wochen in Genesung übergehen oder tödtlich enden. Drei Kranke starben in der 1. Woche (am 6., 7. und 8. Tage), einer am 20. Tage p. p., die letztere sowie die 2., nachdem schon Besserung eingetreten war, ganz plötzlich im Collaps. Länger dauernde Psychosen fand ich ausser in den von Merriman und Marcé ungenau referirten vier Fällen nur in den Fällen von Friaaz (jedenfalls über $\frac{1}{2}$ Jahr) und Fürstner (jedenfalls über 5 Monate). Die eclamptischen Psychosen (wenn ich dieselben so kurz bezeichnen darf, ohne etwas anderes damit ausdrücken zu wollen, als dass dieselben nach eclamptischen Anfällen im Wochenbett beobachtet worden sind) haben ferner das Gemeinsame, dass sie entweder bald nach dem Aufhören der eclamptischen Krämpfe entstehen oder nach dem Verschwinden des ein- bis mehrtägigen Coma, welches oft mit diesen Krämpfen einhergeht resp. denselben folgt. In einem Falle (von Hall) begann die Geistesstörung schon nach dem ersten der während der Geburt auftretenden Anfälle, in einem anderen (von Spiess) schob sich die Psychose zwischen die einzelnen Anfälle ein resp. die späteren Anfälle unterbrachen die sofort nach dem zweiten Anfalle entstandene geistige Störung, in einem dritten Falle (von Billod) begann die Geistesstörung nicht gleich nach dem Schwinden des Coma, sondern erst nach einem circa 10stündigen Zustande von Ruhe und Klarheit, in einem vierten Falle (von Parant) endlich, wo die Geistesstörung sofort nach dem Ausbruch der eclamptischen Krämpfe (24 Stunden p. p.) entstanden war, traten noch am 5. Tage p. p. zwei Krampfanfälle ein, worauf die Psychose in Besserung überging, bis am 20. Tage plötzlicher Collaps und Tod erfolgte. Nach Olshausen vergeht in der Mehrzahl der Fälle ein Tag nach dem Erwachen aus dem eclamptischen Coma

bevor die Psychose in die Erscheinung tritt. Wenn Fritz behauptet dass die Geistesstörung nicht nur während oder nach der Eclampsie, sondern auch vor derselben zum Ausbruch kommt, so kann ich dies nach den Fällen, die ich in der Literatur gefunden habe, nicht bestätigen.

Die Eclampsie selbst trat entweder nur während resp. vor der Geburt (letzteres in vier Fällen) oder sowohl während als nach der Geburt auf. In einem einzigen Falle (von Steele) begannen die eclamptischen Krämpfe erst im Wochenbett, und zwar 14 Tage p. p.; nach dem 2. Anfälle erfolgte eine Hemiplegie und dann erst setzte die Geistesstörung ein (es würde auch vielleicht einer meiner Fälle hierher zu rechnen sein, in welchem die Convulsionen 8 Tage p. p. auftraten).

Die einzelnen eclamptischen Krampfanfälle unterscheiden sich, wie auch die Gynäcologen zugeben, in nichts von den epileptischen. Die differential-diagnostischen Kennzeichen, die zwischen der Eclampsie und der Epilepsie gewöhnlich aufgestellt werden, sind alle nicht ganz stichhaltig. Die Epilepsie kann, wie zwei meiner Allenberger Fälle beweisen, bei der Geburt oder kurz nach der Geburt zum ersten Male auftreten; auch die Häufung der Anfälle wird bei der Epilepsie beobachtet, allerdings sehr selten im Beginne der Krankheit. Eiweiss fehlt in vielen Fällen von Eclampsie und wird, obgleich nur in geringen Mengen, auch nach epileptischen Anfällen häufig gefunden. — Obgleich es also ein völlig sicheres Kennzeichen nicht gibt wird man doch, wenn man bei der Geburt gehäufte Krampfanfälle sieht, im Allgemeinen annehmen können, dass man es nicht mit Epilepsie, sondern mit einer Störung sui generis zu thun hat, welche nur mit der gewöhnlichen Epilepsie ausserordentliche Ähnlichkeit besitzt, ebenso wie die eclamptische Seelenstörung mit gewissen Formen der epileptischen Seelenstörung, mit dem postepileptischen Irresein, zu vergleichen ist. Hier wie dort handelt es sich um mehr oder weniger hochgradige Verwirrtheits- und Erregungszustände, welche mit zahlreichen Hallucinationen einhergehen und meist nach kurzer Zeit, oft nach wenigen Tagen schon abklingen. Auch die in vier der von mir zusammengestellten Fälle constatirte totale Amnesie für die vorangegangene Zeit ist ein Symptom, das für die epileptischen Seelenstörungen sehr charakteristisch ist. Nur die religiöse Färbung der Delirien und die Wuthaffecte scheinen nach Eclampsie nicht oder nicht in demselben Masse vorzukommen, wie bei den postepileptischen Zuständen. Leidesdorf beschreibt die Geistesstörung nach eclamptischen Anfällen folgendermassen: „Die Kranken werden,

nachdem die Anfälle aufgehört haben, sehr aufgereggt, sprechen viel und unzusammenhängend und verfallen später in einen leichten stuporösen, blödsinnigen Zustand, der ebenfalls von kurzer Dauer zu sein pflegt. In 8—10 Tagen ist in der Regel die Geistesstörung vorüber". Nach Olshausen zeichnen sich die Psychosen nach Eclampsie aus durch zeitiges Auftreten (2. bis 3. Tag, selten später), intensive Hallucinationen, schnellen, afebrilen und häufig günstigen Verlauf. Nach den Fällen, welche ich ausführlicher beschrieben in der Literatur gefunden habe, handelte es sich, wie ich schon oben andeutete, um kurz dauernde Zustände von acuter hallucinatorischer Verwirrtheit.

Wie die eclamptische Geistesstörung mit den postepileptischen Zuständen, so ist die sogenannte transitorische Tobsucht e puerperio (Mania puerperalis transitoria nach Schwarzer) mit einer anderen Form der epileptischen Seelenstörungen, dem epileptischen Aequivalent, zu vergleichen. Es handelt sich um bald nach oder bereits während der Entbindung auftretende Tobsuchts- und Verwirrheitszustände von sehr kurzer (meist nur wenigen Stunden) Dauer, welche mit starker Trübung oder Aufhebung des Bewusstseins einhergehen. Durch die Neigung zu impulsiven Gewaltacten, welche sich häufig genug gegen das Neugeborene richten, haben diese Störungen ein hervorragendes forensisches Interesse, besonders wegen der ausserordentlichen Schwierigkeit, welche die Beurtheilung dieser Zustände eben dadurch bietet, dass sie ganz transitorische sind, häufig ohne Zeugen resp. ungenügend beobachtet vorübergehen und bei den Wöchnerinnen selbst keine Erinnerung zurücklassen.

Krafft-Ebing theilt „die transitorischen Störungen des Selbstbewusstseins bei Gebärenden und Neuentbundenen“ in 5 Klassen:

1. Heftige in's Pathologische hinüberreichende Affecte (besonders bei unehelich Gebärenden);
2. Zustände, wo der heftige Wochenschmerz eine solche Auffregung erzeugt, dass die Gebärenden theils um die Geburt zu beschleunigen, theils um der Ursache ihrer Schmerzen feindlich zu begegnen in der vierten Geburtsperiode Hand an die Leibesfrucht legen (solche Zustände zuweilen noch unmittelbar nach dem Act der Geburt), in den höheren Graden aber unter Zutritt von Delirien das Selbstbewusstsein völlig erlöschen kann;

3. Anfälle wirklicher Mania transitoria bei Gebärenden (während der dritten und vierten Geburtsperiode) und bei Neuentbundenen (gleich nach der Ausstossung des Kindes);
4. Transitorische Delirien auf epileptischer und hysterischer Basis;
5. Transitorische Störungen in Folge von Puerperalfieber (Delirium febrile).

Die erste Klasse fällt für uns *eo ipso* weg; heftige Affecte sind, selbst wenn sie das Gebiet des Pathologischen streifen sollten, keine Geistesstörung. Auch die während der Geburt bei der grössten Erweiterung des Muttermundes und bei der Entwickelung des Kopfes beobachteten Störungen (Wuth der Gebärenden) sind nach Ripping nicht zu den eigentlichen Irreseinsformen zu rechnen. In der That müssen Zustände, wie sie z. B. Arndt beschreibt: „Lautes Schreien, verzweiflungsvolles Brüllen, tobstüchtiges Hin- und Herwerfen, rücksichtsloses Schlagen auf Bauch und Brüste, Strampeln mit den Beinen, Knirschen mit den Zähnen, angstvolles und wüthendes Reissen an den Kleidern und Betten“, mehr als motorische Reaction gegen die überaus heftigen Wochenschmerzen, denn als psychische Störung bezeichnet werden. Dagegen müssen die bei Gebärenden vorkommenden heftigen Wuth-, Angst- und Verwirrtheitszustände mit Delirien, welche Krafft-Ebing noch zur zweiten Klasse rechnet, von diesen Zuständen abgetrennt, trotz ihrer kurzen Dauer als Alienationszustände betrachtet und der dritten Klasse von Krafft-Ebing zugetheilt werden. Eine Puerpera von Kraepelin stürzte in einem solchem Zustande aus dem Fenster durch das darunter befindliches Dach eines Treibhauses.

Uns interessiren hier mehr die unmittelbar beim Austritt des Kindes oder wenige Minuten später auftretenden Störungen, „die ohne Prodrome plötzlich entstehen und mit einem intensiven Anfalle heftigster motorischer Erregung, Umnebelung des Bewusstseins, wilder rücksichtsloser, feindseliger bis zur Tödtung Nahestehender, ja sogar des Neugeborenen selbst gesteigerter Wuth (bei gänzlichem Verkennen der Umgebung) einhergehen. Nach gewöhnlich mehrstündiger Dauer des Paroxysmus führt ein beinahe plötzlich sich einstellender längerer ruhiger und fester Schlaf zur völligen psychischen Restitution“ (Schwarzer). Jedenfalls spielen bei den Paroxysmen plötzlich auftretende massenhafte Hallucinationen eine grosse Rolle, ganz ähnlich wie bei dem epileptischen Aequivalent, auf welches die Beschreibung von Schwarzer übrigens sehr gut passt. Dazu kommt die starke Bewusstseinstrübung und die totale Amnesie nach demselben,

welche von allen Autoren und besonders von Schwarzer hervorgehoben wird. „In vielleicht keinem anderem Falle von transitorischer Tobsucht ist die folgende Amnesie alles dessen, was sich während des Paroxysmus ereignet hat, eine so vollständige, jede auch noch so leise oder dunkle Erinnerung ausschliessende, wie bei der puerperalen transitorischen Tobsucht“. Eine gute Illustration dieser Zustände bietet folgender von Schwarzer berichteter Fall:

Eine 28jährige IIpara war nach 3 stündigen schmerhaften Wehen entbunden worden, aber gleich nach der Geburt in Raserei verfallen, aus dem Bett gesprungen, hatte um sich geschlagen, gekratzt und gebissen, der Hebamme ein Waschbecken an den Kopf geworfen und sich so tobsüchtig verhalten, dass kaum vier Personen sie zu bändigen im Stande waren. Schwarzer fand die Wöchnerin eine halbe Stunde darauf in einem höchst congestionirten Zustande, das Gesicht glühend, mit wild rollenden Augen und jagendem Puls. Sie war in stärkster motorischer Erregung und erging sich unausgesetzt in zornigen Schmähworten und feindseligen Gesten gegen ihre Umgebung. Mechanisch beschränkt, wälzte sie sich unruhig auf dem Bette umher, bespuckte die Umstehenden, schrie laut und führte sinnlose, grösstenteils aus Schimpfworten bestehende Reden, bis sie endlich wegen eingetretener Heiserkeit verstummte. Nachdem der Paroxysmus $4\frac{1}{2}$ Stunden gewährt hatte, trat ein Erschöpfungszustand von ungefähr viertelstündiger Dauer und alsdann tiefer Schlaf ein, welcher von 7 Uhr Morgens bis 5 Uhr Nachmittags anhielt. Als Schwarzer bald darauf die Wöchnerin besuchte, waren ihre ersten Worte: „Ah, Sie sind es Herr Doctor! Wie lange habe ich schon nicht das Vergnügen gehabt. Sie zu sehen?“ Sie hatte keine Ahnung davon, dass der Arzt kurz vorher beinahe 5 Stunden lang in ihrer unmittelbaren Nähe geweilt hatte. Ihre Erinnerung reichte, obwohl dunkel, nur bis zu dem Augenblicke, als die Hebamme beim Austritt des Kindes die Worte: „Es ist ein Mädchen!“ ausgerufen hatte.

Nach Esquirol sahen Mauriceau und andere Geburtshelfer die „transitorische Tobsucht“ erst am 2. Tage p. p. auftreten und am 4. verschwinden; ebenso meint Savage, dass die transitorische Manie am 2. oder 3. Tage p. p. ausbricht. Dass ähnliche Zustände aber noch später während des Wochenbettes vorkommen, beweist folgender Fall von Thorsten:

Eine IIIpara, welche ihre beiden ersten Kinder durch Trismus neonatorum verloren hatte und nunmehr den Säugling mit ängstlicher Sorgfalt hütete, verlor in der zweiten Woche plötzlich die Milch und nahm sich dies sehr zu Herzen. Eines Nachts erwachte der Mann durch ein plötzliches Geräusch und sah seine Frau vor der Wiege des Kindes, diese mit Blut überströmend. Verbunden und zu Bett gebracht, lag sie 3 Tage lang, ohne zu sprechen und ohne eine Empfindung zu äussern. Als sie dann endlich zu sich kam, wusste sie von allem, was geschehen war, nicht das Geringste.

Solche Fälle (im letzten kann natürlich von transitorischer Tobsucht“ keine Rede sein) machen die von neueren Autoren vielfach getheilte Ansicht von Schwäss erklärlich, nach welcher es einen Unterschied zwischen den epileptischen Psychosen (epileptischen Aequivalenten) und diesen scheinbar selbstständig verlaufenden transitorischen Geistesstörungen nicht giebt. Vorsichtiger wird man sich ausdrücken, wenn man sagt, dass das klinische Bild einen solchen Unterschied kaum erkennen lässt. Ob nicht aber dennoch gewisse Noxen (acute Intoxicationen) gelegentlich ähnliche transitorische Zustände erzeugen können, wie dieselben für die epileptische Geistesstörung charakteristisch sind, ist sehr die Frage; ich erinnere nur an die bei Alkoholisten beobachteten „Trancezustände“, welche allerdings wieder auf latente „Alkoholepilepsie“ bezogen werden könnten. Wie dem aber auch sein mag, jedenfalls wird man behaupten können, dass zwischen der mit Eclampsie verbundenen Seelenstörung sowie der transitorischen Geistesstörung im Wochenbett einerseits und der postepileptischen Seelenstörung sowie dem postepileptischen Aequivalent andererseits eine ausserordentlich grosse Analogie besteht.

Den transitorischen Psychosen im Wochenbett wurden von jeher die länger dauernden Geistesstörungen als „Puerperalpsychosen“ im engeren Sinne (Fürstner) gegenübergestellt.

Ich habe aus den Allenberger Acten (vom Jahre 1852 an) alle Fälle von Wochenbettpsychosen herausgesucht und dieselben in drei Tabellen vertheilt:

- I. 100 Fälle, welche wegen einer aus dem Wochenbette stammenden Psychose in Aufnahme kamen;
- II. 17 unreine Fälle, welche wegen einer wahrscheinlich aus dem Wochenbett stammenden oder im Wochenbett deutlich gewordenen (exacerbierten) Geistesstörung aufgenommen wurden;
- III. 28 Kranke, welche, nachdem sie früher an einer Wochenbettpsychose gelitten, in späteren Jahren wegen einer anderen Geistesstörung in die Anstalt kamen.

Mangel an Raum gestatten mir leider nicht, die Tabellen zur Begründung der in den einzelnen Fällen von mir (a posteriori) gestellten Diagnosen hier folgen zu lassen. Ich muss mich in dieser Beziehung auf die eingehenden allgemeinen Erörterungen beschränken.

Lange Zeit hat sich „die Puerperalmanie“ als specifische Krankheitsform der Wochenbettpsychosen in den Anschauungen der

Aerzte behauptet; nicht nur dass die „Puerperalmanie“ als kurzer terminus technicus für diese Geistesstörung gegolten hätte, sondern es verband sich mit diesem Ausdruck die Vorstellung, dass die Geistesstörung im Wochenbett als eine Manie verlaufe. Trotzdem hatte schon Esquirol als Wochenbettspsychose drei resp. vier Formen unterschieden, nämlich die Manie, die Melancholie und Monomanie (Paranoia) sowie die acute Demenz. (Was Esquirol Demenz nennt, entspricht zum grössten Theil der heutigen „acuten hallucinatorischen Verwirrtheit“, zum Theil dem Stupor.) Ihm folgten die meisten späteren Autoren. Macdonald führt Manie, Monomanie und Demenz (wobei er wahrscheinlich die Melancholie zur Monomanie rechnet) auf, bei Gundry tritt schon die periodische Manie (von der auch Esquirol einen Fall berichtet hat, ohne ihn aber von der Manie abzutrennen) als besondere Form auf, Tuke theilt einen Fall von epileptischer Seelenstörung mit, Boyd bespricht alternirende Formen von Demenz (acute hallucinatorische Verwirrtheit?), Leod kennt ausser Manie und Melancholie noch den Stupor, welcher wohl zum Theil mit der Demenz von Esquirol identisch ist, Voisin unterscheidet depressive, raisonnirende, maniakalische Formen und Monomanie. Ripping nennt ausser Melancholie und Manie noch das Delirium acutum und den primären Wahnsinn und trennt sogar die Melancholie und die Manie jede in drei Unterklassen:

I. Melancholie:

- a) einfache Melancholie,
- b) Melancholie mit folgender Manie,
- c) Melancholie mit folgendem Wahnsinn;

II. Manie:

- a) einfache Manie,
- b) Manie mit folgender Melancholie,
- c) Manie mit folgendem Wahnsinn.

Es herrschte demnach bis vor kurzer Zeit, ganz abgesehen davon, dass die verschiedenen Autoren unter demselben Begriff verschiedene Krankheitsbilder subsumirten, in der Classificirung der Wochenbettspsychose (wie der Psychose überhaupt) eine grosse Verwirrung. Fürstner hat sich unbestreitbar ein grosses Verdienst dadurch erworben, dass er 1874 von der Puerperalmanie eine besondere wohl charakterisirte Krankheitsgruppe abtrennte, welche er „hallucinatorisches Irresein der Wöchnerinnen“ nannte, und als deren wesentliches Merkmal er plötzlich und massenhaft auftretende Hallucinationen und eine dadurch hervorgerufene (tobsüchtige) Verwirrtheit bezeichnete.

net. Fürstner beschreibt den gewöhnlichen Verlauf dieser Erkrankungen folgendermassen:

„Sie beginnt nach unbedeutenden vagen Prodromen mit einem acut einsetzenden (rapide in Stunden oder noch schneller den Höhepunkt erreichen), vorübergehenden, remittirenden Stadium hallucinatorischen Irreseins, das eine progressiv sich steigernde Verworrenheit und heftige motorische Erregung producirt; geht dann über in die 2. Periode, die charakterisirt ist durch ein stupides, stummes, auf pathologischen Sensationen beruhendes Verhalten, durch Fortbestehen von Sinnestäuschungen, die einerseits den Kranken in gewissem Grade verworren lassen, ihn zu gewaltsaen Handlungen fortreissen, andererseits nicht so dominirend sind, dass sie die Perception für aussere Vorgänge unmöglich machen. Den Schluss macht die Reconvalescenzperiode, in der entsprechend einem schnelleren oder langsameren Cessiren und Schwinden der Sinnestäuschungen vollständige Lucidität, normal psychisches Verhalten zurückkehrt.“

Bis dahin war jede Tobsucht als Manie bezeichnet worden, unter welcher man doch nur Zustände heiterer Verstimmung und gehobenen Selbstbewusstseins, mit krankhaft beschleunigtem Ablauf der Vorstellungen und Bewegungsdrang zu verstehen hat (Amönomanie). Hier beschrieb Fürstner ein Krankheitsbild, welches mit der Manie sicher nicht das Geringste zu thun hat. Es ist dieses Krankheitsbild nichts weiter als das der heute ziemlich allgemein anerkannten „acuten hallucinatorischen Verwirrtheit“, welche Fürstner gelegentlich seiner Arbeit über die Puerperalpsychosen gleichsam entdeckt hat. Fürstner glaubte aber damals, dass dieses Krankheitsbild den Puerperalpsychosen eigenthümlich wäre. Erst 8 Jahre später wies Meynert, ohne übrigens auf die Fürstner'sche Beschreibung des „hallucinatorischen Irreseins der Wöchnerinnen“ Bezug zu nehmen, das allgemeine Vorkommen der acuten hallucinatorischen Formen des Wahnsinnes nach, welche er später als „acute hallucinatorische Verwirrtheit“ zusammenfasste. Trotz dieser und der sich anschliessenden Arbeiten von Fritsch, Conrad u. A. hat die „acute hallucinatorische Verwirrtheit“ sowohl in der Literatur der Puerperalpsychosen als in der Psychiatrie überhaupt nur spät Anerkennung gefunden. Ripping (1877) hielt die Aufstellung des „hallucinatorischen Irreseins der Wöchnerinnen“ als einer besonderen Form nicht für gerechtfertigt. Schmidt (1881) liess die Fürstner'schen Angaben ganz unbeachtet und beschrieb, wie die Autoren vor Fürstner, als Manie Formen der acuten hallucinatorischen Verwirrtheit; Krafft-Ebing (1883) giebt zwar in der 2. Auflage seines Lehrbuches das primäre Auftreten

von Sinnestäuschungen und ihrer Präponderanz im Krankheitsbilde bei der „Puerperalmanie“ zu, sieht darin aber nur Merkmale, welche dieselben von anderen nicht puerperalen Manien unterscheiden.

Einen Unterschied zwischen einer „Mania hallucinatoria“ und einer „hallucinatorischen Verwirrtheit“ zu machen, ist meiner Ansicht nach nicht möglich. Ich stelle mich vollständig auf den Standpunkt Salgo's, welcher die Hallucinationen als ein Krankheitssymptom von entscheidender differential-diagnostischer Bedeutung betrachtet, das erst eine richtige klinische Abgrenzung symptomatologisch ähnlicher Krankheitsbilder ermöglicht. Salgo kennt daher weder eine Manie mit Hallucinationen, noch eine Melancholie mit Hallucinationen. „In dem Augenblicke, in welchem Sinnestäuschungen als Symptome der Manie und Melancholie zugegeben werden, hört die Möglichkeit der Differentialdiagnose zwischen acuter hallucinatorischer Verwirrtheit und Manie, sowie zwischen gewissen Stadien und Formen der Verücktheit und Melancholie auf“. Meiner Ansicht nach ist es auch nicht richtig, neben der „acuten hallucinatorischen Verwirrtheit“ eine „acute hallucinatorische Paranoia“ aufzustellen, weil eine auch nur einigermassen scharfe Abgrenzung zwischen beiden schlechterdings unmöglich ist. Mendel meint selbst, dass sich die Paranoia hallucinatoria auch während der Erregung kaum von der Mania hallucinatoria unterscheidet (welche der von Mendel nicht anerkannten „acuten hallucinatorischen Verwirrtheit“ ungefähr entspricht). Kräpelin giebt die Möglichkeit zu, dass man es bei dem Collapsdelirium, bei der hallucinatorischen Verwirrtheit und bei gewissen Formen des hallucinatorischen Wahnsinns mit ganz analogen Krankheitsvorgängen zu thun hat. Werner führt in einer kürzlichst erschienenen Monographie über die Paranoia als Differentialdiagnose zwischen acuter hallucinatorischer Paranoia und acuter hallucinatorischer Verwirrtheit an, dass bei der ersteren zwar auch das Cardinalsymptom der Verwirrtheit vorhanden sei, aber die Benommenheit des Sensoriums bei Weitem geringer und der Wirrwarr der Reden nur ein kurz dauernder sei. Aehnlich meint Schönthal (Heidelberg) in einem neulich gehaltenen Vortrage, dass sich die acute Paranoia von der acuten Verwirrtheit durch den detaillirteren Ausbau der Wahnideen und geringere Benommenheit gegenüber der mehr deliriösen Gestaltung der buntwechselnden Wahnideen und der stärkeren Bewusstseinstrübung in der Verwirrtheit unterscheide. Gerade aber der Fall von „acuter hallucinatorischer Paranoia“ im Puerperium, welchen Werner beibringt (Beobachtung 16, S. 170), ist eine classische hallucinatorische Verwirrtheit: Die Krankheit beginnt ganz plötzlich in einer

Nacht unter Auftreten massenhafter Hallucinationen mit Anfällen von Tobsucht und heftiger Angst. Die Kranke ist so unruhig, dass eine genaue körperliche Untersuchung nicht vorzunehmen ist, „Schlaf fehlt ganz, sie wälzt sich fortwährend im Bette umher, steht beständig unter dem Einflusse zahlloser Sinnestäuschungen und schwatzt fast unaufhörlich, zeitweilig laut vor sich hin“. So geht es 8 Tage lang fort, worauf grössere Ruhe und damit eine Reihe von Verfolgungs- und Versündigungsideen auftritt bis allmälig die Hällusionen verschwinden und die Convalescenz beginnt. — In den ersten 8 Tagen kann man sicher nicht von „einer bei Weitem geringeren Benommenheit des Sensoriums“ sprechen, als man sie sonst bei der acuten hallucinatorischen Verwirrtheit sieht. Späterhin aber ist die Kranke, jedenfalls in Folge einer Abnahme der früher massenhaften Hallucinationen, etwas ruhiger geworden; die Verwirrtheit hat nachgelassen; jetzt erst ist die Kranke wieder zu einer etwas geordneteren Gedankenverbindung fähig und im Stande, ihre Sinnestäuschungen je nach dem Grade der noch bestehenden Verwirrtheit zu mehr oder weniger zusammenhängenden Wahnideen zu verknüpfen, während im Höhestadium tobsüchtiger Erregung, wo sich die Vorstellungen überstürzten, es ihr dazu an Ruhe, Zeit und Besonnenheit fehlte.

Mässigere Erscheinungen dieser Art können auch auf dem Höhepunkt der acuten hallucinatorischen Verwirrtheit intercurrent für einige Stunden oder Tage (Remissionen) eintreten, ohne dass man deswegen berechtigt ist, die Umwandlung in eine neue Form anzunehmen. Solche können aber auch längere Zeit vorherrschen, ja den grössten Theil der Krankheit bestehen, während das Höhestadium nur wenige Tage dauert und häufig gar nicht mehr in der Irrenanstalt zur Beobachtung kommt. Dabin gehören höchst wahrscheinlich die Mehrzahl der Fälle, welche als eine besondere Form imponiren und als „acute (hallucinatorische) Paranoia“ bezeichnet werden. Ich glaube, dass die sogenannte „acute Paranoia“ nicht qualitativ, sondern nur quantitativ von der „acuten hallucinatorischen Verwirrtheit“ sich unterscheidet, resp. eine acute hallucinatorische Verwirrtheit ist, bei welcher während einer längeren (meist der letzten) Zeit Hallucinationen und Verwirrtheit geringer sind als gewöhnlich. — Ich rechne zur acuten hallucinatorischen Verwirrtheit aber auch Formen, welche vielfach noch als Melancholie (mit Hallucinationen) bezeichnet werden, mit Melancholie aber nichts zu thun haben, obgleich während des ganzen oder eines grösseren Theiles ihres Verlaufes Zustände tiefer Depression und Angst vorhanden sind. Ich glaube um so mehr dazu berechtigt zu sein,

weil sich unter meinen Fällen eine grosse Anzahl befindet, wo solche Zustände tiefer Depression und melancholischer Klagen von kürzerer oder längerer Dauer mit Zuständen hochgradigster maniakalischer Erregung und Verwirrtheit vielfach wechselten. Ob nämlich bei einer acuten hallucinatorischen Verwirrtheit Exaltations- oder Depressionszustände vorhanden sind, ist wohl zum grössten Theil abhängig von dem Inhalt und Charakter der Hallucinationen. Sind dieselben gleichgültigen oder angenehmen Inhalts, so besteht mehr oder weniger heitere Verwirrtheit, sind dieselben aber andauernd unangenehmer oder schreckhafter Natur, so wird die Stimmung deprimirt und je nach dem stärkeren oder geringeren Grade der Bewusstseinstrübung entweder ängstlich verwirrt oder rathlos oder resignirt oder ängstlich verzweifelt.

Es wäre daher aus practischen Gründen zweckmässig, die Bezeichnung „acut hallucinatorische Verwirrtheit“ aufzugeben und dafür die Bezeichnung „acutes hallucinatorisches Irresein“ oder „acute hallucinatorische Geistesstörung“ einzuführen. Es würde damit gleichzeitig angedeutet sein, dass die Hallucinationen das gemeinsame Band sind, welches die verschiedenen Formen dieser Krankheit, die tobsüchtigen, die depressiven, die stuporösen und die alternirenden mit einander verknüpft.

Die „acute hallucinatorische Verwirrtheit“ ist nun diejenige Geistesstörung, welche am häufigsten im Wochenbett vorkommt (unter meinen 100 Fällen 63 mal), wie dieselbe überhaupt als die acute (frische) Geistesstörung des jungen Weibes (und des jungen Mannes) bezeichnet werden kann. Bei weitem seltener ist in dieser Altersperiode und dem entsprechend auch im Wochenbett die Melancholie und noch viel seltener die Manie. Wenn Ripping behauptet, dass die Melancholie (wie in allen Puerperiumsstadien) im Wochenbett prävalirt, so erklärt sich dies daraus, dass er zur Melancholie Formen rechnet, die derselben nicht zugehören. So führt Ripping unter Melancholie mit folgendem Wahnsinn 3 Fälle an, von denen ich die ersten beiden (S. 52 und 53) nur als Paranoia hallucinatoria mit melancholischem Vorstadium und den 3. (im Wochenbett entstandenen) als „acute hallucinatorische Verwirrtheit“ auffassen kann. Ebenso bezeichnet Schmidt als Melancholie eine Reihe von Fällen (10, 11, 13), welche klassische Fälle von „acuter hallucinatorischer Verwirrtheit“ sind. Was nun die Manie betrifft, so muss ich gestehen, dass ich einen ganz typischen Fall in meiner Aufstellung nicht habe finden können, und dass ich auch in den Fällen, welche bei Mangel aller Angaben über Hallucinationen der Beschreibung der

Manie noch am nächsten kamen, im Zweifel war, ob die Diagnose „Manie“ richtig wäre. Die Manie ist eine ausserordentlich seltene Erkrankung (Meynert giebt sogar an, bei einer jährlichen Aufnahme von 1300—1400 Kranken keinen einzigen klassischen Fall von Manie gesehen zu haben). Wenn man auserdem zuweilen die Erfahrung macht, dass Kranke, welche Monate lang weiter nichts als das Bild gehobener Stimmung und heiterster Verwirrtheit (mit Ideenflucht) boten und deswegen für Maniaci gehalten wurden, während dieser Zeit in fast allen Sinnen hallucinirt haben, so wird man mit der Diagnose „Manie“ vorsichtig. Häufiger als die Manie scheint mir die „periodische Manie“ im Wochenbett zu entstehen. Höchst wahrscheinlich wird zuweilen „Manie“ im Wochenbett diagnosticirt bei Fällen, welche sich später als „periodische Manie“ herausstellen. Nicht allzu selten ist auch „hysterische Geistesstörung“. Vereinzelt kommt noch die hallucinatorische Paranoia, die epileptische Seelenstörung und die Damentia paralytica im Wochenbett zur Entwicklung.

Was die statistischen Angaben der Autoren über die Häufigkeit der einzelnen Erkrankungsformen im Wochenbett betrifft, so sind die meisten derselben wegen der grossen Differenzen in der Classificirung zu einer vergleichenden Zusammenstellung nicht zu verwenden. Diese Differenzen machen auch die erheblichen Unterschiede in den Resultaten erklärlich. Während die meisten Autoren die Manie als die häufigste, die Melancholie als die seltene Form der Wochenbettspsychosen fanden, kamen Ripping' (und nach ihm Holm und Leidesdorf) zu dem entgegengesetzten Ergebniss, dass die Melancholie häufiger wäre als die Manie. So fanden:

Burrows	31 Manie	= 63,3 pCt.,
(nach einer Zusammenstel- lung aus dessen Tabellen)	12 Melancholie . . .	= 24,5 "
	6 alternirende Gei- stesstörung . . .	= 12,2 "
	(= acute hall. Verw.?)	

Sa. 49.

Marcé unter 44	29 Manie	= 65,9 "
	10 Melancholie. . .	= 22,7 "

Sa. 39.

Gundry	22 Manie	= 75,9 "
	1 per. Manie . . .	= 3,4 "
	5 Melancholie . . .	= 17,3 "
	1 prim. Demenz . .	= 3,4 "

Sa. 29.

Boyd	Manie	= 66,6 pCt.,
	Melancholie . .	= 22,7 "
Schmidt	70 Manie . . .	= 48,7 "
	56 Melancholie . .	= 38,9 "
	8 Paranoia . . .	= 5,5 "
	8 Blödsinn . . .	= 5,5 "
	2 Circul. Irresein .	= 1,4 "

Sa. 144.

Leod	185 Manie . . .	= 77,4 "
	50 Melancholie . .	= 20,9 "
	4 Stupor . . .	= 1,7 "

Sa. 239.

Dagegen Ripping unter 82	36 Manie . . .	= 44,0 "
	44 Melancholie . .	= 53,6 "
Leidesdorf	Manie	= 35,7 "
	Melancholie . . .	= 57,0 "

Wenn auch die hier mitgetheilten Zahlen und Prozentverhältnisse einen allgemeinen Ueberblick über die Häufigkeit der tobsüchtigen (Manie) und depressiven (Melancholie) Formen geben, so sind für unsere Zwecke heut zu Tage höchstens die Angaben von Fürstner, Weber und Krafft-Ebing brauchbar, weil dieselben das hallucinatorische Irresein berücksichtigen.

Fürstner zählte unter 21 Fällen:

10 Manie	= 47,6 pCt.,
4 Melancholie	= 19 "
7 halluc. Irresein . . .	= 33,4 "

Weber unter 68 Fällen:

32 Manie	= 47 "
16 Melancholie	= 23,5 "
12 halluc. Irresein . . .	= 17,6 "
1 hyster. Geistesstörung .	= 1,5 "
1 circul. Geistesstörung .	= 1,5 "
2 Dementia paralytica .	= 3 "

Krafft-Ebing unter 38 Fällen:

17 Manie	= 32,9 "
4 Melancholie	= 10,5 "
10 halluc. Irresein . . .	= 29 "
6 Dementia acuta . . .	= 16 "
1 primäre Paranoia . . .	= 2,6 "

Ich selbst fand unter meinen 100 Fällen:

acute hallucinatorische Verwirrtheit	63	=	63	pCt.
Melancholie	11	=	11	"
Manie	2	=	2	"
hysterische Geistesstörung	7	=	7	"
[a] hysterische Melancholie	6	=	6	"
[b] hysterische Verrücktheit	1	=	1	"
periodische Geistesstörung	8	(resp. 7)	8	(resp. 7 pCt.)
(darunter period. Melancholie 2)				
circuläre Geistesstörung	3	(resp. 4)	3	(resp. 4 pCt.)
hallucinatorische Paranoia	5	=	5	pCt.
epileptische Geistesstörung	1	=	1	"
				<hr/>
			100.	

Nehme ich noch die 17 unreinen resp. unsicheren Fälle hinzu, so bekomme ich:

acute hallucinatorische Verwirrtheit	69	=	59	pCt.
Melancholie	12	=	10,3	"
Manie	2	=	1,7	"
hysterische Geistesstörung	8	=	6,8	"
[a] hysterische Melancholie	6	=	5,2	"
[b] hysterische Verrücktheit	2	=	1,7	"
periodische Geistesstörung	12	=	10,3	"
(darunter period. Melancholie 2)				
circuläre Geistesstörung	3	=	2,5	"
hallucinatorische Paranoia	6	=	5	"
epileptische Geistesstörung	3	=	2,5	"
Dementia paralytica	2	=	1,7	"
				<hr/>
		117.		

Die Prozentzahlen werden dadurch nicht wesentlich geändert. Sie stimmen annähernd mit den Prozentzahlen von Krafft-Ebing überein, wenn man bei denselben die Fälle von Manie zu den Fällen von hallucinatorischem Irresein zählt. Dann kommen bei Krafft-Ebing 61,9 pCt. acute hallucinatorische Verwirrtheit auf 10,5 pCt. Melancholie, während ich 63 pCt. acute hallucinatorische Verwirrtheit und 11 pCt. Melancholie zähle. Weber würde unter denselben Voraussetzungen 64,6 pCt. acute hallucinatorische Verwirrtheit neben 23,5 pCt. Melancholie haben. Die Zahlen, welche die älteren Autoren (Burrows, Marcé, Boyd) für Manie fanden (63 pCt. resp. 65,9 pCt. resp. 66,6 pCt.) stimmen mit meinen Prozentzahlen für die acute hallucinatorische Verwirrtheit ziemlich genau überein, so dass wohl hieraus der Schluss zu ziehen ist, dass

es sich bei der „Manie“ dieser Autoren vorwiegend um „acute hallucinatorische Verwirrtheit“ gehandelt hat.

Die hysterische Geistesstörung, von welcher ich 7 Fälle verzeichne, ist bisher nur von Weber (1 Fall) angeführt worden. Von der periodischen Geistesstörung fand ich nur einen Fall bei Esquirol, einen Fall von Eitner beschrieben und einen Fall von Gundry erwähnt. Wenn ich unter meinen 100 Fällen 8 Fälle von periodischer Geistesstörung (resp. 9, da ein Fall von Melancholie, bei welchem fast in jedem der vorangegangen Wochenbetten melancholische Exaltation beobachtet worden war, vielleicht auch hierher zu rechnen ist) zu verzeichnen habe, so verdanke ich dies dem Umstände, dass mir ein Actenmaterial von fast 40 Jahren aus einer Provinz mit stabiler Bevölkerung zu Gebote stand, also von einem Zeitraume, innerhalb dessen dieselben Kranken mehrfach zur Aufnahme gelangen und sich schliesslich als periodische Geisteskranken herausstellen konnten. Das gleiche gilt für die circuläre Geistesstörung, von welcher ich 3 sichere (resp. 5) Fälle gefunden habe, während bisher nur von Esquirol 1 Fall, von Weber 1 Fall, Ripping 1 Fall (Manie mit folgender circulärer Geistesstörung) und von Schmidt 2 Fälle, im Ganzen also 5 Fälle, beschrieben worden sind. Von (hallucinatorischer) Paranoia habe ich ungefähr dieselbe Procentzahl von Fällen (5 pCt.), wie Schmidt (5,5 pCt.).

Die epileptische Seelenstörung scheint sehr selten im Wochenbett zu entstehen. In der Literatur ist nur ein Fall von Tuke verzeichnet, ich habe auch nur einen sicheren Fall gefunden. Von zwei Fällen, die ich in Tabelle II. untergebracht habe, begannen in dem ersten die Krämpfe nach der ersten Geburt (wie lange nach derselben, ist nicht gesagt) angeblich mit derselben in keinem Zusammenhang, während die eigentliche epileptische Seelenstörung 8 Tage nach der IV. Entbindung ausbrach. Im 2. Falle bestanden schon seit der Kindheit Krämpfe und Schwachsinn und seit der Pubertät ein eigenthümliches Verhalten während der Menstruation; die deutliche Seelenstörung begann aber nach der ersten Entbindung mit Krämpfen und heftiger Tobsucht, nachdem die Kranke in der ersten Nacht ihr Kind in den Hof geworfen hatte, wo es von Hunden gefressen worden war. Fürstner hat desgleichen einen Fall beobachtet, wo bei einem epileptischen Mädchen, welches bis dahin nur einige Anfälle gehabt hatte, sich unter dem Einfluss des Puerperiums paroxysmusartig auftretende Zustände von hallucinatorischem Irresein entwickelten, während in einem Falle, den Marc Swiney mittheilt, die epileptische Ipara während der Geburt einen epileptischen Anfall bekam, welchem

ein Stadium maniakalischer Aufregung folgte. Einige ähnliche Fälle finden sich in einer neueren Arbeit von Guder beschrieben; einer derselben betrifft eine Frau, die seit ihrer ersten Schwangerschaft an epileptischen Krämpfen litt und nach jeder ihrer zehn Entbindungen Aufregungszustände von ca. 8 tägiger Dauer bekam. Noch interessanter ist ein von Worthington berichteter Fall. Eine hereditär belastete Kranke, bei der bisher keine epileptischen Krämpfe beobachtet worden waren, wurde drei Wochen p. p. wegen einer „Puerperalmanie“ in die Anstalt aufgenommen. Als sie 6 Wochen in Behandlung gewesen war, bekam sie plötzlich einen heftigen Krampfanfall und erwachte, nachdem sie die Nacht sehr gut geschlafen, ganz ruhig und klar; sie blieb es auch bis zu ihrer Entlassung, die nach vier Wochen erfolgte. — Möglicherweise handelte es sich in diesem Falle um einen präepileptischen Zustand, und dann müsste man von einer im Wochenbett entstandenen epileptischen Seelenstörung sprechen.

Ebenso selten wie die epileptische Seelenstörung scheint die *Dementia paralytica* im Anschluss an das Wochenbett zu entstehen. In der Literatur fand ich nur 2 Fälle von Weber, 3 von Jung, 1 von Porporati und die Bemerkung von Kräpelin, dass er zweimal das Wochenbett Anlass zu einer Paralyse geben sah. Die beiden Fälle, welche ich gefunden habe, sind nicht sicher. In dem einen ist die nach der dürftigen Krankengeschichte gestellte Diagnose nicht unzweifelhaft, in dem zweiten waren mehrere Jahre vor der betreffenden (XIII.) Entbindung schon Ohnmachtsanfälle mit Sprachstörung und einer sich anschliessenden Geistesstörung beobachtet worden, die aber nach einem halben Jahre in völlige Genesung übergegangen sein soll; wahrscheinlich ist schon in jene Zeit der Beginn der Paralyse zu setzen, welche nur eine mehrjährige Remission machte, um gelegentlich der Entbindung wieder in Erscheinung zu treten resp. zu exacerbiren.

Wir sehen also, dass alle möglichen Formen von Geistesstörungen im Wochenbett ausbrechen können, dass jedoch gewisse Formen (circuläre, epileptische, paralytische Seelenstörung) sehr selten und nur gelegentlich beobachtet werden, während die acute hallucinatorische Verwirrtheit alle anderen Formen an Häufigkeit weit übertrifft. Dieser Umstand hat früher, wo man diese allerdings sehr charakteristische Form noch nicht kannte und mit anderen Formen, besonders der Manie und Melancholie, zusammenwarf, zu der Annahme führen können, dass den Wochenbettspsychose eine Reihe von Eigenthümlichkeiten zukäme. Doch steht Tuke ziemlich isolirt mit seiner Behauptung, nach welcher die Symptome der „puerperalen Manie“ so

charakteristisch sein sollen, dass dieselbe mit keiner anderen Form (höchstens noch mit der Manie a potu) zu verwechseln wäre. Schon Esquirol meinte 1819, dass die Geistesstörungen des Wochenbetts sich wenig von den entsprechenden Geistesstörungen aus anderen Ursachen unterscheiden, und Marcé betonte 1853 in seiner umfassenden Monographie, dass es keine Form gäbe, welche im Puerperium nicht vorkäme, und dass die einzelnen Formen nichts Specifisches an sich hätten. Obgleich die meisten Autoren diese Ansicht theilen (Churchill, Garcia, Rejo, Fürstner, Dickson, Ripping, Schmidt, Krafft-Ebing, Parant, Frenald, Worcester), haben Andere (Reid, Weill, Gundry, Boyd, Schüle, Dagonet, Savage, Scholz) immer wieder gewisse charakteristische Symptome hervorgehoben, welche ausserhalb des Puerperiums nicht in derselben Weise oder weniger häufig vorkommen sollten. Als solche Symptome sind bei den maniakalischen Formen besonders Neigung zu obscönen Reden und lasciven Handlungen (Tuke u. A.), zu Blasphemien (Gundry), Perversion der natürlichen Gefühle, namentlich der Mutter- und Gattenliebe (Dagonet), heftige Wuthausbrüche (Boyd), unwiderstehliche, furibunde Zerstörungssucht (Weill, Schüle), bei der Melancholie Neigung zum Suicid (Reid, Weill, Boyd, Tuke u. A.) resp. zu brüsken raptus homi- et suicidi Schüle, Kräpelin), zu triebartigem Masturbiren (Ripping) aufgeführt worden. Von den neuesten Autoren meint Savage noch, dass bei der „Puerperalmanie“ Schlaflosigkeit, Beängstigungen, Abneigung gegen Angehörige, erotische Neigungen, Personenverwechselung, Hallucinationen des Geschmacks und des Geruchs und Nahrungsscheu häufiger vorkommen, als bei anderen Formen von Manie, während Scholz zwar zugiebt, dass die frühere Ansicht von dem specifischen Gepräge der Wochenbettsp痴osen jetzt fallen gelassen sei, aber andererseits als unleugbar hinstellt, dass derselben einige Züge eigenthümlich seien, so das plötzliche Auftreten von Sinnestäuschungen, das rasche Ansteigen zu tobsüchtiger Verwirrtheit, die (auch nach seiner Erfahrung vorhandene) leicht erotomanische Färbung der Delirien und die nach Abfall der acuten Erscheinungen vor Beginn der Convalescenz eintretende tiefe psychische und somatische Erschöpfung. Den erotischen Charakter und die Neigung zu obscönen Reden, welche von fast allen den genannten Autoren betont wird, finde ich in meinen Fällen gar nicht so häufig erwähnt. Uebrigens kann man diese Symptome bei den verschiedensten maniakalischen Erregungszuständen von Frauen aller Lebensalter beobachten, vorwiegend allerdings bei Frauen in der Blüthezeit des geschlechtlichen Lebens. Man hört deshalb in tobsüchtigen Er-

regungszuständen bei jungen Mädchen die obscönsten Reden nicht weniger wie bei verheiratheten Frauen, mögen dieselben nun im Wochenbett oder ausserhalb desselben erkrankt sein. Aehnlich verhält es sich mit dem angeblich häufigen Vorkommen des Selbstmordtriebes (der Raptus melancholici) bei der Melancholia e puerperio. Wenn nicht derartige Beobachtungen zum Theil auf Zufälligkeiten beruhen, so lassen sich dieselben wohl daraus erklären, dass in den jüngeren Lebensjahren die Energie, mithin auch die Energie zur Verneinung des Lebens, zum Selbstmord, gemeinhin stärker sein dürfte, als in den Jahren der sexuellen und senilen Involution, in welchen die Melancholie und zwar als die schwächliche Form der „Altweibermelancholie“ so ausserordentlich häufig zur Beobachtung kommt. Alle übrigen Symptome, welche als Eigenthümlichkeiten der Wochenbettspsychosen (resp. „der Puerperalmanie“) hervorgehoben werden, gehören zum Bilde der „acuten hallucinatorischen Verwirrtheit“. Ich kann daher Worcester nur völlig beistimmen, wenn er meint, dass es keine charakteristische Form der Geistesstörung im Wochenbett und ebenso wenig ein einzelnes Symptom oder eine Symptomengruppe gebe, welche den Beobachter in Stand setzen könnte, bei Mangel einer Anamnese oder von Zeichen des Puerperiums auszusprechen, dass ein Fall puerperaler Natur sei.

Von einer grossen Anzahl von Autoren ist behauptet worden, dass zu gewissen Zeiten des Wochenbetts gewisse Formen besonders häufig auftreten. So meint Tuke, dass die Manie fast ausschliesslich vor dem Ende des ersten Monats p. p. beginne, und dass die Geistesstörungen nach dem 16. Tage gewöhnlich den Typus der Melancholie, vor dem 16. Tage aber den der Manie tragen. Aehnlich spricht sich von Franque dahin aus, dass je kürzere Zeit nach der Entbindung die Geisteskrankheit ausbricht, um so häufiger maniakalische Zustände entstehen, und je mehr Zeit nach der Entbindung vergeht, um so mehr die Krankheit sich als Melancholie aussere. Von neueren Autoren behaupten u. A. noch Weber, Blandford, Voisin, Savage, dass die Melancholie gewöhnlich später als die Manie beginne, und zwar nach Voisin die Manie in den ersten fünf Tagen p. p., die Melancholie nach dem 14. Tage. Mit allen diesen Autoren setzt sich Ripping in Gegensatz, wenn er angiebt, dass die ersten Tage nach der Entbindung weit mehr für die Entstehung der Melancholie als der Manie prädisponiren (in den ersten 3 Tagen p. p. zählt Ripping 77 pCt. Melancholie und 23 pCt. Manie). Die Manie beginnt nach ihm häufiger in der zweiten Hälfte der ersten Woche und in der zweiten Woche, während in der 5. und 6. Woche die

Melancholie wieder in den Vordergrund treten soll. Die zum Theil frappirenden Angaben Ripping's erklären sich einfach wieder dadurch, dass Ripping unter die Melancholie eine Reihe von Formen gerechnet hat, welche anderen Klassen von Geistesstörungen angehören. Ich selbst kann bei meinen 100 Fällen einen wesentlichen Einfluss der Zeit (des Ausbruchs) auf die Form der Geistesstörung nicht finden.

Fast alle Formen beginnen vorwiegend in der ersten Woche, in den späteren Wochen nimmt die Zahl der Erkrankungen ziemlich gleichmässig ab. Selbst wenn ich bei der acuten hallucinatorischen Verwirrtheit die depressiven und maniakalischen Formen trenne und die depressiven zu der Melancholie zähle, so vertheilen sich doch sowohl die ersteren als die letzteren ungefähr in derselben Weise auf die verschiedenen Wochen des Wochenbetts.

Es erkrankten nämlich an:

Krankheitsform.	am 1. Tage p. p.						in der 1. Woche						in der 2. Woche (8.—11. T.)						in der 3. Woche (14.—18. T.)						nach 3 Wochen						Summa	
	1. Tag	2. Tag	3. Tag	4. Tag	5. Tag	6. Tag																										
Acute hallucinatorische Verwirrtheit	5	—	5	11	4	3	=28	16	6	3	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	63					
Melancholie	1	—	1	1	—	—	=3	3	3	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	11				
Manie	1	—	—	—	—	—	=1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2				
Hysterische Geistesstörung	1	1	1	—	—	—	=3	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7				
(a. hyster. Melancholie	—	1)	1)	—	—	—	=2)	—	1)	—	2)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6)				
(b. hyster. Verirrtheit	1)	—	—	—	—	—	=1)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1)				
Periodische Geistesstörung	3	—	—	—	—	1	=4	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8				
(a. period. Manie	2)	—	—	—	—	—	=2)	—	—	1)	—	—	1)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6)				
(b. period. Melancholie	1)	—	—	—	—	1)	=2)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2)				
Circuläre Geistesstörung	0	—	—	—	—	—	=0	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3				
Paranoia halluc.	1	—	—	—	—	—	=1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1				
Epilept. Geistesstörung	1	—	—	—	—	—	=1	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5				
Summa...	13	0	7	14	4	3	=41	21	11	6	7	2	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	100					

Sowohl bei der acuten hallucinatorischen Verwirrtheit als bei der Melancholie, der hysterischen und der periodischen Geistesstörung übertrifft die Zahl der in den beiden ersten Wochen entstehenden

Psychosen die Zahl aller später entstehenden zusammengenommen. An diesem Verhältniss ändert sich auch nichts wesentliches, wenn ich noch die 17 unreinen Fälle hinzuthue. Die Zahl aller in den ersten 14 Tagen auftretenden Geistesstörungen beträgt 62 von 94, also 66 pCt. Es stimmen diese Prozentverhältnisse mit den Angaben der meisten Autoren ungefähr überein.

Esquirol fand 81 in den ersten 14 Tagen, 17 später bis zum 60. Tage.
(60 in den ersten 4 Tagen).

Burrows fand 33 = 74 pCt. in den ersten 14 Tagen, 11 v. d. 2.—4. Woche.
Webster fand 60 pCt. in den ersten 14 Tagen.

Holm: fand 29 = 72,5 pCt. in den ersten 14 Tagen, 11 später b. z. 6. Woche.
Fürstner fand die meisten in den ersten 14 Tagen, der Rest in der 5. u. 6. Woche.
Ripping fand 69,5 pCt. in den ersten 14 Tagen, 30,5 pCt. später.

Leod fand 198 = 75 pCt. in den ersten 14 Tagen, 41 = 25 pCt. später.
Weber fand 36 in den ersten 12 Tagen, 32 später.

Marcé fand 33 = 75 pCt. in den ersten 10 Tagen, 11 = 25 pCt. später.
Macdonald fand 29 = 66 pCt. in der 1. Woche, 15 in den 3 folg. Wochen.
Madden fand die meisten in der 1. Woche (mit wenigen Ausnahmen).

Erwähnen will ich noch, dass bei meinen Fällen die Mehrzahl der Erkrankungen an acuter hallucinatorischer Verwirrtheit auf den 4. Tag fällt, so dass der 4. Tag die meisten Erkrankungen überhaupt aufweist. Ebenso fand Marcé die meisten Erkrankungen am 4. und 5. Tage p. p. Nach Churchill treten die Wochenbettpsychosen entweder unmittelbar nach der Geburt oder am 4. und 5. Tage auf, nach Weber die meisten am 5. und 6. Tage, nach Fürstner aber am 7. und 8. Tage (resp. vom 5. bis zum 10. Tage). Die Angaben Schmidt's, dass die Wochenbettpsychosen entweder im directen Anschluss an die Geburt oder meist in der 2. und 3. Woche beginnen, und diejenigen von Schüle, dass ausser der ersten die 4. Woche begünstigt sei, haben sicher keine allgemeine Geltung.

Ueber den Einfluss des Standes auf die Form der Geistesstörung finde ich in der Literatur nichts bemerkt. Nach meinen Fällen ist ein solcher Einfluss zu constatiren. Alle Frauen, welche an hysterischer Geistesstörung erkrankten (sowohl aus Tabelle I. als aus Tabelle II., im ganzen 8) gehörten den gebildeten Ständen an, was auch ziemlich erklärlich ist, da die Hysterie vorzugsweise eine Erkrankung der gebildeten Stände ist. Auch an circulären Geistesstörungen erkrankten nur Frauen der besseren Stände; an periodischer Geistesstörung sind 3 Frauen aus den besseren Ständen gegenüber 5 (resp. 9, wenn Tabelle II. mit berücksichtigt wird) Frauen aus dem Volke verzeichnet, allerdings immer noch ein für die besseren Stände

ungünstiges Verhältniss. Noch ungünstiger ist dasselbe bei der Melancholie, an welcher aus den besseren Ständen 6 gegenüber 5 Frauen aus dem Volke erkrankten. Die acute hallucinatorische Verwirrtheit allein scheint die besser und die weniger gut gestellten Stände ungefähr in dem entsprechenden Verhältniss zu treffen (10 gegenüber 53). An Paranoia hallucinatoria erkrankten nur Frauen aus dem Volke. Unter allen Erkrankten meiner Tabelle I. gehörten 29 (= 29 pCt.) den gebildeten Ständen und 71 (= 71 pCt.) den weniger gebildeten Ständen an. Wenn ich damit zusammenhalte, dass für die Anstalt Allenberg das Verhältniss der seit 1852 bis jetzt daselbst verpflegten weiblichen Kranken aus den besseren Ständen zu denen aus dem Volke ungefähr 1 : 4 (= 20 pCt.) beträgt, so stellt sich heraus, dass die besseren Stände im ganzen ca. 9 pCt. über den Durchschnitt zu den Aufnahmen an Wochenbettpsychosen beitrugen.

Einen wesentlichen Einfluss der hereditären Belastung und der individuellen Prädisposition auf die Form der Geistesstörung kann ich ebenso wenig constatiren wie Ripping. Es waren bei der

	belastet	prädisp.	beides
acuten hall. Verwirrtheit (63) . . .	22 (25?)	23 (32?)	10 (11?)
Melancholie (11)	4 (5?)	4	4
hyst. Geistesstörung (7)	3	6	3
period. Geistesstörung (8)	1	4	—
circul. Geistesstörung (3)	1	2 (3?)	1
Paranoia (5)	1	1 (4?)	—

Nur bei der hysterischen Geistesstörung ist die verhältnissmässige Häufigkeit der hereditären Belastung (3 : 7) zu erwähnen; dass bei 6 von den 7 Erkrankten individuelle Prädisposition vorhanden war, liegt in der Natur der Sache. Auffallen muss die Seltenheit hereditärer Belastung bei der periodischen Geistesstörung (allerdings ist bei 2 Fällen über die Heredität nichts bekannt), individuelle Prädisposition ist aber in der Hälfte der Fälle vorhanden. Aehnlich steht es mit der Paranoia, bei welcher nur einmal Heredität angegeben ist. An früheren Erkrankungen litten übrigens bei der acuten hallucinatorischen Verwirrtheit 8 Kranke und zwar 4 an Wochenbettpsychosen, die übrigen waren als junge Mädchen (von 12—20 Jahren) erkrankt; eine Kranke war früher bereits 2 mal geistesgestört (darunter 1 mal im Wochenbett). Von den an Manie Erkrankten waren beide bereits früher, die eine kürzere Zeit 2 mal (mit 10 und 15 Jahren), die andere längere Zeit einmal geisteskrank. Von den Melancholicae litt früher nur eine (in jedem Wochenbette) an Geistesstörung, von den

Hystericae (hysterischer Melancholie) war gleichfalls nur eine in früheren Jahren (als Mädchen) geisteskrank.

Einen grösseren Einfluss wie die Heredität hat sicher das Lebensalter auf das Prävaliren gewisser Formen. Ripping bemerkt, dass das jüngere Alter vorzugsweise zur Entstehung der Manie disponirt. Ich kann dies bestätigen, wenn ich „Manie“ mit „acuter hallucinatorischer Verwirrtheit“ übersetze. Bei Ripping erkrankten

Von meinen 100 Fällen erkrankten

an:	im Alter von:					Summa
	19—25	25—30	30—35	35—40	über 40	
acuter halluc. Verwirrtheit	24	17	10	8	4 (b. 41 J.)	63
Manie	1	—	1	—	—	2
Melancholie	4	1	3	1	2 (bis 43 J.)	11
hysterischer Geistesstörung	—	3 (27 bis 30 J.)	1	3 (1 parae)	—	7
periodischer Geistesstörung	1	3	2	2	—	8
circulärer Geistesstörung	2	—	1	—	—	3
Paranoia	1	—	2	2	—	5
epileptischer Geistesstörung....	—	—	1	—	—	1
Summa...	33	24	21	16	6	100

Es litten demnach von den Kranken im Alter

an:	bis 25 J. (33)	25-30 J. (24)	30-35 J. (21)	35-40 J. (16)	über 40 J. (6)	unter 30 J. (57)	über 30 J. (43) Kronh.-a.
acuter hallucinator. Verwirrtheit	72,7	70,8	47,6	50	66,6	79	52,4
Manie.....	3,2	—	4,8	—	—	1,7	—
Melancholie	12,1	4,2	14,2	6,2	33,3	8,6	14,3
hyster. Geistesstörung .	—	12,5	4,8	18,8	—	5,4	9,5
periodischer Geistesstörung	3,2	12,5	9,5	72,5	—	7,2	9,5
circulärer Geistesstörung	6,6	—	4,8	—	—	3,5	2,4
Paranoia	3,2	—	9,5	12,5	—	1,8	9,5
epileptischer Geistesstörung	—	—	4,8	—	—	—	2,4

Aus diesen Tabellen sehen wir, wie die Wochenbettspsychose mit steigendem Alter seltener werde und wie zwar auf allen Altersstufen die acute hallucinatorische Verwirrtheit die anderen Formen überwiegt, aber mit höherem Alter schnell abnimmt, dass ferner noch die circuläre Geistesstörung im jüngeren Alter häufiger ist, als in späteren Jahren, dass dagegen alle übrigen Geistesstörungen erst in späteren Jahren häufiger werden. Besonders gilt dies für die hysterische Geistesstörung, deren frühestes Auftreten in das 27. Jahr fällt, und für Melancholie. Einen noch deutlicheren Einblick gewinnen wir in diese Verhältnisse, wenn wir bei jeder Form betrachten, wie viel Prozent von der Gesammtzahl der an dieser Form Erkrankten die einzelnen Altersabschnitte liefern.

So erkrankten an

	acuter hall. Verwirrtheit (63)	Manie (2)	Melancholie (11)	Hyster. Geistesstörung (17)	Period. Geistesstörung (8)	Circul. Geistesstörung (3)	Paranoia (5)	Epilept. Geistesstörung (1)
im Alter bis 25 J.	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.
von 25—30 J.	38	100	36,4	—	12,5	66,6	20	
von 30—35 J.	27	—	9,1	42,8	37,5	—	—	
von 35—40 J.	16	—	27,2	14,4	25	33,4	40	100
über 40 J.	12,7	—	9,1	42,8	25	—	40	
	6,3	—	18,2	—	—	—	—	
unter 30 J.	65	100	45,5	42,8	50	66,6	20	
über 30 J.	35	—	54,5	57,2	50	33,4	80	100

Nehmen wir noch die Fälle aus Tabelle II., nach welcher erkrankten:
unter 30 Jahren über 30 Jahre

an acuter hall. Verwirrtheit	3	3
an Melancholie.	1	—
an hyster. Geistesstörung	—	1
an period. Geistesstörung	1	3
an Paranoia	—	1
an epilept. Geistesstörung	2	—
an Dementia paralytica	—	2,

so sehen wir, dass sich nur für die periodische und epileptische Geistesstörung die Verhältnisse etwas ändern, indem bei der periodischen Geistesstörung die Erkrankungen, welche nach dem 30. Lebensjahr

entstehen, die Mehrzahl bilden würden, während bei der epileptischen Seelenstörung das Umgekehrte der Fall wäre.

Auch die Betrachtung der Fälle aus Tabelle III. bestätigt das obige Ergebniss, dass die acute hallucinatorische Verwirrtheit in den jüngeren Jahren, die Melancholie in den älteren Jahren häufiger ist. Es erkrankten nämlich an:

	bis 25 J.	v. 25—30 J.	v. 30—35 J.	v. 35—40 J.	über 40 J.	unter 30 J.	über 30 J.
acuter hall. Verwirrtheit	7	4	3	2	2	11	7
Melancholie	1	1	1	1	2	2	4

Die Anzahl der Geburten lässt, wie leicht erklärlich, einen ähnlichen Einfluss erkennen wie das Lebensalter, denn im Allgemeinen hat man es bei Primiparis mit jüngeren und bei Multiparis mit älteren Frauen zu thun. Da es aber ebenso jüngere Multiparae wie ältere Primiparae giebt, so ist es nicht ganz ohne Interesse, die Beziehungen der Zahl der Entbindungen zur Form des Geistesstörung gesondert zu betrachten.

Es erkrankten an:

	Iparae	IIp.	IIIp.	IVp.	Vp.	VI u. mehr p.
acuter hall. Verwirrtheit	32(33)	6	9	2(6)	5(3)	8(7)
Manie	1	—	—	1	—	—
Melancholie	3	1	1	1	—	4 (darunt. 1 XIp.)
hyster. Geistesstörung .	—	3	1	—	—	2 (1 Paran.)
period. Geistesstörung .	3	2	1	—	1	1
circul. Geistesstörung .	2	—	—	—	1	—
Paranoia	1	1	—	1	1	1
epilept. Geistesstörung .	—	—	—	1	—	—
	42	13 (12)	12	6 (10)	8 (10)	16 (15).

Anmerkung. Die in Klammern gesetzten Zahlen gelten, wenn die früheren Wochenbettserkrankungen (in den betreffenden Fällen) berücksichtigt werden.

Wir sehen hieraus, dass das erste Wochenbett die meisten Erkrankungen an hallucinatorischer Verwirrtheit liefert (32), mehr als die übrigen Wochenbetten zusammengenommen (31). An Melancholie dagegen erkrankten vorzugsweise Multiparae (7 gegenüber 3 Iparae) desgleichen an hysterischer Geistesstörung. Auch die Paranoia scheint sich mehr in den späteren Wochenbetten zu entwickeln.

Was schliesslich noch den Zusammenhang der Wochenbetts-

störungen (Puerperalfieber) mit den einzelnen Formen der Wochenbettpsychosen betrifft, so finden sich die ersteren bei der acuten hallucinatorischen Verwirrtheit in 21 Fällen, also im 3. Theil aller Fälle, bei der hysterischen Geistesstörung sogar in 5 (resp. 6) von 7 Fällen, bei der Paranoia in 2 (resp. 3) von 5 Fällen, bei der periodischen Geistesstörung nur 1 mal bei 8 Fällen, bei der circulären Geistesstörung kein Mal (im ganzen also in 29 = 29 pCt. der Fälle) erwähnt. Allerdings kamen die meisten, welche an den beiden letzten Formen erkrankten, nicht beim ersten Anfall, sondern erst viele Jahre später in die Anstalt, so dass gewöhnlich über den Beginn keine sicheren Nachrichten vorlagen. Sistiren der Lochien zugleich mit Ausbruch des Fiebers fand sich in 3 Fällen der acuten hallucinatorischen Verwirrtheit angegeben. Starke Hämorrhagien während der Entbindung und im Wochenbett waren bei der acuten hallucinatorischen Verwirrtheit 1 mal zugleich mit Retroflexio uteri, ausserdem noch 2 mal mit Puerperalfieber zusammen vorhanden, bei der Melancholie 1 mal, bei der hysterischen Geistesstörung 1 mal mit Puerperalfieber. Die Geistesstörung begann gewöhnlich zugleich mit dem Puerperalfieber, nur einige Male nach der Entfieberung. Hansen sah in 24 Fällen den Ausbruch der Geistesstörung zugleich mit dem Beginn des Puerperalfiebers, in 4 Fällen mit Sinken des Fiebers und in 5 Fällen einige Tage vor Beginn des Fiebers. Bezuglich der einzelnen fieberrhaften Störungen fehlen in sehr vielen Fällen nähere Angaben über die Natur derselben. Bei den hallucinatorisch Verwirrten bestand in 2 Fällen abscedirende Mastitis, in einem Falle linksseitige Mastitis mit Venenthrombose im linken Beine, in einem Falle Metoperitonitis, in 2 Fällen Parametritis, in einem Metritis, Vaginitis und Vulvitis, in einem Abscesse der Labia majora mit einem eigenthümlichen Ausschlag im Gesicht (der in derselben Weise auch nach der nächsten zum Wiederausbruch der Psychose führenden Entbindung auftrat), 1 mal linksseitige Coxitis, 2 mal Pleuritis und 3 mal Unterleibsbeschwerden resp. Schmerzen im Unterleibe (Endometritis?). Ausserdem werden bei der Melancholie einmal Schmerzen im Unterleibe, bei der hysterischen Geistesstörung einmal Uterinschmerzen und bei der periodischen Geistesstörung in einem Falle Mastitis erwähnt, die in jedem der ersten beiden Wochenbetten zugleich mit der Psychose auftrat. — Von früheren Autoren sind mit Beginn und im Verlauf der Wochenbettpsychosen ausser den gewöhnlichen Puerperalerkrankungen (Metritis, Endometritis, Parametritis) noch beobachtet worden: Endocarditis ulcerosa mit Exitus letalis (Westphal), Gelenkrheumatismus, metastatische Knie- und Handgelenkentzündung

(Leidesdorf), schwere Dysenterien (Fürstner), Metritis und Phlebitis (Fraser). Schmidt fand 3 mal Pneumonie, einmal Pleuropneumonie und einmal Pleuritis. Nach den Erfahrungen von Olshausen sind es, wie schon oben erwähnt, vorzugsweise Fälle von puerperaler Pyämie und Endocarditis ulcerosa, welche in Verbindung mit acuten Psychosen auftreten, seltener dagegen die Fälle von reiner Septicämie; bei den pyämischen Formen soll es sich oft um meningo- und encephalitische Prozesse, besonders aber um capilläre Embolien handeln.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass solche fieberrhafte Erkrankungen, ganz abgesehen von ihrem Einfluss auf die Entstehung der Geistesstörung, Verlauf und Ausgang der Wochenbettpsychosen modifizieren und beeinflussen können, und zwar um so mehr, je schwerer die betreffenden Erkrankungen sind; doch wird sich in den einzelnen Fällen, namentlich was die Allgemeinerscheinungen (Schlaflosigkeit, Verdauungsstörungen, Kopfschmerzen, Pulsbeschleunigung) anbetrifft, kaum eine Trennung machen lassen, wie weit man es mit Symptomen des Puerperalfiebers und wie weit mit den Erscheinungen und Folgen der Geistesstörung zu thun hat. Ja es ist in einzelnen Fällen sogar nicht unwahrscheinlich, dass die im Wochenbett auftretende Geistesstörung mit dem Wochenbett sehr wenig zu thun hat und nur die (zufällig mit dem Wochenbett zusammenfallende) Folge einer anderen Störung ist. Hierher gehört vielleicht der Fall, wo Gelenkrheumatismus im Wochenbett und im Anschluss daran eine Psychose auftrat; ebenso mag es sich bei einem Falle meiner Tabelle I. (acute hallucinatische Verwirrtheit), wo die Wöchnerin kurz vor der Entbindung an Influenza gelitten hatte, um eine Influenzapsychose handeln, die nur zeitlich mit dem Wochenbett zusammenfiel. Aehnlich könnte man in zwei anderen Fällen meiner Tabelle I. von einer acuten Alkoholpsychose sprechen, da die Quantitäten Schnaps, welche die Wöchnerinnen (die eine von diesen war übrigens Potatrix) zu sich nahmen, ziemlich beträchtlich waren und Hallucinationen auftraten, wie sie den Alkoholdelirien eigenthümlich sind. Uebrigens hat Legrand du Saulle 1883 in der Société med. psychologique auf geistige Störungen im Wochenbett aufmerksam gemacht, welche er in den letzten Jahren häufiger nach Alkoholmissbrauch gesehen hat („es wird den französischen Wöchnerinnen von den Hebammen viel Grog aus Rum oder reinem Alkohol gegeben“); es handelte sich sowohl um leichtere als auch um schwerere Fälle. So hat auch Campbell Clarke zwei Fälle beobachtet, wo Alkoholmissbrauch von wesentlichem Einflusse war; allerdings macht er gleichzeitig die Bemerkung,

dass Dipsomanie überhaupt ein häufiges Symptom der puerperalen Geistesstörung sei, eine Ansicht, welche auch Schmidt zu theilen scheint, wenn er plötzliche Trunksucht als Prodromalsymptom der „Puerperalmanie“ anführt. Was übrigens meine beiden Fälle anbetrifft, so dauerte die geistige Störung in dem einen Falle über ein Jahr, in dem anderen wurde dieselbe unheilbar. Von besonderem Interesse sind bei dem ersten Falle, welcher eine sehr belastete Frau betraf (der Vater war Potator strenuus und öfter geisteskrank gewesen [Del. trem.]) und 2 Schwestern hatten ebenfalls an Wochenbettspsychose gelitten — sie selbst, wie alle Familienmitglieder, war ausserordentlich heftigen Temperaments), Krampfanfälle, welche allerdings erst 3 Monate nach Beginn der Psychose auftraten und 2 Monate darauf sich noch einmal wiederholten. Dabei ist zu erinnern, dass Westphal bei einem Drittel der Fälle von Delirium tremens epileptische Anfälle gesehen hat, wo früher keine bestanden hatten, dass Dagonet selbst nach einmaligen schweren Alkoholexcessen bei Nichtalkoholikern Geistesstörung mit Krampfanfällen beobachtet hat, dass Drouet diese Beobachtungen bestätigt hat, und dass Weiss diese Angaben mit einer Einschränkung zugiebt, wonach Convulsionen unter dem Einflusse einmaliger schwerer Alkoholexcesse nur dann zu Stande kommen, wenn eine Prädisposition zu schwerer Gehirnerkrankung (unter Anderem Heredität) vorliege. Eine solche Prädisposition war aber in unserem Falle in ausgesprochener Weise vorhanden, so dass die Auffassung derselben als einer zufällig im Wochenbett entstandenen, durch dasselbe vielleicht in ihrem Entstehen begünstigten, alkoholistischen Geistesstörung an Berechtigung gewinnt. Convulsionen wurden übrigens ausserdem in einem schon früher bei der Besprechung der eclamptischen Geistesstörung erwähnten Falle von acuter hallucinatorischer Verwirrtheit zugleich mit Ausbruch der Geistesstörung beobachtet und sollen in einem anderen Falle von acuter hallucinatorischer Verwirrtheit intercurrent vorhanden gewesen sein, ohne dass über die Natur dieser Krämpfe etwas Näheres berichtet wird. Ripping erwähnt, dass nach Abortus nicht selten eigenthümliche Krämpfe sowohl convulsivischer als tetanischer Natur auftreten, und zwar nicht bloss im Beginn der Psychose oder dieselbe einleitend, sondern selbst noch ein paar Monate nach Ausbruch derselben. Da Ripping noch hinzufügt, dass diese Krämpfe nicht von Bewusstseinsstörung begleitet waren, so handelte es sich höchst wahrscheinlich um hysterische Krämpfe (auch der von ihm mitgetheilte Fall spricht dafür), während Ripping die Krämpfe auf die durch starke Hämorrhagie bei Abort herbeigeführte Anämie bezieht. Unter den 3 Geistesstörungen nach Abort aus meiner Tabelle I.

befinden sich übrigens 2 Fälle von hysterischer Geistesstörung und ein Fall von acuter hallucinatorischer Verwirrtheit (letzterer bei einer schwer belasteten und anämischen Person). Nach Frühgeburten traten 3 mal acute hallucinatorische Verwirrtheit und 2 mal Melancholie auf. Was die Behauptung Ripping's betrifft, dass die nach Aborten entstehenden Geistesstörungen sich durch einen grossen Reichtum von Hallucinationen, und zwar vorwiegend an Gesichtshallucinationen auszeichnen, die selbst bis in die Reconvalescenz hinein noch in der lebhaftesten Weise auftreten, so finde ich wenigstens bei meinen 3 Fällen keinen Beleg für diese Angabe.

Ueber die specielle Symptomatologie der einzelnen Formen der Wochenbettpsychosen könnte ich eigentlich kurz hinweggehen, da sich dieselben, wie schon gesagt, nicht wesentlich von den entsprechenden Formen, die ausserhalb des Wochenbettes beobachtet werden, unterscheiden. Doch will ich wenigstens den Verlauf der acuten hallucinatorischen Verwirrtheit genauer beschreiben, einmal weil diese Form weitaus am häufigsten im Wochenbett zur Beobachtung kommt, und zweitens weil ich den Begriff dieser Geistesstörung, besonders auf Grund der von mir zusammengestellten Fälle, etwas weiter fassen zu müssen glaube, als dies allgemein geschieht.

Häufig gehen dem Ausbruch der Krankheit Vorboten voraus, die sich manchmal über Wochen erstrecken, ja sogar bis in die Zeit der Schwangerschaft zurückreichen können. Hier treten sie besonders bei belasteten und individuell prädisponirten Personen kürzere oder längere Zeit vor der Entbindung als trübe Ahnungen, als Angst im Wochenbette wahnsinnig zu werden (bei einer bereits früher geistig Erkrankten), als Furcht vor Operationen bei der Entbindung oder als trübe Gemüthsstimmung im Allgemeinen, als Verstimmung bei geringfügigen Vorkommnissen, als Reizbarkeit, als ungehöriges, störrisches Benehmen oder endlich als mannigfaltige Beschwerden allgemeiner Natur (Beängstigungen, Schwindel, Kopfschmerz, Hemicranie) auf. Gewöhnlich aber beginnen die Prodromalsymptome erst einige Tage nach der Entbindung. „Die Wöchnerinnen sind unruhig, werfen sich von einer Seite zur anderen, sind entweder schlaflos oder haben einen unruhigen Schlaf, schrecken aus demselben oft auf, haben fürchterliche Träume, klagen über Mattigkeit, Schwindel, Kopfweh, Ziehen in allen Gliedern, sind sehr reizbar, zum Zorn geneigt oder ängstlich, schüchtern, ungewöhnlich furchtsam; ihr ganzes Benehmen ist verändert, sie sind sehr geschwätzig, sprechen unaufhörlich über einen und

denselben Gegenstand oder stossen ganz gegen ihre Gewohnheit unanständige Redensarten, Flüche, Beschwörungen aus“ (Siebold). Sinogowitz erwähnt die aufgeregte Phantasie, den unruhigen, glänzenden Blick, die geschärzte Aufmerksamkeit für die Vorgänge in der Umgebung und die ängstliche, auffallende Besorgniß der Mutter wegen des Neugeborenen, während Fürstner die Aversion der Mutter gegen das Kind, die Tadelsucht [„sie wird durch alles gereizt, was um sie vorgeht“ Savage], sowie die Lebhaftigkeit und Geschäftigkeit in der einen Reihe von Fällen, die Depression und Neigung zum Weinen in anderen Fällen hervorhebt. Schmidt nennt als prodromale Symptome Ohrensausen, Flimmern vor den Augen, heftige Kopfschmerzen, Präcordialangst, Schlaf- und Appetitlosigkeit, auch wohl plötzliche Trunksucht.

Bei meinen Fällen findet sich unter den ersten Symptomen vorzugsweise Schlaflosigkeit. Bei einer Kranken bestand dieselbe seit der Entbindung 6 Tage lang, dann begann sie zu singen, sprach viel von Engeln, glaubte sich im Himmel, worauf klassische Tobsucht ausbrach. Eine andere Kranke klagte bald nach der Entbindung über Schlaflosigkeit, Kopfschmerz, Angst und Unruhe; dieser Zustand dauerte circa 6 Wochen, bis plötzlich ein heftiger Erregungsanfall begann. Einige Male ging dem Ausbruch der Krankheit eine Nacht voll unruhiger Träume voraus. So träumte eine Wöchnerin in der 3. Nacht p. p., sie wäre lebendig begraben worden, erzählte den Traum am nächsten Morgen nicht ganz correct und verfiel zwei Tage darauf in Tobsucht; eine andere träumte, dass ihr die Eltern und Schwestern erschienen wären; sie meinte deshalb sterben zu müssen und wurde nun sehr deprimirt. — In anderen Fällen bestanden längere Zeit melancholische Zustände oder Angst und Unfähigkeit zur Arbeit (melancholisches Vorstadium). Eine Wöchnerin wurde ca. 8 Tage p. p. durch ein heftiges Gewitter alterirt, schlaflos und bekam Fieber; nach einigen Tagen wurde sie traurig, verlangte eilig Mann und Kinder an ihr Bett und nahm von ihnen Abschied; kurze Zeit darauf plötzlich eintretende Tobsucht. Eine andere Kranke gerieth beim Anlegen des Kindes, später auch beim Anblick desselben in Angst und Erregung, die sich bis zur Verwirrtheit steigerte; schliesslich heftiger Angstanfall und damit Beginn von schweren Erscheinungen. — In zwei Fällen waren stärkere Kopfschmerzen längere Zeit das einzige Symptom; in dem einen waren dieselben so heftig, dass die Wöchnerin Tag und Nacht schrie; in dem zweiten Falle stellten sich mit der Entfieberung eigenthümliche Kopfschmerzen ein, wie solche bereits eine frühere Psychose eingeleitet hatten, und damit zugleich

die Befürchtung, geisteskrank zu werden; zwei Tage darauf mässige Exaltation und nach 6 Tagen furibunde Tobsucht. — Sehr häufig zeigen sich die Vorboten in wunderlichen und verkehrten Reden und Handlungen. Ein Mädchen, welches unehelich geboren und sich mit ihrem Schwängerer in aller Güte auseinandergesetzt hatte, traf etwa 14 Tage p. p. ihr Vater damit beschäftigt, die Stühle und Tische aus der Stube zu entfernen; nach der Ursache gefragt, erwiderte sie, ihr Liebhaber würde bald erscheinen, und da müsste sie doch das Zimmer aufräumen. Auf die wiederholten Vorstellungen des Vaters, dass dies sehr unwahrscheinlich wäre, da ihr Liebhaber doch schon abgereist wäre und die Verhältnisse geordnet hätte, gab sie nur zur Antwort, sie wüsste gewiss, er würde bald kommen. Während sie bisher heiter gewesen, wurde sie nun missmuthig und still, in ihren Bewegungen aber sehr unruhig; sie murmelte zuweilen etwas vor sich hin, schien sich in ihren Gedanken mit ihrem Liebhaber zu beschäftigen und seufzte mehrmals, als sie sich unbemerkt glaubte: „Ist das die Treue, die Du mir geschworen?“ Dabei war sie schlaflos. Dieser Zustand hatte etwa 8 Tage lang gedauert, als sie plötzlich in völlige Raserei verfiel. Eine Frau, welche 14 Tage lang wegen Puerperalfieber (Pleuritis?) das Bett gehütet hatte, klagte, nachdem sie aufgestanden war, über Schwindel und Kopfschmerz und fing an verkehrte und unzweckmässige Dinge zu treiben; sie zerschnitt Kleider und neue Hemden zu Kinderwindeln und verschenkte in auffälliger Weise Gegenstände ihrer Wirthschaft an Fremde; schnell steigerten sich dann die Symptome bis zur Tobsucht. — Solche verkehrte Reden und Handlungen werden besonders beobachtet in jenen häufigen Fällen, wo die Prodrome auf die kurze Zeit von wenigen Stunden sich zusammendrängen. Eine Kranke stand in der Nacht auf, um zu sehen, ob noch nicht Tag wäre und kam in furchtbarer Angst zurück. Eine andere stand in der Nacht mehrmals auf, betrachtete fortwährend den Mond und redete ihn an; darauf nahm die Verwirrtheit schnell zu. Bei einem jungen Mädchen begann die Krankheit damit, dass sie anfing, ihren Schwängerer unter dem Bette zu suchen. Eine Frau zeigte nach einer schlaflosen Nacht einen etwas wilden Gesichtsausdruck, dann fing sie Abends plötzlich zu weinen an, verlangte zu schlafen und schickte ihre Umgebung zu Bett; am nächsten Morgen war sie völlig verwirrt. Eine Kranke von Fürstner besuchte plötzlich mit ihrem Kinde ganz unmotivirt ihre Herrschaft, bei der sie früher conditionirt hatte, verlor auf dem Rückwege den Zimmerschlüssel, setzte nach Hause gekommen ihrem Manne diesen Verlust in etwas wirrer Weise auseinander und wurde in der darauf folgenden Nacht plötz-

lich tobsüchtig. Eine andere weckte Nachts ihren schlafenden Mann brachte ihm Wasser und Brod, er müsste sonst verhungern.

In einzelnen Fällen beginnt die geistige Störung scheinbar ganz plötzlich. Es wird angegeben, dass nach einem Streit, einem Aerger, einem Schreck, die Wöchnerin auf einmal angefangen habe, wirre Reden zu führen und zu toben. Wenn man einerseits bedenkt, dass die Umgebung gewöhnlich geringe Veränderungen des Wesens nicht beachtet, andererseits dass ein schroffer Uebergang aus einem völlig geistesgesunden Zustande in einen krankhaften kaum anders vorkommt, als nach plötzlicher, schwerer Schädigung, so wird man solchen Angaben gegenüber sich etwas skeptisch verhalten und Fürstner Recht geben, wenn er behauptet, dass wohl stets dem eigentlichen Ausbrüche der Krankheit Prodrome vorangehen, welche allerdings in einzelnen Fällen so leicht angedeutet sein können, dass sie nur dem Sachverständigen kenntlich sind. Eine Kranke Fürstner's war am Abende vor der Erkrankung sehr lebhaft, lachte und gesticulirte viel, eine zweite war sehr still und einsilbig und machte bei Einkäufen viel Schwierigkeiten, was sonst nicht ihre Gewohnheit war, eine dritte zeigte am 12. Tage des Wochenbetts grosse Unzufriedenheit und Zanksucht, beklagte sich über Aerzte und Wärterinnen, beschwerte sich über das Essen und war bereits nach einigen Stunden so unruhig, dass sie von der gynäkologischen Station auf die Irrenabtheilung verlegt werden musste.

Handelt es sich demnach beim Prodromalstadium zum Theil vielleicht nur um ganz allgemeine Symptome, wie sie auch bei Beginn anderer Geistesstörungen beobachtet werden (Kopfschmerz, Schlaflosigkeit, Unruhe, Reizbarkeit, Depression), so tritt doch hier schon fast allenthalben ein Symptom mit gröserer oder geringerer Deutlichkeit hervor, die Verwirrtheit. Von manchen Kranken hört man nach ihrer Genesung, dass es ihnen heiss im Kopfe geworden sei, und dass bald die Gedanken angefangen haben, sich zu verwirren. Die Kranken erscheinen zum Theil wie in einem schlafwandelnden Zustande, traumbefangen, geistesabwesend, der Welt entrückt, völlig mit sich beschäftigt; daher die wunderlichen und verkehrten Reder und Handlungen der Kranken. Was aber ihre Gedanken und ihre Aufmerksamkeit von der realen Welt abzieht und sie völlig in Anspruch nimmt, das sind höchst wahrscheinlich Hallucinationen (oder Illusionen). Wenn die Kranke Nachts aufsteht, sich den Mond betrachtet und voller Angst zurückkehrt, wenn sie sich mit dem Mond unterhält, wenn sie ihren Schwängerer unter dem Bett sucht, wenn sie alle Möbel aus dem Zimmer räumt, weil ihr Bräutigam bestimmt kommen werde, wenn

sie anfängt Eifersucht zu äussern und auf die im Zimmer anwesenden weiblichen Personen zu schimpfen, so ist mit ziemlicher Sicherheit anzunehmen, dass die Kranke schon unter dem Einflusse von Sinnestäuschungen (Gehörshallucinationen?) steht. Manchmal handelt es sich vielleicht nur um die Fortsetzung von Träumen, die auch nach dem Erwachen für Wirklichkeit gehalten werden. In einzelnen Fällen ist bestimmt angegeben, dass die Kranken anfangen, verwirrt zu reden und sich mit ihren „Stimmen“ zu unterhalten. Ob nun die Sinnestäuschungen das Primäre sind und die Verwirrtheit erst secundär durch dieselben hervorgerufen wird, wie Meynert 1882 in seiner ersten Arbeit annahm, oder ob Verwirrtheit und Sinnestäuschungen mit einander parallel gehen als gemeinsame Folgen einer Ernährungsstörung des Vorderhirns (die einerseits als Anämie und Erschöpfung des corticalen Associationsorgans, andererseits als Hyperämie und Reizung des subcorticalen Sinnesorgans in die Erscheinung tritt), wie Meynert sich neuerdings in seinen „Klinischen Vorlesungen“ entscheidet, jedenfalls spielen die Hallucinationen in dem nunmehrigen Verlaufe der acuten Verwirrtheit eine solche Rolle, dass sie das ganze Bild beherrschen. Die Kranken Fürstner's gaben übereinstimmend an, dass die Krankheit mit Hallucinationen begonnen hätte. Die eine erwachte in der Nacht mit Stimmen, hörte fortwährend Geschrei, sah Leichen, Blut, Feuer; einer anderen kam zuerst das Gesicht ihrer Kinder verändert vor, dann bemerkte sie, dass sich die Möbel bewegten, später hörte sie klopfen und Schimpfworte; eine dritte Kranke hörte ihren Namen rufen, am Fenster höhnende Stimmen, unter dem Bett Knarren u. s. w. Wenn die Kranken auch anfänglich vielleicht noch ihrer Hallucinationen sich zu erwehren suchen, wenn sie vielleicht zuerst noch das Gefühl haben, dass es sich um etwas Krankhaftes handelt, so nehmen doch meistentheils die Sinnestäuschungen bald so überhand, dass jede Besonnenheit schwindet, die Kranken dem Ansturm der „lawinenartig anwachsenden Delirien“ (Fürstner) erliegen und ihrer Herrschaft verfallen.

Die Kranken erleben ganz märchenhafte Situationen in mannigfachstem Wechsel. Es erscheint ihnen Gott, Christus, die heilige Jungfrau Engel schweben zu ihnen hernieder, „grosse und kleine, in herrlichen bunten Gewändern und fordern sie singend auf, mit ihnen spazieren zu gehen“; bald sind sie im Himmel, sie schauen die Herrlichkeit Gottes und hören die himmlischen Heerschaaren singen, bald wieder befinden sie sich auf der Erde, sehen „allerlei Wald- und Wiesentiere“ um sich, hören Glockengeläut, Musik, Hochzeitsmusik; die Eltern kommen in Gestalt von Vögeln zu ihnen und unterhalten sich

mit ihnen; die Kinder tanzen um ihr Bett herum, allerlei Volks zieht an ihnen vorüber, „Männerchens, die da reiten und fahren“ u. dgl. m., dann wieder sind sie in herrlichen Schlössern, in Gesellschaft von Grafen und Königen und schauen die wunderbarsten Dinge.

Eine gute Illustration für diese Zustände bieten folgende Aufzeichnungen aus einer Krankengeschichte der Tabelle I.:

30. August. „Bald steht die gnädige Frau Gräfin vor ihrem Bette, dann sieht sie an der Wand immer grüne und blaue Bilder und weisses Feuer. Die Bilder stellen Vögel dar. Das Bett geht umher“.

6. September. „Allerlei Volks kommt und dreht das Bett um — der Graf und sein Sohn aus Götzendorf kommt an's Bett — solche Sachen kommen mir immer so in die Augen und werden so durchgezogen — Vater und Mutter kommen und streuen Sand in die Augen — Der Vater spickt mich überall: „Was liegst Du da?“ — Engelchen kommen und sagen: „Was liegst Du da, komm mit!“ — Der Kopf ist gespalten, Vater und Pflegemutter kommen und fordern mich auf, nach Hause zu kommen. Der längst verstorbene Bruder erscheint mit schwarzem Haar und blauen Augen und sagte: „Malchen“. Es kommt ihr so vor, als sei sie Jesus Christus und doch weiss sie, dass das Unsinn ist.

Häufiger aber wie solche mehr angenehme oder indifferente Sinnes-täuschungen (resp. Illusionen) sind unangenehme und beängstigende Hallucinationen aller Sinne, besonders aber des Gehörs und des Gesichts. Die Kranken hören schimpfende und drohende Stimmen, hören es knarren und poltern, vor den Fenstern schiessen, sie hören Feuerlärm und Mordgeschrei, die Kinder jammern und den Mann wehklagen, sie sehen Flammen um sich, ihr Kind verbrannt, zerschlagen und zerrissen, sehen Spitzbuben und Hunde im Zimmer umherlaufen; Leichen liegen in Särgen, böse Geister und Teufelsgestalten erscheinen, welche sie von allen Seiten umgeben, höhnend umtanzen und grinsend die Hände nach ihnen ausstrecken, wilde Thiere stürzen sich auf sie zu, Schlangen ringeln sich an ihnen empor; Schiffer treten an ihr Bett heran und bedrücken sie allenthalben; sie fühlen sich mit Koth, mit Staub beworfen, mit Elektricität gemartert, die Glieder werden ihnen zerbrochen; im Zimmer ist ein scheusslicher Geruch verbreitet, alles riecht nach Pech und Petroleum u. s. w.

Es ist kein Wunder, wenn die Kranken durch diese von allen Seiten auf sie einstürmenden Sinnes-täuschungen geradezu rasend werden. Sie fangen an zu toben, lärmten, schreien, pfeifen, singen, beten, fluchen wild durch einander, schlagen mit Händen und Füßen um sich, spucken den Umstehenden in's Gesicht, springen aus den Betten,

entblössen sich schamlos, reissen die Kleider vom Leibe, demoliren und zertrümmern, was ihnen in die Hände kommt, raufen ihre Haare, schlagen auf ihre Brüste, kurzum sie befinden sich in so hochgradiger motorischer Erregung, dass viele Männer oft nicht im Stande sind, die Rasende zu halten. Manchmal kommt es in diesem Zustande zu gewaltthätigen Handlungen, sie stürzen, gewöhnlich in Folge beängstigender Sinnestäuschungen, auf die Personen ihrer Umgebung los, suchen sie zu würgen, oder bedrohen sie mit gefährlichen Instrumenten; häufig richtet sich ihre Wuth auch gegen das Kind, sie stossen es von sich, werfen es aus dem Bett, erschlagen oder erwürgen es, wenn man es ihnen nicht entreisst. Zuweilen ist die Unruhe so gross, dass die Kranken gar nicht zur Nahrungsaufnahme kommen; sie werfen die Teller zu Boden oder schütten das Essen aus, wirthschaften mit allen Speisen herum, nehmen wohl einen Brocken in den Mund, speien ihn wieder zurück u. dgl. m. Ihre Excremente lassen sie bei der ausserordentlichen Bewusstseinstrübung meist in's Bett und benutzen dieselben als Objecte ihres Thätigkeitsdranges, indem sie in ihnen herumwühlen und mit ihnen schmieren. Der allgemeinen motorischen Unruhe entspricht eine nicht minder grosse Beweglichkeit der Sprachwerkzeuge. In rastlosem Flusssprudeln die Sätze und Worte hervor, ohne Zusammenhang und regellos, häufig durch Wortanklänge (Reime) an die Rede anderer oder an irgend welche gerade auftauchenden Wahrnehmungen und Vorstellungen sich anknüpfend, und mit Elementen ihrer jeden Augenblick wechselnden Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen durchwebt. Dazu kommt noch die illusionäre Auffassung der Personen, Dinge und Vorgänge in ihrer Umgebung je nach der Situation, in welcher sie sich in Folge ihrer Sinnestäuschungen zu befinden glauben. Jedes Ding bekommt da seine Bedeutung und Beziehung, welche aber ebenso schnell wechselt, wie ihre Sinnestäuschungen und ihre Vorstellungen überhaupt. Da befindet sich die Kranke in einem Schlosse; den Arzt, der an ihr Bett herantritt, redet sie als König an, die Wärterinnen werden zu Prinzessinnen, sie selbst ist Gräfin, Prinzessin, „Königin Luise, Kaiserin von Russland“. Oder die Kranken glauben sich in der Hölle zu befinden, die Personen, welche in dem Zimmer sind, haben teuflische Fratzen, sind Teufel, böse Geister, welche es auf ihr Verderben abgesehen haben, und sie überhäufen dieselben mit einer Fluth von Schimpfworten. Eine Kranke, die sich im Himmel wähnte, hielt sich und alle Personen der Umgebung für Engel, sie drückte die Bettdecke unter vielen Küssem inbrünstig an ihre Brust, in dem Glauben, ihr Kind in den Händen zu halten; von einer nebenan liegenden unruhigen Kranken

meinte sie, sie schrie im Fegefeuer. Sehr häufig ist das auf solchen Illusionen beruhende Symptom der Personenverwechslung; die Kranken glauben auf irgend eine zufällige und entfernte Ähnlichkeit hin in fremden Personen nahe Bekannte, Verwandte, ihre Eltern und Geschwister zu sehen und reden die Betreffenden demgemäß an.

Aus solchen Elementen setzen sich die „Wahnvorstellungen“ dieser Kranken zusammen, welche gleich diesen Elementen ununterbrochen wechseln, wie die Bilder in einem Kaleidoskope und ebenso schnell vergehen, wie sie aufgetaucht sind, um durch andere ersetzt zu werden. Das erklärt zum Theil die ausserordentliche Ideenflucht dieser Kranken. Es ist ihnen nicht möglich, einen Gedanken festzuhalten und ihn auszudenken, da ihnen fortwährend neue Vorstellungen zufiessen, manchmal in so unendlicher Menge, dass es schliesslich nur zur Wortaufzählung kommt.

Die Stimmung ist bei der klassischen Tobsucht heiter oder zornesmuthig, zeitweise vielleicht etwas deprimirt und ängstlich. Sehr häufig kommt Stimmungswechsel vor. Die Kranke, welche eben noch heiter lachend ihre verwirrten Reden hervorsprudelte, findet man im nächsten Augenblicke in Thränen aufgelöst, welche aber sehr schnell trocknen, um wieder einer ausgelassenen Stimmung Platz zu machen.

So kann die Tobsucht mit grösserer oder geringerer Heftigkeit Tage lang, Wochen lang, Monate lang fortdauern. Sehr häufig ist jedoch ein remittirender oder intermittirender Verlauf. Der Krankheitsprocess erfährt einen (meist plötzlichen) Nachlass, indem die Sinnestäuschungen an Zahl und Intensität abnehmen, ja ganz in den Hintergrund treten, und mehr oder weniger parallel damit die Verwirrtheit und Unruhe sich mindert. Meist werden nur die heftigsten Erscheinungen etwas geringer, die Kranken toben nicht mehr so sehr und verhalten sich etwas ruhiger, aber sie bleiben verwirrt und unbesinnlich, sie sprechen leise vor sich hin, verstecken sich Stunden lang unter der Bettdecke, antworten vielleicht auf einige Fragen, aber völlig verwirrt, bis dann wieder nach kürzerer oder längerer Zeit ein Tobsparoxysmus auftritt. Oder die Beruhigung wird grösser, Schlaf tritt ein, Verwirrtheit ist zwar noch vorhanden, aber die Kranken geben doch über dieses und jenes richtige Auskunft, erscheinen mitunter sogar ziemlich klar. In solchen Remissionsstadien, besonders wenn sie längere Zeit dauern, kann es, da ja Sinnestäuschungen, wenn auch in geringerem Grade fortbestehen, zu etwas fixeren Wahnvorstellungen (namentlich Verfolgungsideen) kommen, welche viel Ähnlichkeit mit paranoischen Wahnideen haben. Die Remissionen können

aber noch vollständiger sein. „Mit einem Schlage, wie sie gekommen, schwinden nicht selten die Sinnestäuschungen, namentlich in den ersten Tagen der Erkrankung, und gleichzeitig kehrt vollständig ruhiges und verständiges Wesen bei den Kranken wieder, sie erkennen wo möglich die Hallucinationen als krankhaft an, lachen über sie, um nach einigen Stunden sich wieder vollständig von ihnen dominiren zu lassen“ (Fürstner). — Dauern solche Remissionen kürzere Zeit, so nennt man sie lucide Intervalle. Bei einer Kranken stellte sich nach 14 tägigem Toben auf einige Nächte sanfter Schlaf ein. Sie erwachte klar, begrüsste ihre Mutter mit einem „Guten Morgen“ und dankte Gott, dass er ihr keinen bösen Traum geschickt hätte. Nach einigen Stunden wurde sie wieder erregt und völlig verwirrt; Nachmittags wieder ein klares Intervall und gegen Abend heftige Exaltation, Nachts Schlaf. So ging dies einige Tage fort, bis die tobsüchtige Verwirrtheit ihre fröhre Höhe wieder erreichte und dauernd blieb. — Erstrecken sich vollständigere Remissionen auf mehrere Tage oder Wochen (Intermissionen), so können dieselben eine beginnende Genesung vortäuschen. Der ziemlich unvermittelte Eintritt einer Besserung wird als diagnostisches Merkmal einer dauernden Genesung gegenüber dienen.

Die wirkliche Genesung leitet sich gewöhnlich sehr langsam und allmälig ein. Die Erregung und Unruhe wird etwas geringer, die Kranken lärmten nicht mehr so anhaltend Tag und Nacht, sondern schlafen zeitweise. Schliesslich sind sie nur noch am Tage manchmal laut, die Nächte verbringen sie aber ruhig. Dabei besteht immer noch eine ziemlich bedeutende Verwirrtheit. Allmälig nimmt auch diese ab, die Kranken verlassen das Bett und fangen an, sich ein wenig zu beschäftigen. Wenn sie auch noch etwas unruhig sind und zeitweise durch unangenehme Hallucinationen belästigt werden, welche sie zunächst noch im Sinne der Beeinträchtigung und Verfolgung auszulegen geneigt sind, so werden sie doch bei der Arbeit allmälig immer ruhiger, klarer und besonnener. Der letzte Rest der Hallucinationen und Verwirrtheit schwindet. Häufig tritt vor der endgültigen Convalescenz, die sich am deutlichsten in der beginnenden Krankheitseinsicht zeigt, ein mehrtägiges leichtes Depressionsstadium ein, in welchem die Kranken sehr still sind, auf Fragen kaum antworten und leicht weinen. Diese Depression wird wahrscheinlich hervorgerufen durch die beginnende Krankheitseinsicht und kann als physiologisch bezeichnet werden. Manchmal fehlt jedoch die Erinnerung für die überstandene Krankheit und die Vorgänge in derselben mehr oder weniger vollständig.

In einzelnen Fällen klingt die hallucinatorische Verwirrtheit durch ein (wenigstens scheinbar) rein maniakalischs Stadium ab. Die Kranken, welche angefangen haben, sich zu beruhigen, sind noch recht exaltirt, sprechen oft in Versen, putzen sich, schminken sich phantastisch mit allerlei Blumen, sind etwas sexuell, tanzen viel umher u. dergl. Allmälig schwindet auch diese Exaltation, um völliger Reconvalescenz Platz zu machen. Dauert dieses Stadium maniakalischer Exaltation längere Zeit, so kann leicht der Irrthum entstehen, dass man es mit einer reinen Manie zu thun habe. Das Gleiche ist der Fall, wenn, wie es auch manchmal vorkommt, ein scheinbar rein maniakalischs Exaltationsstadium von längerer Dauer die Krankheit einleitend der Tobsucht vorangeht. Ueberhaupt kann in manchen Fällen die Diagnose zwischen der mit Tobsucht einhergehenden acuten hallucinatorischen Verwirrtheit und der Manie sehr schwer werden. Schönthal giebt in dem schon oben erwähnten Vortrage folgende Differentialdiagnose:

„Bei der hallucinatorischen Verwirrtheit brüske, paroxysmeller Beginn, bei der Manie allmälicher Beginn, häufig ein depressives Vorstadium; bei der Verwirrtheit ängstliche oder je nach den Sinnesstörungen bunt wechselnde Stimmung, bei der Manie heitere Verstimmung als Grundlage und auch bei Stimmungswechsel schliesslich immer wiederkehrend; bei Verwirrtheit massenhafte, die Entstehung und Gestaltung der Symptome zum grossen Theil bedingende Sinnesstörungen, bei Manie keine (oder seltene?), jedenfalls nicht das Krankheitsbild beherrschende Sinnesstörungen; die Ideenflucht der Verwirten durch den wechselnden Inhalt der Sinnesstörungen bedingt, die der Maniakalischen in erleichtertem, beschleunigtem Ablauen der Association begründet; die der Verwirrtheit zukommende Bewusstseinstrübung fehlt der Manie oder ist höchstens auf der Höhe der Erkrankung vorübergehend vorhanden“.

Hinzufügen möchte ich noch, dass ein anhaltendes Toben mit Zerstörungstrieb und aggressivem Verhalten wohl nur bei der acuten hallucinatorischen Verwirrtheit, aber nicht bei der Manie vorkommt. Die maniakalischen Kranken können zwar auch recht laut und lärmend werden und manchmal so in Zorn gerathen, dass sie zu Thätlichkeiten übergehen; das sind aber nur episodische Vorkommnisse, bald herrscht wieder die überquellende, heitere Stimmung, welche in allerlei Witzen Scherzen und Allotriis sich Luft macht. Die Grundstimmung des Maniacus ist Uebermuth. Wenn der Maniacus singt und pfeift, johlt, klopft und tanzt, so thut er dies aus Uebermuth, aus einem übermächtigen Bewegungsdrange, dem er längere Zeit nicht widerstehen

kann, so sehr er auch manchmal sich Mühe giebt. Die Maniaci gleichen den Berauschten auf der Höhe des Exaltationsstadiums, die hallucinatorisch Verwirrten mehr den sinnlos Betrunkenen oder den Deliranten.

In einer grossen Reihe von Fällen verläuft die acute hallucinatorische Verwirrtheit nicht ausschliesslich unter dem Bilde der Tobsucht, sondern es schieben sich hier und da kürzer oder länger dauernde Zustände von Depression, Angst oder Apathie ein, entweder so dass Exaltations- und Depressionszustände mehr oder weniger häufig mit einander abwechseln, oder dass auf ein (längeres oder kürzeres) tobsüchtiges Stadium ein Stadium ängstlicher Depression folgt, welches schliesslich in Genesung übergeht; seltener kommt es vor, dass ein Stadium ängstlicher Depression die Krankheit eröffnet oder das ganze Krankheitsbild beherrscht. In den Depressionszuständen zeigen die Kranken ein stilles, gedrücktes, melancholisches Wesen, sie sprechen leise, seufzen und weinen, oder sie zeigen sich resignirt, oder sie sind unzugänglich, mürrisch, gerathen manchmal in Zorn und schimpfen. Oft sind sie völlig rathlos; alles irritirt sie, setzt sie in Verwunderung, Unruhe und Angst, in jedem Vorgange sehen sie etwas Bedrohendes. Zuweilen kommt es zu den heftigsten Angstanfällen, in welchen sie an die Umstehenden sich so fest anklammern, dass dieselben nur mit Mühe von ihnen sich lossreissen können; oder die Angst findet ihre motorische Entladung in impulsiven Gewaltacten, welche sich gegen die eigene Person oder gegen die Umgebung richten. Andermal springen die Kranken entsetzt aus dem Bett und laufen jammernd und schreiend und verzweifelnd die Hände ringend umher, oder sie verkriechen sich ängstlich unter das Bett oder sie baben nur den einen Trieb davon zu laufen und suchen sich überall herauszudrängen. Augenscheinlich stehen die Kranken in diesen Zuständen unter der Herrschaft vorzugsweise schreckhafter und irritirender Sinnestäuschungen, welche zwar auch noch vielfach wechseln, aber doch nicht so massenhaft auf sie eindringen, dass alle Besonnenheit schwindet. Die Bewusstseinstrübung ist im Ganzen eine geringere, ausgenommen in den Augenblicken heftigster Angst, doch kann sich auch sonst das Bewusstsein manchmal bis zu traumähnlicher Benommenheit trüben.

Bald sind es Stimmen, welche ihnen Böses ankündigen und drohen (Mann und Kinder würden gemordet, sie selbst sollen ergriffen, gehenkt, begraben werden, sie müssten ihr Leben lassen), bald unbestimmte Geräusche (Hämtern, Klopfen) oder Angstgeschrei („die Kinder jammern und wehklagen“), bald Schimpfreden („Sie sagen immer

Spitzbuben zu mir, ich hätte gestohlen“) oder irritirende Reden anderer Art in Form von Fragen („Warum sie schlafe, sie dürfe nicht schlafen, man suche ihr ein fremdes Kind unterzuschieben“), oder in Form von Befehlen („Wirf hin, schlag los, häng' Dich auf“). Die Angstanfälle werden gewöhnlich durch schreckhafte Gesichtshallucinationen hervorgerufen. Die Kranken sehen schreckenerregende Erscheinungen („man will mich nehmen, es kommt etwas weisses zum Fenster hinein und setzt sich auf die Ofenbank“), sie sehen Teufel, welche Kinder schlachten und das Fleisch wilden Thieren vorwerfen; Blut, Schlangen, Kröten sind im Essen, verleiden ihnen dasselbe und bringen sie manchmal zu recht hartnäckiger Nahrungsverweigerung, welche durch unangenehme Geschmackshallucinationen noch verstärkt werden kann. — In seltenen Fällen werden Zwangsvorstellungen und Zwangshandlungen beobachtet. Eine Kranke musste gerade das Gegenheil von dem sprechen, was sie sagen wollte, sollte z. B. der Mann in's Zimmer kommen, so bat sie ihn, es zu verlassen, sollte er ihr etwas geben, so forderte sie ihn auf, es fortzunehmen. Eine Kranke von Gundry beklagte sich darüber, dass sich ihr stets Blasphemien und Obscönitäten aufdrängten, und dass sie sich nur mit Mühe enthalten könnte, dieselben zu äussern. — Zuweilen entwickeln die Kranken auf Grund ihrer Sinnestäuschungen Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen, welche bei grösserer Ruhe und Besonnenheit zum Theil systematisirt werden. Sie glauben, dass ihre Angehörigen, ihre Umgebung Böses gegen sie im Schilde führen und sie verfolgen, dass die Leute sie mit ihren Blicken schädigen, dass sie und ihre Familie vernichtet werden sollen, dass ihr Mann, um sie bei Seite zu bringen, sie in die Anstalt geschafft habe, dass sie vergiftet, gemordet werden solle u. dergl. m. Vorübergehend treten auch mehr melancholische Wahnvorstellungen auf („sie habe Gott in ihren Sünden ertränkt, müsse dafür brennen“, „sie müsse das Abendmahl nehmen, sei verloren, wenn kein Pfarrer käme“, „sie habe Mann und Kind ermordet, der Mann habe sie ermordet, sie läge im Grabe“, „sie sei eine arge Sünderin und schlechte Person“, „sie solle verbrannt, vergraben, ertränkt, enthauptet werden“) oder es werden hypochondrische Wahnideen geäussert („sie sei todt, abgestorben, ihr Herz schlage nicht mehr, sie habe keinen Arm, keinen Kopf“). Nicht selten schlagen solche Depressionszustände plötzlich in Zustände hochgradiger Exaltation um, in welchen es zu Wahnvorstellungen expansiver Natur, zu Grössenideen kommt, („sie sei besonders begnadet, erlöst, könne alle gesund machen“).

Nach Fürstner ist es die Norm, dass auf das Stadium halluci-

natorischer Verwirrtheit mit Tobsucht ein stuporöses Stadium folgt. Ich habe dies zwar auch in einer Reihe von Fällen gefunden, jedoch nicht so häufig, dass ich das Auftreten des Stupor nach einem Stadium heftiger Tobsucht als den gewöhnlichen normalen Verlauf der acuten hallucinatorischen Verwirrtheit bezeichnen möchte. Stuporöse Zustände kommen ebenso wie Zustände ängstlicher Depression häufig in vielfachem Wechsel mit tobsüchtigen Stadien vor, oder, was allerdings seltener ist, die Krankheit beginnt mit Stupor, ja der Stupor kann während des ganzen Krankheitsverlaufes bestehen und nur zeitweise von heftigen Erregungs- und Angstzuständen unterbrochen werden, wobei es sich dann herausstellt, dass die Kranken stark halluciniren. Dass aber auch die Kranken während des scheinbar völlig apathischen Zustandes unter dem Banne von Sinnestäuschungen stehen, wenn dieselben auch nicht sehr zahlreich sein mögen, darauf hat schon Fürstner hingewiesen, und darauf deutet auch das rathlos umhersuchende, ängstlich gespannte Wesen mancher Kranken während des Stupors. Ob es erlaubt ist, den Stupor hauptsächlich als Erschöpfungsstadium (nach wochenlanger Tobsucht) aufzufassen, wie Fürstner und andere Autoren es thun, bezweifle ich um so mehr, als der Stupor, wie erwähnt, die Einleitung der Krankheit bilden kann. Ich bin eher geneigt, den Stupor auf gewisse Besonderheiten in Art und Inhalt der Hallucinationen zu beziehen (vielleicht auf gewisse Befehle und Verbote: „Wenn Du sprichst oder Dich rührst oder wenn Du isst, bis Du ein Kind des Todes“, oder auf gewisse Gefühlsillusionen, Einbildungen: „sich nicht rühren zu können, gelähmt zu sein“, wie Fürstner in einem Fall beobachtet hat).

Das Bild des Stupors ist das gewöhnliche: Die Kranken sprechen kein Wort, liegen still da, zusammengekauert unter der Bettdecke, oder sie sitzen in sich versunken in einer Ecke, röhren sich stundenlang nicht, essen nicht von selbst, sie lassen den Speichel aus dem Munde laufen, machen unter sich, kurzum sie sind völlig regungslos, als wenn jedes geistige Leben in ihnen erloschen wäre. Sie müssen geschoben werden, wenn man sie irgend wohin führen will, man muss sie zur Nahrungsaufnahme, zur Befriedigung ihrer Bedürfnisse anhalten, muss sie waschen, kämmen, anziehen, da sie von selbst nichts thun, ja häufig genug den Bemühungen ihrer Pfleger energischen Widerstand entgegensezten. — In manchen Fällen ist die Hemmung der geistigen Functionen nicht so vollständig. Die Kranken essen und trinken von selbst, manchmal sogar mit Appetit und Heisshunger, sie befriedigen ordnungsgemäss ihre Bedürfnisse, waschen sich sogar auf Aufforderung selbst und ziehen sich selbst an, aber alle diese Hand-

lungen gehen aussserordentlich langsam, gleichsam automatisch, wie im Schlaf vor sich. Sie sprechen nicht und antworten nicht, weil ihnen die Fragen ebenso wenig zum Bewusstsein kommen, wie die Vorgänge in ihrer Umgebung, denen sie ratlos und verständnisslos gegenüber stehen; nur lautes Anrufen vermag sie vielleicht einmal aus ihrem Schlafleben zu erwecken, in welches sie, nachdem sie eine mehr oder weniger richtige Antwort gegeben, sofort wieder versinken.

In ähnlicher Weise wie nach der Tobsucht kann aus den melancholischen und stuporösen Zuständen heraus durch allmäßiges Schwinden der Sinnestäuschungen die Reconvalescenz erfolgen. Die Kranken werden munterer, fangen an reinlich zu werden, etwas auf ihr Aeusseres zu halten, sie geben, wenn auch noch leise eine Antwort, suchen sich ein wenig nützlich zu machen und beschäftigen sich bald andauernd, obgleich sie vielleicht noch immer recht still sind und sich von der Gesellschaft Anderer zurückzieben. Allmälig schwinden mit dem Rest der Hallucinationen die letzten Zeichen der Benommenheit und Gedrücktheit, die Krankheitseinsicht wächst, völlige Genesung tritt ein.

Während auf der Höhe der Krankheit zum Theil in Folge des Tobens, der Schlaflosigkeit, der verminderten Nahrungsaufnahme die Kranken sehr abmagern, beginnt mit der Reconvalescenz (zuweilen auch schon in dem etwaigen Endstadium) das Körpergewicht gewöhnlich erheblich zu steigen, die Wangen fangen an sich zu füllen und zu röthen, die Formen runden sich, und so zeigen die Kranken, welche noch vor einigen Monaten in höchst decrepidem und anämischem Zustande dalagen, nach vollendetem Genesung häufig das Bild blühendster Gesundheit. Unterschiede von 10, 12 bis 15 Kilogramm zwischen dem Eintritts- und dem Entlassungsgewicht sind gar nicht selten. In einem Falle von Ripping betrug der Gewichtsunterschied sogar 29 Kilo, in einem Falle von Schmidt 25 Kilo. — Von anderen körperlichen Erscheinungen im Verlaufe der Psychose werden Anämie, Pulsbeschleunigung, glänzende Augen, Weite der Pupillen (auf Hallucinationen deutend), Appetitlosigkeit (belegte Zunge), oder Heissnugger, Obstipation, in einzelnen Fällen auch Salivation erwähnt, letztere besonders während des Stupors, bei welchem noch Kühle, Cyanose und Schwellung der Extremitäten (Verminderung der Herzthätigkeit und des Stoffwechsels überhaupt) anzuführen sind. Nicht selten sind auch auf der Höhe der Krankheit trophische Störungen der Haut (Furunkel, Hautabscesse). Alle diese Erscheinungen treten in der beginnenden Reconvalescenz mit der Hebung der Ernä-

hrung zurück. Was die Menstruation betrifft, so kann dieselbe während der Psychose fehlen und wie bei anderen geistigen Störungen manchmal erst mit Beginn der Convalescenz eintreten, sie kann aber auch während des ganzen Verlaufs der Krankheit oder während des grösseren Theiles derselben regelmässig vorhanden sein, andererseits auch nach Eintritt der Genesung noch längere Zeit fehlen. Nach Ripping erfolgt der Widereintritt der Menstruation am häufigsten 3 oder 4 Monate vor der Genesung; in 6 Fällen beobachtete er, dass trotz erfolgter Genesung die Menstruation sich nicht einstellte.

In einer immerhin grossen Anzahl von Fällen ist der Ausgang der Krankheit nicht Genesung, sondern Tod oder unheilbare Geistesstörung. Der Tod wird entweder durch Erschöpfung (in Folge anhaltenden Tobens oder längerer Nahrungsverweigerung) oder durch eine begleitende Puerperalerkrankung oder durch irgend eine andere accidentielle Krankheit, in einzelnen Fällen auch durch Selbstmord herbeigeführt. Geht die Krankheit in unheilbare Geistesstörung über, so wird die Verwirrtheit unter Fortbestehen von Hallucinationen chronisch. Treten die Hallucinationen zurück, so sind die Kranken verhältnissmässig ruhig und, wenn auch mehr oder weniger exaltirt oder mürrisch oder jähzornig, doch häufig zu einer Beschäftigung anzuhalten. Von Zeit zu Zeit kommt es aber durch Exacerbation der Sinnesstörungen zu heftigen, manchmal Monate lang dauernden Tobsuchtsanfällen, welche in ähnlicher Weise, wie bei der acuten Krankheit, durch Depressions-, Angst- und stuporöse Zustände unterbrochen oder ersetzt werden können. So bekommen wir das Bild der chronischen Verwirrtheit mit intercurrenten Erregungszuständen. Mit der Dauer der Krankheit werden die Erregungszustände vielleicht seltener oder hören ganz auf, die Verwirrtheit aber bleibt, und die Demenz nimmt zu, der schliessliche Ausgang ist völlige Verblödung.

So bietet die häufigste geistige Störung des Wochenbettes ein ausserordentlich wechselvolles und vielgestaltiges Bild und einen Formenreichthum, wie ihn ähnlich nur noch die Dementia paralytica zeigt. Hier die heiterste Verwirrtheit mit exaltirtem Wesen und verkehrten Handlungen, dort ängstliche Unruhe, Depression, melancholisches Seufzen und Klagen; hier furibunde Tobsucht mit allen ihren klassischen Aeusserungen, dort heftige Angstanfälle mit wilder Verzweiflung und impulsiven Gewaltacten; hier ein unwilliges, gereiztes, mürrisches Wesen mit Verfolgungsideen und zeitweiligen Zornausbrüchen, dort ein Dämmerzustand, in dem die Kranken leise murmelnd, unzusammenhängende Worte vor sich hinplappern; hier grosse Unruhe, Trieb zum Davonlaufen, Rathlosigkeit, dort stuporöses Verhalten bei

ängstlich gespanntem Gesichtsausdruck oder völlige Apathie ohne irgend ein Zeichen geistigen Lebens. Und alle diese Zustände können bei einer und derselben Kranken vorkommen, in der mannigfältigsten Weise mit einander sich combiniren und wechseln, ähnlich wie man es bei manchen Fällen von *Dementia paralytica* sieht. Oder es kann auch ebenso wie bei der *Dementia paralytica* einer von den drei Hauptzuständen: Tobsucht, Depression und Stupor das Krankheitsbild beherrschen, ohne dass die Krankheit dadurch zur Manie, zur Melancholie oder zum Stupor (*Dementia acuta*) wird.

Prognose der Wochenbettspsychose.

Früher nahm man allgemein an, dass die Prognose der im Wochenbett entstehenden Geistesstörungen günstig wäre, günstiger wie bei den Geistesstörungen nach anderen Ursachen (Siebold: „Von allen Gemüthskrankheiten bieten die Wochenbettspsychose die beste Prognose“). Doch trennte man dabei schon von jener die mit schwerem Puerperalfieber einhergehenden Geistesstörungen ab, deren Prognose im Allgemeinen als ziemlich schlecht bezeichnet wurde (Macdonald, Boyd, Tuke, Griesinger). Aber auch was die übrigen Wochenbettspsychose betrifft, so meinte schon Griesinger, dass die Heilbarkeit zuweilen überschätzt würde und Jensen (1878) betonte, dass die Prognose wohl kaum besser wäre, als die der zu anderen Zeiten auftretenden Geistesstörungen. Während sich viele neuere Autoren dieser Ansicht angeschlossen haben (Voisin besonders hält die Prognose stets für ernst), wird bis in die neueste Zeit von einzelnen Seiten die ausgezeichnete Heilbarkeit der Puerperalpsychosen immer wieder betont (Weber, Ripping, Schmidt, Fernald, Griffin und die meisten Lehrbücher der Geburtshülfe). Nach Hansen sind die puerperalen Psychosen, wenn man das frische Material berücksichtigt und von den Erfahrungen der Irrenanstalten absieht, als kurze heilbare Geisteskrankheiten zu bezeichnen. Meiner Ansicht nach ist ein solches Raisonnement unzulässig. Ebenso wie es ein Fehler wäre, nur das Material der Irrenanstalten zu berücksichtigen, ebenso ist es falsch dasselbe unberücksichtigt zu lassen. Es kann keinem Zweifel unterliegen, dass ausserhalb der Irrenanstalten eine grosse Zahl von Wochenbettspsychose in kurzer Zeit heilt; ich selbst habe 28 Fälle zusammengestellt, wo die Kranken ihre Wochenbettspsychose ausserhalb der Anstalt, gewöhnlich in der Familie, binnen 5 bis 6 Wochen überstanden haben und erst wegen einer späteren Gei-

stesstörung in die Anstalt gekommen sind. Aber die überwiegende Anzahl derjenigen Wochenbettsp痴osen, welche längere Zeit zu ihrer Heilung brauchen oder gar nicht heilen, wird eben in Irrenanstalten gebracht. Es könnten demnach nur die Erfahrungen der Geburshelfer, der practischen Aerzte und der Irrenärzte aus einer Provinz zusammen einen richtigen Einblick in die Prognose der Wochenbettsp痴osen liefern. Ob es möglich ist, diese Erfahrungen alle zu sammeln, ist mir vorläufig fraglich. Doch kommen vielleicht die Erfahrungen der Irrenärzte dem wirklichen Resultate noch am nächsten. Denn wenn man bedenkt, dass nicht nur die Wochenbettsp痴osen sondern auch Psychosen aus anderen Ursachen wahrscheinlich in entsprechender Zahl ausserhalb der Irrenanstalten geheilt werden, so wird man sagen können, dass die Verhältnisse der in die Anstalt kommenden heilbaren Wochenbettsp痴osen zu den heilbaren Psychosen aus anderer Ursache ungefähr übereinstimmen werden mit dem Verhältniss aller Wochenbettsp痴osen zu allen übrigen heilbaren Psychosen. Ich halte es übrigens nicht für richtig, die Prognose der Wochenbettsp痴osen in Vergleich zu ziehen mit der Prognose aller übrigen Psychosen. Denn man muss erwägen, dass Wochenbetten im Grossen und Ganzen nur von jüngeren Individuen, die meisten im Alter von 20—35 Jahren, durchgemacht werden, einem Alter, in welchem die Psychosen bekanntlich eine günstigere Prognose bieten als die Psychosen bei höherem Alter.

Schmidt vergleicht z. B. die Prozentverhältnisse der Genesenen etc. bei den in den Jahren 1830 bis 1872 (in Leibus) aufgenommenen Puerperalpsychosen mit den entsprechenden Prozentverhältnissen bei den in demselben Zeitraume überhaupt aufgenommeneu 2963 Frauen (34,6 pCt. Genesene) und kommt natürlich zu dem Resultate, dass die Puerperalpsychosen (39,3 pCt. Genesene) eine relativ günstige Prognose liefern. Man darf aber meiner Ansicht nach die Wochenbettsp痴osen in dieser Hinsicht nur mit denjenigen Psychosen vergleichen, welche in einem entsprechenden Alter, also im Alter von 20 bis 34 Jahren entstehen, um zu einem brauchbaren Resultate zu kommen. Würde man dies thun, so würde man höchst wahrscheinlich finden, dass alle Psychosen, welche in diesem Lebensalter sich entwickeln, bezüglich der Prognose sich nicht im geringsten unterscheiden, ob sie nun im Wochenbett oder bei einer anderen Gelegenheit entstanden sein mögen.

Was die Prognose der im Anschluss an Osteomalacie im Wochenbett entstehenden Geistesstörungen betrifft, so ist dieselbe schlecht,

da die wenigen bisher genauer beobachteten Fälle die Form der chronischen hallucinatorischen Verrücktheit hatten.

Die Prognose der im Anschluss an eclamptische Anfälle entstehenden Geistesstörungen hält Schröder besonders bezüglich ihrer Dauer für besser als die der übrigen Wochenbettspsychose; während bei letzteren vor 6—9 Monaten nach Ausbruch der Krankheit nicht auf Genesung zu hoffen wäre, gingen die Psychose nach Eclampsie in einzelnen Fällen trotz ausgeprägter Gesichts- und Gehörshallusionen schon nach wenigen Tagen in Genesung über. Bei den 27 Fällen, welche ich zusammengestellt habe, ist nur in 24 etwas Sichereres über den Ausgang gesagt. Von diesen 24 Fällen wurden geheilt $13 = 54,2$ pCt., es starben $4 = 16,6$ pCt. (nach 6—20 Tagen), der eine Fall war in einem halben Jahre noch nicht geheilt, ein anderer nach 5 Monaten gebessert, ungeheilt blieben $4 = 16,6$ pCt. In den 6 Fällen, in denen ich über die Dauer der Krankheit eine Angabe fand, betrug dieselbe im Durchschnitt fast 16 Tage. Wegen der beträchtlichen Mortalität von 16,6 pCt. wird man die Prognose der Geistesstörungen nach Eclampsie doch als sehr ernst bezeichnen müssen, während allerdings in den Fällen, welche nicht tödlich enden, die Prognose ziemlich günstig und die Dauer der Krankheit verhältnismässig sehr kurz ist.

Bezüglich der Heilbarkeit der Wochenbettspsychose überhaupt finden sich in der Literatur eine Menge statistischer Angaben.

Es waren	genesen	gebessert	ungeheilt	gestorben
	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.
bei Burrows . . .	$35 = 60,4$	—	$11 = 19,3$	$11 = 19,3$
(von 57 Fällen)				
Gundry . . .	$15 = 51,6$	$3 = 10,4$	$8 = 27,6$	$3 = 10,4$
Tuke	$76,7$	—	$9,5$	$10,9$
Leidesdorf . .	$8 = 57$	—	—	—
(von 14)				
Holm (58) . .	$25 = 43,1$	$16 = 27,5$	$5 = 8,6$	$5 = 8,6$
(in Behandlung geblieben)	$7 = 12,2$	—	—	—
Stonehouse (15)	$9 = 60$	—	$4 = 26,7$	$2 = 13,3$
Weber (32) . .	$20 = 60,6$	$2 = 6,0$	$5 = 15$	$1 = 3,0$
(in Behandl. 4)				
Ripping (82) . .	$38 = 46,3$	$9 = 11$	$25 = 30,5$	$4 = 4,7$
(in Beh. geblieb.)	$6 = 7,5$	—	—	—

	genesen	gebessert	ungeheilt	gestorben
	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.
Schmidt (130)	53 = 39,3	24 = 17,8	44 = 32,6	14 = 10,3
Porporati (26)	18 = 69,2	—	1 = 3,9	1 = 3,9
in Behandl. . .	6 = 23,0	—	—	—
Clark (16) . .	12 = 75	—	1 = 6,3	3 = 18,7
Leod (814) .	620 = 76,2	—	120 = 14,8	74 = 9
Durchschnitt .	59,6	6,1	17,7	10,2

Von meinen Fällen waren:

genesen . . .	50 = 50	pCt.,
gebessert . . .	9 =	9 "
vorzeitig { gebessert . . .	7 =	7 "
	6 =	6 "
herausgen. { ungeheilt . . .	23 =	23 "
ungeheilt . . .	5 =	5 "
gestorben . . .		

Nimmt man an, dass von den 13 vorzeitig herausgenommenen Kranken, von denen 3 schon 2—6 Monate nach Ausbruch der Krankheit die Anstalt verliessen und 3 wesentlich gebessert entlassen wurden, die kleinere Hälfte, also 6, in der Familie gesund wurden, die übrigen 7 aber ungeheilt blieben, so würde das schliessliche Resultat sein:

genesen	56	pCt.,
gebessert	9	"
ungeheilt	30	"
gestorben	5	"

Die Prozentzahl meiner Genesenen stimmt also ungefähr mit dem aus dem aus den Ausgaben der Autoren berechneten Durchschnitt überein, im Uebrigen bestehen einzelne Differenzen, welche zum Theil wohl auf Zufälligkeiten, zum Theil auf Unterschiede in der Bezeichnung (zwischen „gebessert“ und „ungeheilt“) beruhen mögen.

Für die einzelnen Krankheitsformen gestaltet sich die Prognose folgendermassen:

	genesen	gebess.	vorzeitig her.		
			geb.	ungeh.	ungeh.
acute hall. Verwirrtheit	38 (3 m. Defect)	1	3 (wes.)	5	11
Manie	2	—	—	—	—
Melancholie	7	—	3	1	—
hyster. Geistesstörung .	3	2	1	—	1
period. Geistesstörung .	—	4	—	—	4
circul. Geistesstörung .	—	3	—	—	—
Paranoia halluc.	—	—	—	—	5
epilept. Geistesstörung	—	—	—	—	1

Betrachtet man die Prognose der einzelnen Geistesstörungen, so ergiebt die acute hallucinatorische Verwirrtheit 61,4 pCt. Genesungen, welche Zahl wieder mit der Annahme, dass von den vorzeitig Herausgenommenen wohl die kleinere Hälfte gesund wird, auf 65,1 pCt. steigt. Ungeheilt blieben 17,5 pCt. (resp. 28,7 pCt.), gebessert wurden 16 pCt. Es starben nach $\frac{1}{2}$, bis $1\frac{1}{2}$ Jahren 6 pCt., während bei anderen Geistesstörungen Todesfälle nicht vorkamen. Quoad vitam ist also die acute hallucinatorische Verwirrtheit im Wochenbett keine unbedenkliche Krankheit. Wenn Fürstner erwähnt, dass er von 10 „Maniakalischen“ 3 = 30 pCt. und Marcé (citirt nach Fürstner) von 24 „Maniakalischen“ 5 = 28,8 pCt. durch den Tod verlor, so handelt es sich höchst wahrscheinlich bei der grössten Zahl dieser Todesfälle nicht um Manie, sondern um acute hallucinatorische Verwirrtheit.

Die beste Prognose zeigt bei meinen Fällen die einfache Melancholie (wenn man von den beiden Fällen von Manie absieht, welche beide geheilt wurden). Von 11 Fällen genesen 7 also 63,6 pCt., die 4 anderen wurden vorzeitig herausgenommen, und zwar 3 gebessert (nach 5 bis $9\frac{1}{2}$ Monaten), die 4. ungeheilt (nach $6\frac{1}{2}$ Monaten). Nimmt man hier wieder an, dass 2 von diesen in der Familie gesund und 2 unheilbar wurden, so würde die schliessliche Procentzahl der Genesenen sich auf 81,8 pCt. und der Ungeheilten auf 18,2 pCt. belaufen. Wenn die meisten Autoren bisher gerade zu dem entgegengesetzten Resultate gekommen sind, dass die „Melancholie“ eine verhältnissmässig ungünstige Prognose biete (nach Ripping sind nur 38,8 pCt., nach Schmidt 30,3 pCt. genesen), so erklärt sich dies höchstwahrscheinlich dadurch, dass dieselben zur Melancholie, mit Depression beginnende und einhergehende Fälle von acuter hallucinatorischer Verwirrtheit rechneten, welche, wie ich später zeigen werde, eine sehr ungünstige Prognose haben. Ripping selbst bemerkt, dass von seinen 27 an „Melancholie mit folgendem Wahnsinn“ Leidenden keine genesen ist, während von den an einfacher Melancholie Leidenden 46,6 pCt. geheilt worden sind.

Die Prognose der hysterischen Geistesstörung ist auch noch verhältnissmässig gut. Von 7 Fällen sind 3 = 42,9 pCt. genesen, einer wurde nach 9 Monaten gebessert herausgenommen, 2 = 28,6 pCt. wurden gebessert und 1 = 14,3 pCt. blieb ungeheilt. Dieser ungeheilte Fall war der einzige Fall von hysterischer Paranoia.

Ungünstig ist natürlich die Prognose der periodischen und der circulären Geistesstörung. Die einzelnen Anfälle werden zwar geheilt, manchmal so vollständig, dass die Kranken in den Zwischen-

räumen ganz normal erscheinen, aber die Anfälle kehren immer wieder, dieselben brauchen allmälig immer längere Zeit zu ihrer Heilung, pflegen sich später zu häufen und führen schliesslich manchmal zur Demenz.

Absolut schlecht ist selbstverständlich die Prognose der Paranoia, der Dementia paralytica und der epileptischen Geistesstörung.

Betrachten wir nun den bei allen Geistesstörungen sich geltend machenden Einfluss des Alters auf die Prognose der einzelnen Formen, so ergiebt sich derselbe aus folgenden Tabellen:

1. acute hallucinatorische Verwirrtheit.

		vorz. herausgenommen				Sa.
genesen	gebess.	gebess.	ungeh.	ungeh.	gest.	Sa.
pCt.					pCt.	
			von 24 Kranken bis 25 Jahr			
20 = 83,3	—	1 (n. 8 Mon.)	2	2 = 8,3	1 = 4,2	24
			von 17 Kranken bis 30 Jahr			
11 = 64,7	1	2 (n. 14 u. 16 Mon.) u. 8 M.)	2 (n. 5	1	—	17
			von 10 Kranken bis 35 Jahr			
5 = 50	—	—	2 (n. 8 u. 17 Mon.)	2	1 (n. 3½ J.)	10
			von 8 Kranken bis 40 Jahr			
1 = 12,5	—	—	1 (n. 2½ Mon.)	4 = 50	2 = 25 (n. 6 u. 10½ M.)	8
			von 4 Kranken über 40 Jahr			
1 = 25	—	—	—	2	(1 n. 6 Mon.)	4

2. Manie.

	genesen	gebessert	Sa.
	pCt.		
von 1 Kranken bis 25 Jahr	1 = 100	—	1
von 1 Kranken v. 30—35 Jahr	1 = 100	—	1

3. Melancholie.

	genesen	vorz. herausgen.	Sa.
	pCt.	gebessert	
von 4 Kranken bis 25 Jahr	2 = 50	2 (n. 5 u. 7½ M.)	4
” 1 ” bis 30 ”	1 = 100	—	1
” 3 ” bis 35 ”	2 = 66,6	1 (n. 9½ Mon.)	3
” 1 ” bis 40 ”	1 = 100	—	1
” 2 ” über 40 Jahr	1 = 50	1 (n. 6½ Mon.)	2

4. Hysterische Geistesstörung.

			vorz. herausgen.		
genesen	gebess.	gebessert	ungeh.	Sa.	
von 3 Kranken bis 30 J.	3 = 100 pCt.			3	
" 1 " bis 35 J.	1 = 100 "			1	
" 3 " bis 40 J.	1 = 33,3 "	1 (n. 9 M.)	1	3	

5. Periodische Geistesstörung.

von 1 Kranken bis 25 J.	—	—	—	1	1
" 3 " bis 30 J.	—	2	—	1	3
" 1 " bis 35 J.	—	2	—	—	2
" 2 " bis 40 J.	—	—	—	2	2

6. Circuläre Geistesstörung.

von 2 Kranken bis 25 J.	—	2	—	—	2
" 1 " 30—35 J.	—	1	—	—	1

7. Paranoia.

von 1 Kranken bis 25 J.	—	—	—	1	1
" 2 " bis 30 J.	—	—	—	—	—
" 2 " bis 35 J.	—	—	—	2	2
" 1 " bis 40 J.	—	—	—	2	2

8. Epileptische Seelenstörung.

von 1 Kranken 30—35 J.	—	—	—	1	1
------------------------	---	---	---	---	---

Im Ganzen sind genesen:

von 33 Kranken im Alter von 19—25 J.	23 = 70 pCt.,
" 24 " " " " 25—30 J.	15 = 62,5 pCt.,
" 21 " " " " 30—35 J.	9 = 42,9 "
" 16 " " " " 35—40 J.	2 = 11,8 "
" 6 " " " " über 40 J.	2 = 33,3 "

von 78 Kranken im Alter unter 35 J. . . 47 = 58,5 pCt.

" 22 " " " " über 35 J. . . 4 = 22,5 "

Wir sehen an diesen Aufstellungen, dass die Heilbarkeit bei den höheren Altersstufen rapid sinkt (was ja auch für die Psychosen im Allgemeinen gilt). Während von jüngeren Individuen bis zu 25 Jahren 7 auf 10 genesen, heilen nach 35 Jahren wenig mehr als 2 von 10. Nach Ripping nehmen die Prozentzahlen der Genesungen mit dem höheren Lebensalter zwar auch ab, aber nicht so gleichmässig.

Bei Ripping sind genesen:

von 67 Kranken im Alter von 20—25 J.	11 = 64,7 pCt.,
" 18 " " " " 25—30 J.	13 = 72,2 "
" 25 " " " " 30—35 J.	7 = 28 "
" 14 " " " " 35—40 J.	6 = 42,8 "

Betrachten wir die Prognose der einzelnen Krankheitsformen nach dem Lebensalter, so sehen wir, dass bei der Hauptform, der acuten hallucinatorischen Verwirrtheit, ungefähr dieselben Verhältnisse bestehen, wie bei den Wochenbettsp痴osen im Allgemeinen. Von den Kranken bis zu 25 Jahren sind etwas über 8 auf 10 = 80 pCt., von denjenigen über 35 Jahre aber nur 15,6 pCt. genesen. Die Genesungsaussichten im Alter von 25 bis 30 sind immer noch sehr günstig und im Alter von 30 bis 35 Jahren auch noch nicht schlecht (1 auf 2) nach 35 Jahren werden dieselben aber sehr ungünstig. — Bei der Melancholie spielt das Alter keine wesentliche Rolle, die Genesungen vertheilen sich auf alle Altersstufen ziemlich gleichmässig. — Bei der hysterischen Geistesstörung heilten alle (4) Fälle, die bis zum Alter von 35 Jahren erkrankt waren, während von den 3 Fällen über 35 Jahre nur 1 genesen ist, 1 vorzeitig (nach 9 Mon.) herausgenommen wurde und 1 ungeheilt blieb.

Sehen wir so, welch' ausserordentlich wichtige Rolle das Alter bei der Prognose spielt, so erklärt sich, wenn man erwägt, dass die grösste Zahl der Wochenbettsp痴osen (78 pCt.) vor dem Alter von 35 Jahren entsteht, die günstige Prognose der Wochenbettsp痴osen. Diese relativ günstige Prognose hat man also nicht dem Wochenbett an sich zuzuschreiben, sondern nur dem Umstande, dass die Wochenbetten, in denen Geistesstörungen entstehen, fast ausschliesslich in die jugendlichen, lebenskräftigen Jahre fallen.

Ich habe in der Literatur über die nach den einzelnen Altersstufen berechneten Genesungsverhältnisse nur in den älteren Werken von Julius und in dem statistischen Werke von Koster und Tigges Angaben gefunden. Danach waren von den Frauen genesen:

(1814—40)	(36—64)	
im York'schen Irrenhause	in Illenau	in Marsberg
im Alter von 20—30 J.	50 pCt.	52,7 pCt.
im Alter von 30—40 J.	33,8 pCt.	34,5 pCt.
	zusammen 41,9 pCt.	43,6 pCt.
		35,3 gCt.

Demgemäß würde es doch scheinen, als wenn die Wochenbettsp痴osen eine etwas günstigere Prognose hätten, als die anderen Psychosen der entsprechenden Lebensstufen. Es ist aber zu bedenken, dass jene statistischen Angaben aus den 30er bis 60er Jahren stammen, aus einer Zeit, wo die Geisteskranken durchschnittlich viel später in die Irrenanstalt kamen, als dies jetzt geschieht, und daher die Genesungsresultate im Allgemeinen schlechter waren, als sie jetzt sind.

Einen ähnlichen Einfluss wie das Alter hat die Zahl der Geburten auf die Prognose. Macht sich auch hierbei zum Theil nur die

Wirkung des mit der Zahl der Entbindungen naturgemäß steigenden Alters geltend, so darf doch andererseits der schwächende Einfluss vieler, namentlich gehäufter Geburten nicht übersehen werden.

1. Bei den an acuter hallucinatorischer Verwirrtheit Erkrankten waren:

<u>vorzeit. herausgen.</u>					
genesen	gebess.	gebess.	ungeh.	ungeh.	gest.
pCt.				pCt.	pCt.
von den Iparae					
24 = 75	1 (wes.)	2 (n. 8 $\frac{1}{2}$ u. 1 (n. 2 $\frac{1}{2}$ M.)		2 = 6,3	2 = 6,3
		u. 16 M.)			
von den IIparae					
4 = 66,6	—	1 (n. 14 M.)	1 (n. 5 M.)	1	1
von den IIIparae					
6 = 66,6	—	—	1 (n. 8 M.)	2 = 22,2	—
von den IVparae					
1 = 50	—	—	—	—	1 = 50
von den Vparae					
2 = 33,5	—	—	1	2 = 33,5	1 = 16,7
von den VIparae und mehr					
1 = 12,5	—	—	1	5 = 62,5	1 = 12,5

2. Bei den an Melancholie Erkrankten waren:

<u>vorzeit. herausg.</u>			
genesen	gebess.	ungeh.	
von den Iparae . . .	2	1 (n. 5 M.)	—
„ „ IIparae . . .	—	1 (n. 7 $\frac{1}{2}$ M.)	—
„ „ IIIparae . . .	1	—	—
„ „ IVparae . . .	—	—	1 (n. 9 $\frac{1}{2}$ M.)
„ „ VII u. mehr Geb.	3	—	1 (n. 6 $\frac{1}{2}$ M.)
(?) parae (42 Jahre)	1.		

3. Bei der hysterischen Geistesstörung waren:

<u>vorz. herausg.</u>			
genesen	gebess.	gebess.	ungeh.
von den IIparae . . .	2	1	—
„ „ IIIparae . . .	1	—	—
„ „ VI und mehr . .	—	—	1 (n. 9 M.)
			1

Demnach geben bei den an acuter Verwirrtheit Erkrankten die Erstgebärenden die bei weitem beste Prognose (besonders wenn man bedenkt, dass 3 Primiparae, und 2 davon wesentlich gebessert, vorzeitig herausgenommen wurden). Eine fast ebenso gute Prognose

haben die Zweitgebärenden, auch bei den Drittgebärenden bleibt die Prognose immer noch verhältnismässig günstig. Von nun an aber sinkt die Procentzahl der Genesenen schnell. Die Fünft- und Mehrgebärenden haben nur noch geringe Aussicht zu genesen. Dieselben liefern die überwiegende Zahl der Ungeheilten, obgleich viel weniger Mehrgebärende erkranken als Erst- bis Vier gebärende.

Die Melancholie heilt, wie in jedem Lebensalter, so auch bei späteren Geburten ebenso gut als bei früheren. Dagegen scheinen bei der hysterischen Geistesstörung wieder die I. bis III. Gebärenden eine bessere Prognose zu haben als die Mehrgebärenden.

Betrachten wir noch bei der Gesamtheit der Geistesstörungen den Einfluss der Geburtenanzahl auf die Prognose, so ergeben sich, wie leicht erklärlich, ähnliche Resultate wie bei der Hauptform, der acuten hallucinatorischen Verwirrtheit.

Von den 100 Kranken waren

	genesen	gebess.	geb.			ungeh.	ungeh.	gest.	Sa.
			geb.	ungeh.	ungeh.				
pCt.									
I parae . . .	27 = 64,3	5	3	1	4	2	—	42	
II parae . . .	6 = 6,46	2	3	1	1	—	—	13	
III parae . . .	8 = 46,2	—	—	1	2	—	—	12	
IV parae . . .	2 = 33,3	—	—	1	2	1	—	6	
V parae . . .	2 = 25	1	—	—	4	1	—	8	
VI und mehr .	4 = 25	1	1	2	7	1	1	16	

Von den in den drei ersten Wochenbetten Erkrankten sind somit im Ganzen 59 pCt. geheilt, von den in späteren Wochenbetten Erkrankten aber nur 27,8 pCt. Bei Ripping finden sich von den 11 in den ersten drei Wochenbetten Erkrankten 51,4 pCt., von den in späteren Wochenbetten Erkrankten 37,5 pCt. Genesene. Der Unterschied ist bei Ripping also wesentlich geringer. Ripping ist geneigt, diesen Unterschied auf das verschiedene Alter zu beziehen. Dass aber die Anzahl der Geburten nicht unwesentlich ist, scheint sich mir aus der Erwägung zu ergeben, dass (bei der acuten hallucinatorischen Verwirrtheit) von den 10 Erst- bis Drittgebärenden, die über 30 Jahre alt waren, immer noch 5 geheilt wurden, während von den über 30 Jahre alten Mehrgebärenden nur 2 genesen sind. Andererseits haben wieder Mehrgebärende, wenn sie jung sind, immer noch ziemliche Aussicht zu genesen. So wurden geheilt eine 30jährige IVpara und 2 Vpara im Alter von 26 und 27 Jahren. Dagegen starb eine 41jährige Ipara ungeheilt nach $\frac{1}{2}$ Jahr. Im Allgemeinen wird man sagen können, dass bei jungen Erst- bis Drittgebärenden die

Genesungsaussichten sehr gut sind, während alte Multiparae nur wenige Chancen auf Heilung haben.

Nach Ripping ist auch die Zeit des Ausbruchs der Geistesstörung nicht ohne Einfluss auf die Prognose, und zwar soll die 2. und 3. Woche p. p. die günstigste Prognose bieten.

Meine Aufstellungen ergeben ein ähnliches Resultat.

Es sind, wenn nur die vier heilbaren Formen berücksichtigt werden

	genes.	gebess.	vorz. herausg.			
			geb.	ungeh.	ungeh.	gest.
	pCt.					
von 28 in der 1. W. Erkrankten	16 = 57,1	1	1	2	5	3
von 16 in der 2. „ „	12 = 75	—	1	—	2	1
von 6 in der 3. „ „	2 = 33,3	—	—	—	—	—
von 3 nach 3 „ „	2 = 66,6	—	1	—	—	—
von 3 „ 4 „ „	2 = 66,6	—	—	—	1	—
von 2 „ 5 „ „	1 = 50	—	—	1	—	—
von 3 „ 6 „ „	3 = 100	—	—	—	—	—

Die in der 2. Woche Erkrankten würden sonach die beste Prognose bieten. Damit würde übereinstimmen, dass von den Erkrankungen an Melancholie die 4, welche in der 2. Woche p. p. entstanden, alle geheilt sind, während von den 3 anderen, welche genesen sind, 1 bald nach der Geburt und 2 in der 3. Woche ausbrachen. Die in der 1. Woche Erkrankten scheinen dagegen eine verhältnismässig ungünstige Prognose zu haben. Von 28 Frauen, die in der 1. Woche an acuter hallucinatorischer Verwirrtheit erkrankten, blieben 5 = 18 pCt. ungeheilt und 3 = 10,7 pCt. starben. Von den 45 in den späteren Wochen Erkrankten blieben zusammen nur 6 = 13,3 pCt. ungeheilt und 1 = 2,7 pCt. (in der 2. Woche Erkrankte) starb. Bei der 5., welche gestorben ist, fehlt eine Angabe über die Zeit des Ausbruchs der Krankheit.

Dass die Prognose um so günstiger wird, je kürzere Zeit nach Ausbruch der Geistesstörung die Kranke in eine Anstalt kommt, gilt wie für alle übrigen Geistesstörungen so auch für die Wochenbettssyphosen.

1. Es waren bei der acuten hallucinatorischen Verwirrtheit

	genes.	gebess.	vorz. herausg.			
			gebess.	ungeh.	ungeh.	gest.
	pCt.					
von 11 im 1. Mon. Aufgen.	9 = 81,8	—	1	—	1	—
von 12 im 2. „ „	10 = 83,3	—	1	—	1	—

	genes.	gebess.	vorz. herausg.			
	pCt.		gebess.	ungeh.	ungeh.	gest.
von 10 nach 2 Mon. Aufgen.	7 = 77,0	—	1	1	—	—
von 9 „ 3 „ „	5 = 55,5	—	—	2	1	1
von 7 „ 4 „ „	4 = 57,1	—	—	—	2	1
von 1 „ 5 „ „	1	—	—	—	—	—
von 1 „ 6 „ „	0	—	—	—	—	—
von 5 v. 7.—12. „ „	0 = 0	—	—	1	2	2
von 2 „ 1 Jahr „ „	0	—	—	—	—	—
von 4 nach 2 Jahr „ „	1 = 25	1 (wes.)	—	—	2	—
2. Es waren bei der Manie						
von 1 nach 5 Mon. Aufgen.	1	—	—	—	—	—
3. Es waren bei der Melancholie						
von 1 im 1. Mon. Aufgen.	1	—	—	—	—	—
von 2 im 2. Mon. „ „	1	—	—	1	1	—
von 1 nach 2 Mon. „ „	1	—	—	—	—	—
von 2 nach 3 Mon. „ „	—	—	—	1	1	—
von 4 vom 7.—12. Mon. „ „	3	—	—	—	1	—
von 1 nach 2 Jahren „ „	1	—	—	—	—	—
4. Es waren bei der hysterischen Geistesstörung						
von 2 nach 2 Mon. Aufgen.	1	—	—	—	—	—
von 2 vom 7.—12. Mon. „ „	2	—	—	—	—	—
von 3 nach 2 Jahren „ „	—	2	—	—	1	—

Es zeigt sich besonders bei der acuten hallucinatorischen Verirrtheit, dass, wenn die Aufnahme in den ersten beiden Monaten nach Ausbruch der Krankheit erfolgt, die Prognose sehr günstig ist; wenn die Aufnahme aber später geschieht, die Prognose sich langsam verschlechtert, bis dieselbe nach halbjährigem Bestehen der Krankheit vor der Aufnahme ganz ungünstig wird (von 12 Kranken, die nach einem halben Jahre aufgenommen wurden, wurde nur 1 = 8,3 pCt. gesund). Aehnlich ist es bei der hysterischen Geistesstörung, während die Melancholie wieder von diesen Verhältnissen unabhängig zu sein scheint.

Die Prognose der vier heilbaren Formen zusammengenommen ergiebt sich aus folgender Tabelle:

Es waren	genes.	gebess.	vorz. herausg.			
	pCt.		gebess.	ungeh.	ungeh.	gest.
von 12 im 1. Mon. Aufgen.	10 = 83,3	—	1	—	1	—
von 14 im 2. „ „	11 = 78,6	—	2	—	1	—

	genes.	gebess.	vorz. herausg.			
	pCt.		gebess.	ungeh.	ungeh.	gest.
von 11 nach 2 Mon. Aufgen.	9 = 81,8	—	2	2	—	—
von 11 „ 3 „ „	5 = 45,5	—	1	3	1	1
von 7 „ 4 „ „	4 = 57,1	—	—	—	2	1
von 2 „ 5 „ „	2 = 100	—	—	—	—	—
von 1 „ 6 „ „	0 = 0	—	—	—	—	—
von 11 v. 7.—12 „ „	5 = 45,5	—	—	2	2	2
von 4 nach 1 Jahr „ „	1 = 25	1	—	—	2	—
von 6 „ 2 „ „	1 = 16,6	2	—	—	2	1

Von den nach 3 Monaten (d. h. im 4. Mon.) Aufgenommenen ist die Genesungszahl zwar verhältnissmässig gering, doch kommen hier noch 4 vorzeitig herausgenommene hinzu. Von den in den ersten 3 Monaten aufgenommenen 37 Kranken wurden $20 = 81,6$ pCt. geheilt, und $2 = 8,2$ pCt. blieben ungeheilt, dazu kommen noch $5 = 20,1$ pCt. gebesserte und $2 = 8,2$ pCt. in ungeheiltem Zustande vorzeitig herausgenommene, während von allen nach 3 Monaten aufgenommenen 42 Kranken nur $18 = 42,8$ pCt. geheilt, $3 = 7,1$ pCt. gebessert wurden, $10 = 23,8$ pCt. ungeheilt blieben, $5 = 11,9$ pCt. starben und ausserdem $5 = 11,9$ pCt. ungeheilt und $1 = 2,3$ pCt. gebessert herausgenommen wurden.

Würde man die drei unheilbaren Formen mit berücksichtigen, so würden sich für die nach 3 Monaten Aufgenommenen die Verhältnisse noch viel ungünstiger stellen, während für die früher Aufgenommenen die Genesungsprocente sich nur wenig verringern würden.

Dass die hereditäre Belastung die Prognose wesentlich verschlechtere, wie einzelne behaupten (Webster, Rijo, Schröder, Ripping) wird von Schmidt bestritten. Auch ich habe keinen erheblichen Einfluss finden können.

Es waren bei der acuten hallucinatorischen Verwirrtheit

	genes.	gebess.	vorz. herausg.			
	pCt.		gebess.	ungeh.	ungeh.	gest.
von 20 hereditär Belasteten	14 = 70	—	—	3	2	1
von 25 nicht „ „ „	19 = 76	—	2	—	4	—
von 24 individ. Prädisponirt.	15 = 62,5	—	2	2	5	2
von 17 nicht individ. Prädis-						
ponirten	13 = 76,5	—	1	—	2	1
von 10 Belasteten und Prä-						
ponirten	8 = 80	—	—	1	—	1

	<u>vorz. herausg.</u>					
	genes.	gebess.	gebess.	ungeh.	ungeh.	gest.
	pCt.					
von 12 nicht Belasteten und nicht Prädisponirten . . .	8 = 66,6	—	1	—	2	1
von 13 wahrscheinlichen Prä- disponirten	10 = 70	1	—	—	—	2

Wesentliche Unterschiede sind also nicht vorhanden. Nur die individuell Prädisponirten scheinen eine etwas schlechtere Prognose zu haben (die Zahl der Ungeheilten und Gestorbenen 7 = 29,2 pCt.). Die Belasteten und Prädisponirten dagegen weisen bessere Genesungszahlen auf, als die weder Belasteten noch Prädisponirten. Nach den neueren Anschauungen haben sogar die Belasteten im Allgemeinen eine bessere Prognosse als die Nichtbelasteten.

Bei der Melancholie macht sich kein Einfluss der hereditären Verhältnisse auf die Prognose geltend, ebenso wenig bei der hysterischen Geistesstörung und bei der Manie.

Einen grösseren Einfluss scheint der Stand der Erkrankten auf die Heilbarkeit der Wochenbettspsychose zu haben, denn es waren

1. bei der acuten hallucinatorischen Verwirrtheit

	<u>vorz. herausg.</u>					
	genes.	gebess.	geb.	ungeh.	ungeh.	gest.
	pCt.					
von 53 Kranken der gew. Stände	34 = 64,2	1	3	2	9	4
von 10 „ „ bess. „	4 = 40	—	—	3	2	1

Rechnen wir jedoch, um möglichst conforme Verhältnisse zu vergleichen, von den Kranken der gewöhnlichen Stände die 15 unehelich Geschwängerten ab, von welchen 12 = 80 pCt. genesen, 1 gebessert vorzeitig herausgenommen, 1 ungeheilt geblieben und 1 gestorben sind, so waren

	<u>vorz. herausg.</u>					
	genes.	gebess.	geb.	ungeh.	ungeh.	gest.
	pCt.					
von 38 Frauen der gew. Stände	22 = 58	1	2	2	8	3
von 11 „ „ der bess. „	5 = 45,5	—	—	3	2	1
2. bei der Melancholie waren						
von den Kranken der gew. Stände 3 (2)		—	2	—	—	—
von „ „ „ der bess. „	4	—	—	2	—	—

		vorz. herausg.			
		genes.	gebess.	geb. ungeh.	ungeh. gest.
3. bei der Manie					
von den Kranken der gew. Stände	2 (1)	—	—	—	—
von „ „ der bess.	0	—	—	—	—
4. bei der hysterischen Geistesstörung					
von den Kranken der gew. Stände	0	—	—	—	—
von „ „ der bess.	3	2	1	—	1
5. bei den übrigen Geistesstörungen					
von den Kranken der gew. Stände	1	—	—	—	10 (9)
von „ „ der bess.	6	—	—	—	—
Im Ganzen waren					
v. d. 71 Kranken der gew. Stände	39 (25)	2 (1)	5	2	19 (18) 4 (3)
v. d. 29 „ der bess.	11	8	1	5	3 1
v. d. 18 Ledigen	13	—	1	—	2 1

Anmerkung. Die in Klammern gesetzten Zahlen gelten, wenn nur die verheiratheten Frauen berücksichtigt werden.

Die Gesammtverhältnisse stellen sich demnach im Ganzen wie folgt:

Von den 71 Kranken der gewöhnlich. Stände (Verheirathete und Ledige) wurden geheilt 39 = 55 pCt.

Von den 18 Ledigen der gew. Stände wurden geheilt 14 = 77,7 pCt.

Von den 52 Frauen der gew. Stände wurden geheilt 25 = 47,2 pCt.

Von den 29 Frauen der bess. Stände wurden geheilt 11 = 38 pCt.

Demnach haben die gewöhnlichen Stände den besseren Ständen gegenüber eine günstigere Prognose. Der Unterschied der Heilungen beträgt (alle Kranken der gewöhnlichen Stände gerechnet) 17 pCt., und wenn man nur die Frauen beider Stände vergleicht, 9,2 pCt. Uebrigens fand auch Webster für die Puerperalpsychosen, dass die besseren Stände eine günstigere Prognose geben, was übrigens nach Claus generell für alle Psychosen gilt (39,5 pCt. Heilungen bei den weiblichen Kranken der gewöhnlichen Stände und 37 pCt. bei den weiblichen Kranken der besseren Stände). Ueberraschen mag die hohe Procentzahl der Genesenen bei den unehelich Geschwängerten (77,7 pCt.), doch erklärt sich diese wenigstens zum Theil dadurch, dass es sich bei denselben fast ausschliesslich um junge Ertgebärende handelt. Unter ihnen befinden sich nur 2 III parae von 27 und 34 Jahren, von welchen die letztere auch die einzigen ungeheilt gebliebene Ledige von den an acuter hallucinatorischer Verwirrtheit Er-

krankten ist. Die übrigen 16 Iparae, von welchen nur eine nach einem halben Jahre starb, während alle übrigen genesen resp. verbessert sind, hatten ein Durchschnittsalter von 23 Jahren, die älteste von ihnen war 26 Jahre alt und die jüngste 19 Jahre.

Ueber die Dauer der Krankheit bei den Genesenen findet man bei den verschiedenen Autoren ziemlich übereinstimmende Angaben. Boyd berechnete als die mittlere Dauer der Krankheit bei 51 Frauen unter 41 Jahren (7 Monate in der Anstalt und 9 Wochen vor der Aufnahme) 9,1 Monate, Ripping 8 Monate (7,6 bei der Manie und 9,6 bei der Melancholie), Schmidt bei der Manie 10,3, bei der Melancholie 14,0 Monate, Schüle 9 Monate, Krafft-Ebing 6—8 Monate, Clarke als mittlere Aufenthaltsdauer in der Anstalt 167 Tage = 5,6 Monate.

Ich fand

	mittlere Dauer der Krankheit
1. bei der acuten hallucin. Verwirrtheit	9,4 Monate
2. bei der Manie	9 "
3. bei der Melancholie	13 "
4. bei der hysterischen Geistesstörung	19,6 "

Die mittlere Dauer aller Geistesstörungen zusammen beträgt 10,5 Monate. Dabei ist aber zu erwägen, dass die Genesung gerechnet wurde vom Tage der Entlassung aus der Anstalt, während die Genesung in den meisten Fällen vor der Entlassung vollendet ist und die Kranken nur aus verschiedenen Rücksichten noch einige Zeit in der Anstalt bleiben. Ferner ist zu erwägen, dass wir in diesen Zahlen nur die durchschnittliche Dauer der Krankheit bei denjenigen Kranken haben, welche eine Anstaltsbehandlung brauchten, und dass gerade diejenigen Kranken, welche in kürzerer Zeit genesen, gar nicht in die Anstalt kommen. Dass die Zahl derselben keineswegs gering ist, zeigt erstens der Umstand, dass von meinen 100 Kranken der Tabelle I. 5 bereits in früheren Wochenbetten geistig erkrankt waren, aber ihre Psychose zu Hause in kurzer Zeit überstanden hatten, und zweitens meine Tabelle III., welche ja nur solche Kranke enthält, die kurzdauernde Wochenbettspsychoosen ausserhalb der Anstalt durchgemacht hatten und erst später wegen einer anderen Geistesstörung in die Anstalt aufgenommen worden sind. Wenn wir die Angaben über die Dauer dieser zu Hause überstandenen Wochenbettspsychoosen betrachten (soweit solche Angaben in den Acten vorliegen), so ergiebt sich, dass die meisten (12) in wenigen Wochen (durchschnittliche Dauer 5,1 Woche), die kleinere Hälfte (7) in einigen Monaten (durchschnittliche Dauer 5,9 Monate) genesen sind. Die

durchschnittliche Dauer bei diesen 19 Kranken zusammen beträgt 2,9 Monate. Nehme ich an, dass bei den 17 Kranken, wo die Angaben fehlten, die Krankheit durchschnittlich dieselbe Zeit dauerte und berechne ich dann die durchschnittliche Dauer der Wochenbettpsychosen bei den 136 Kranken, welche theils innerhalb theils ausserhalb der Anstalt gesund wurden, so stellt sich dieselbe auf 7,3 Monate. Diese Zahl ist aber noch zu gross, denn es sind ja von den kurzdauernden Psychosen nur diejenigen in Rechnung gezogen, welche später wegen eines Recidivs in die Anstalt kamen. Wenn ich nun nach einer ungefähren Schätzung annehme, dass die Zahl derjenigen, welche später nicht mehr geisteskrank wurden, also auch nicht in die Anstalt kommen konnten, 10 mal so gross ist, so würden 400 kurz dauernde Psychosen (2,9 Monate) und 100 länger dauernde (10,5 Monate) resultiren, die durchschnittliche Dauer der Wochenbettpsychosen also 4,42 Monate betragen. Die geringste Dauer der Krankheit bei den ausserhalb der Anstalt Genesenen betrug 10 Tage, die längste ein Jahr; bei den in der Anstalt Behandelten betrug die kürzeste Dauer zwei Monate, die längste 2½ Jahre.

Der Einfluss des Lebensalters auf die Dauer der Krankheit zeigt sich aus folgender Tabelle:

1. bei der acuten hallucinatorischen Verwirrtheit

von den 20 Kranken bis 25 Jahr	betrug die mittl. Krankheitsdauer	8,7 Mon.
von den 10 „ v. 25—30 Jahr	“ “ “	11,2 „
von den 7 „ über 30 Jahr	“ “ “	8,4 „

2. bei allen Krankheitsformen zusammen

von den 22 Kranken bis 25 Jahr	betrug die mittl. Krankheitsdauer	8,7 Mon.
von den 15 „ v. 25—30 Jahr	“ “ “	11,3 „
von den 12 „ von 30 Jahr	“ “ “	10,8 „

Ein wesentlicher Unterschied in der Krankheitsdauer ergibt sich demnach nur zwischen den Kranken bis 25 Jahre und denen über 25 Jahre. Bei den 22 Kranken unter 25 Jahren betrug die durchschnittliche Dauer 8,7 Monate, bei den 27 über 25 Jahre 11,4 Monate. Ob es ein Zufall ist, dass die mittlere Krankheitsdauer bei den Kranken zwischen 25 und 30 Jahren etwas grösser ist als bei den Kranken über 30 Jahre, will ich dahin gestellt sein lassen.

Wie bei den jungen Kranken bis 25 Jahre nicht nur die Prognose bezüglich der Genesung, sondern auch der Genesungsdauer die beste ist, so zeigte sich, was den Einfluss der Geburtenzahl betrifft, ein Unterschied nur zwischen Erstgebärenden und Mehrgebärenden. Die durchschnittliche Krankheitsdauer betrug:

bei den Erstgebärenden (acute hall. Verwirrtheit)	9 Monate,
bei den Mehrgebärenden	10 , ,
ferner bei Erstgebärenden (aller Formen)	8,9 Monate.
, , , Mehrgebärenden , ,	11,3 , ,

Die Krankheitsdauer wird ferner beeinflusst von der Dauer der Krankheit vor der Aufnahme, denn bei 28 im 1. Vierteljahr Aufgenommenen war die durchschnittliche Krankheitsdauer 8,3 Monate, während sie bei 18 nach einem Vierteljahr Aufgenommenen 13,7 Monate betrug.

Schon Weill hat bemerkt, dass die Erblichkeit die Heilung verzögert. Ich kann dies nur bestätigen. Es betrug nämlich die mittlere Krankheitsdauer

bei 17 hereditär Belasteten	12,8 Monate,
bei 17 individ. Prädisponirten	10,5 , ,
bei 11 Belasteten u. Prädisponirten	13 , ,
bei 23 nicht Belasteten	6,4 , ,
bei 18 nicht Prädisponirten	9,4 , ,
bei 10 weder Belasteten noch Prädisp.	9,3 , ,

Die besseren Stände sind auch bezüglich der Dauer der Krankheit ungünstiger gestellt als die gewöhnlichen, wobei jedoch in Betracht zu ziehen ist, dass von den besseren Ständen eine verhältnismässig grössere Zahl an länger dauernden Formen (Melancholie, hysterischer Geistesstörung) erkrankt. Es betrug

die durchschnitl. Dauer bei den besseren Ständen	14,3 Monate
die , , , , gewöhnl.	9,5 , ,

Bei der acuten hallucinatorischen Verwirrtheit ist übrigens der Unterschied geringer, denn es betrug hier die Krankheitsdauer der Kranken aus den besseren Ständen 12 Monate, der Kranken aus den gewöhnlichen Ständen 9 Monate.

Es bleibt nun noch die Frage übrig, ob nicht der Verlauf der Krankheit selbst oder gewisse Symptome für die Prognose von Bedeutung sind.

Was die acute hallucinatorische Verwirrtheit betrifft, so scheinen die mit Tobsucht beginnenden Formen die beste Prognose zu haben, denn es waren

vorz. herausg.						
genesen	gebess.	gebess.	ungeh.	ungeh.	gest.	
pCt.				pCt.	pCt.	
von den mit Tobsucht beginnenden Psychosen						
32 = 68,1	1	3	2	5 = 10,7	4 = 8,9	
von den mit Depression beginnenden Psychosen						
5 = 33,3	—	—	3	6 = 40	1 = 6,6	
von den mit Stupor beginnenden Psychosen						
1 = 100	—	—	—	—	—	

Von den 16 Kranken, bei denen nur ein tobsüchtiges Stadium vorhanden war, waren genesen 11 = 68,7 pCt., ungeheilt blieben 3 = 18,7 pCt. und 2 = 12,5 pCt. starben. Von den 19 Kranken, bei denen auf die Tobsucht ein Stadium von Depression folgte, waren genesen 13 = 68,4 pCt., als wesentlich gebessert vorzeitig herausgenommen 4 = 21 pCt., ungeheilt 2 = 10,6 pCt. Von den 8 Kranken, bei welchen das tobsüchtige Stadium von Stupor gefolgt war, waren genesen 6 = 75 pCt. und gestorben 2 = 25 pCt. Es würden demnach diejenigen Formen die beste Prognose bieten, welche mit Tobsucht beginnen, und dann wechselnde Zustände zwischen Tobsucht und Depression zeigen; die schlechteste Prognose diejenigen Formen, welche mit einem Depressionsstadium beginnen. Wie ich schon oben erwähnt habe, hat Ripping von der dieser Form entsprechenden „Melancholie mit folgendem Wahnsinn“ keinen der sieben Fälle heilen sehen, während bei der Melancholie mit folgender Manie, die ja auch dazu gehört, von 4 Fällen nur einer genesen ist (und 2 in Behandlung geblieben sind).

Von guter Vorbedeutung scheinen längere oder kürzere Remissionen resp. Intermissionen, besonders im Beginne der Krankheit zu sein. Unter 28 Kranken, bei denen die Krankheit Remissionen oder Intermissionen zeigte, sind 21 genesen, 4 wesentlich gebessert, 2 in ungeheiltem Zustande vorzeitig herausgenommen und 1 gestorben.

Von einzelnen Symptomen sind Nahrungsverweigerung und Selbstmordtrieb selbstverständlich nicht ohne ernste Bedeutung für die Prognose. Das Verschwinden des Fiebers und die Heilung von Localerkrankungen, wo solche bestehen, hat ja in einzelnen Fällen sichtlich auch die Besserung der Geistesstörung zur Folge, in einer grossen Zahl von Fällen nimmt dieselbe jedoch ihren weiteren Verlauf. Ebenso scheint der Eintritt der ersten Menstruation keine wesentliche Bedeutung zu haben. In einzelnen Fällen begann allerdings zugleich mit der ersten Menstruation die Reconvalescenz, in

anderen Fällen dauerte die Krankheit unverändert fort, in noch anderen Fällen war die Reconvalescenz schon weit vorgeschritten, ohne dass sich die Menses einstellten. Das anhaltende Steigen des Körpergewichts bei gleichzeitiger Beruhigung und Klärung ist, wie bei anderen Geistesstörungen, so auch bei den Wochenbettspyschosen ein gutes Zeichen. Fast stets wird dadurch der Beginn der Reconvalescenz angekündigt.

Ich habe bei der Prognose bisher die Gefahr eines Recidivs ganz unberücksichtigt gelassen. Die Wochenbettspyschosen verhalten sich wahrscheinlich in dieser Beziehung ähnlich wie die Geistesstörungen überhaupt; einmaliges Ueberstehen einer Psychose disponirt zu späteren geistigen Erkrankungen. Die Angabe Schmidt's, dass die erblich Belasteten besonders zu Rückfällen neigen, kann ich nur bestätigen. Denn von 33 Kranken (aus Tabelle I. und III.), welche Rückfälle bekamen, waren $16 = 48,5$ pCt. hereditär belastet, $1 = 3,1$ pCt. wahrscheinlich belastet, $10 = 33,3$ pCt. nicht belastet und bei $6 = 18,2$ pCt. waren die hereditären Verhältnisse unbekannt. Werden nur die 28 Kranken der Tabelle III. berücksichtigt, so waren von denselben sogar $15 = 53,5$ pCt. sicher, $1 = 3,5$ pCt. wahrscheinlich belastet, während $7 = 25$ pCt. nicht belastet waren und bei $5 = 18,0$ pCt. die Erblichkeit unbekannt war.

Der kürzeste Zeitraum, nach welchem ein Recidiv eintrat, betrug 5 Monate, der längste 33 Jahre, 8 mal erfolgten Recidive binnen 2 Jahren, 18 mal im ersten, 11 mal im zweiten Jahrzehnt und 6 mal nach 20 Jahren.

In einzelnen Fällen knüpfte sich die Wiedererkrankung an ein Wochenbett. So habe ich in meiner Tabelle I. vier Fälle (von acuter hallucinatorischer Verwirrtheit), wo schon früher im Wochenbett eine Geistesstörung entstanden war. Es handelte sich in einem Falle um eine Erstgebärende, die im 2. Wochenbett wieder erkrankte, in den 3 übrigen um Viertgebärende, von denen 2 im 5., eine aber erst im 8. Wochenbett wieder geisteskrank wurden. Ausserdem findet sich in Tabelle I. noch ein Fall von Melancholie bei dem in fast allen Wochenbetten melancholische Exaltation aufgetreten war, bis in dem VII. und VIII. Wochenbett länger dauernde Geistesstörung ausbrach. Ich habe schon oben bemerkt, dass man diesen Fall zu den periodischen Geistesstörungen rechnen könnte.

Ebenso wie ein späteres Wochenbett scheint die Lactationsperiode das Entstehen von Recidiven zu begünstigen. Ich habe in Tabelle III. 5 solcher Fälle, von welchen 4 bei der nächsten Lactation entstanden,

während im letzten Falle nach der Psychose aus dem 1. Wochenbett das Recidiv erst während der 4. Lactation ausbrach.

Auch eine spätere Gravidität giebt in vereinzelten Fällen zum Entstehen einer neuen Geistesstörung Anlass. Relativ häufig und zwar 11 mal finde ich das Climacterium als Zeit des Wiederausbruchs einer Geistesstörung angegeben und 2 mal das Senium. Bei den übrigen Fällen sind entweder fieberrhafte Erkrankungen oder Gemüthsbewegungen als Ursache des Recidivs genannt. In 6 Fällen folgte dem ersten Recidiv noch ein zweites, im 1. Falle sogar ein drittes (die beiden letzten Anfälle um die Zeit des Climacteriums). In einem von diesen Fällen trat das 1. Recidiv während einer späteren Lactation, das 2. während des Climacteriums auf.

Die späteren Wochenbettpsychosen heilten übrigens alle mit einer Ausnahme. Gundry hat die Beobachtung gemacht, dass die nachfolgenden Anfälle (sc. im Wochenbett) eine günstigere Prognose gestatten als die ersten. Schmidt hat ebenfalls bei späteren Anfällen bessere Resultate gefunden, aber zugleich beobachtet, dass mit der Wiederkehr der Anfälle die Dauer der Behandlung stieg, was sich auch bei meinen wenigen Fällen zeigte. Uebrigens gilt dies nicht nur für die Recidive, sondern auch für die einzelnen Anfälle der periodischen Geistesstörung, welche sich nicht selten an Wochenbetten anschliessen.

Ebenso wie die späteren Wochenbettpsychosen scheinen auch die später in der Lactation auftretenden Psychosen eine relativ günstige Prognose zu versprechen, denn von den 5 Fällen gingen 3 in Genesung über, und zwar 2 in 7 Monaten resp. in einem Jahre, ein Fall wurde gebessert und ein Fall blieb ungeheilt. Von den später im Climacterium Erkrankten (11) wurden 6 geheilt und 2 gebessert. Die nach dem Climacterium auftretenden Recidive theilen das Schicksal der Alterspsychosen. Von sonstigen Recidiven heilten 10, 3 wurden gebessert und 6 blieben ungeheilt. Im Ganzen endeten von späteren Anfällen $10 = 54$ pCt. mit Genesung, 5 mit Besserung, 1 mit Tod und $11 = 30$ pCt. blieben ungeheilt.

Die Prognose der Recidive ist also verhältnissmässig günstig.

Die Form des Recidivs ist häufig dieselbe wie die der Wochenbettpsychose. Im Climacterium trat zuweilen die climacterische Melancholie, einmal auch Dementia paralytica auf, mehrmals entwickelte sich eine hallucinatorische Verrücktheit.

Verzeichniss der benutzten Literatur.

- v. Siebold, Handbuch zur Erkenntniss und Heilung der Frauenzimmerkrankheiten, Bd. II. 1826.
- Burrows, Commentary of the causes, formes, symptomes and treatment of Commentary insanity VI. Puerperal Insanity. — London 1828.
- Friedreich, Systemat. Handbuch der gerichtlichen Psychologie. — Leipzig 1830.
- Esquirol, Des maladies mentales. — Paris 1838.
- Sinogowitz, Die Geistesstörungen (§ 25 Geistesstörungen der Wochenbetterinnen). — Berlin 1843.
- Julius, Beiträge zur Brit. Irrenheilkunde. — Berlin 1844.
- Sanchez Frias, Accouchement artificiel; quarante et un accès d'éclampsie; terminaison par la démence. — Annales de Cirugia 1847. — Ref. Ann. méd. psych. 1848. p. 264.
- Macdonald, On puerperal mania. — Amer. Journ. of insan. 1847. — Ref. Allg. Zeitschr. für Psych. Bd. VII. S. 139 und Ann. méd. psych. 1850. p. 314.
- Lélade, Observation d'une grossesse compliquée d'éclampsie ayant nécessité de l'accouchement forcé et suivie de manie puerpérale. — Archive de la médecine Belge 1847. April. — Ref. Annal. méd. psych. 1849. p. 601.
- Reid, Ueber Ursache, Symptome und Behandlung des Puerperal-Irreseins. — The journ. of psychol. med. and ment. Pathol. I. 1848. Ref. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. VIII. S. 271 und Ann. méd. psych. 1850. p. 310.
- E. Billod, Observation d'éclampsie. — Ann. méd. psych. 1848. p. 310.
- Webster, Puerperal insanity. — Westministr. Med. Society 25. Nov. 1848. — Ref. Allg. Zeitschr. f. Psych. VIII. S. 462.
- Churchill, On insanity in pregnancy and childbed. — Dubl. Quaterly Journ. of med. Febr. 1850. — Ref. Cannst. Jahresber. 1851. III. S. 23.
- Albert, Wuth der Gebärenden und Wöchnerinnen. Pract. Beiträge und Abhandlungen aus der gerichtlichen Medicin. — Med. Correspondenzbl. bayer. Aerzte 1850. No. 47. — Ref. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. IX. S. 153.
- Weill, Considérations générales sur la folie puerpérale. — Thèse de Strasbourg 1851. — Ref. Zeitschr. für Psych. 1852. S. 312 und Annal. méd. psychol. 1853. p. 526.
- Marcé, Etudes sur les causes de la folie puerpérale. — Ann. méd. psychol. 1857. p. 562 ff.
- Marcé, Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices. Paris 1858. — Ref. Annal. méd. psych. 1858. p. 614 ff.
- Westphal, Endocarditis ulcerosa puerperalis unter den Erscheinungen von Puerperalmanie auftretend. — Virchow's Archiv Bd. XX. S. 542. — Ref. Cannst. Jahrb. 1860. IV.
- Finkelnburg, Ueber Osteomalacie mit Irresein. — Allg. Zeitschr. f. Psych. Berlin 1860. S. 199 ff.

- Morel, *Traité des maladies mentales*. — Paris 1860.
- Gundry, *Beobachtungen über puerperale Irresein*. — Amer. Journ. of insan. 1860. — Ref. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1862. S. 412.
- Griesinger, *Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*. II. Aufl. Stuttgart 1861.
- J. E. Smyth, *Case of puerperal convulsions-instrumental delivery-mania-recovery*. — Med. Ann. 1862. März. — Ref. Cannst. Jahrbücher 1862. IV. S. 285.
- Archibald Hall, *Case of puerperal convulsions complicated with mania*. — Obstetr. transact. IV. p. 222. — Refer. in Cannstatt Jahrb. 1863. IV. S. 307.
- A. Scott Donkin, *On the pathological relation between Albiminuria and puerperal mania*. Edinb. med. Journ. VIII. — Ref. Cannst. Jahrb. 1863, IV. S. 307 und 1863, III. 97.
- Eitner, *Mania puerperalis periodica*. — Preuss. Vereinszeitung 1863. No. 40. — Ref. Cannst. Jahresber. 1863. III. S. 88.
- v. Franque, *Schwangerschaft und Entbindungen in ihrem Verhältniss zu Geistesstörungen*. Irrenfreund 1864. S. 53.
- Spiess, *Eclampsie. Délire entre les attaques convulsives. Albuminurie. Bullet. de thérapeutique* 1865. — Referit Ann. méd. psychol. 1866. I. p. 313.
- Leidesdorf, *Lehrbuch der psych. Krankheiten* 1865.
- Tuke, *On the statistic of the puerperal insanity as observed in the R. Edinburgh. Asylum, Moningside*. — Edinb. Med. Journ. Mai 1865. — Ref. Cannst. Jahrb. 1865. III. S. 19 und Ann. méd. psych. 1867. II. p. 567.
- J. B. Tuke, *Cases illustratives of the insanity of pregnancy, puerperal mania and insanity of lactation*. — Edinb. med. Journ. 1867. — Ref. Virchow-Hirsch 1867. II. S. 605.
- Mackey, *A case of convulsions after delivery*. — Virchow-Hirsch 1867. II. S. 590.
- Koster und Tigges, *Geschichte und Statistik der westphälischen Provinzialirrenanstalt Marberg*. — Berlin 1867.
- v. Krafft Ebing, *Die transitorischen Störungen des Selbstbewusstseins*. — Erlangen 1868.
- Fasbender, *Mittheilungen aus der Klinik des Geheimrath Martin. Eclampsie*. — Berliner klin. Wochenschr. 1869. No. 16. — Virchow-Hirsch 1869. II. S. 608.
- Westphal, *Epilepsie bei Säufern. Vortrag*. — Dieses Archiv Bd. I. 1868.
- Dickson, *A contribution to the study of the so-called puerperal-insanity*. — Journ. of ment. sc. 1870.
- Boyd, *Observation on puerperal insanity*. — Journ. of ment. sc. 1870. — Ref. Ann. méd. psych. 1873. II. p. 499.
- Ch. Leon Fritz, *Quelques considérations sur la pathogénie de l'eclampsie et ses rapports avec la manie puerpérale*. — Thèse Strassb. 1870. — Ref. Virchow-Hirsch 1871. II. S. 578.

- Th. Mor. Madden, *On puerperal manie.* — *Brit. and for. med. chirur. review* 1871. — *Virchow-Hirsch Jahresber.* 1871. II. S. 586.
- Gregoric, *Fall von Catheterisatio uteri zur Einleitung der Frühgeburt bei Eclampsie. Tod durch Mania puerperalis.* — *Memorabilien* 1871. No. 8. — *Virchow-Hirsch* 1871. II. S. 594.
- Mc. Dowell, *Epileptic puerperal convulsions and puerperal mania treated by chloral hydrate.* — *Dubl. Journ. of med. Sc.* Juni 1872. — *Virchow-Hirsch* 1872. II. S. 687.
- Arndt, *Ueber Puerperalpsychosen.* — *Archiv für Gynäkologie* Bd. VI. H. 3. 1872.
- Claus, *Statistische Untersuchungen über Geistesstörungen.* — *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 1872. S. 357 und 358.
- Dagonet, *De l'alcoholisme au point de vue de l'aliénation mentale.* — *Ann. méd. psychol.* 1873. I. p. 390.
- Drouet, *Sur l'épilepsie alcoolique.* — *Annal. méd. psych.* 1875. I.
- Mc. Dwell, *Epileptik puerperal convulsions and puerperal mania.* — *Dubl. journ.* 1872. — *Virchow-Hirsch* 1872. S. 687.
- A. B. Steele, *Apoplexy with convulsions in the puerperal period.* — *The Brit. med. Journ.* 1873. — *Virchow-Hirsch* 1873. II. 660.
- Fürstner, *Ueber Schwangerschafts- und Puerperalpsychosen.* — *Dieses Archiv* Bd. V. 1874. S. 513.
- Holm, *On Puerperal-afsinidighed (Lindsyge Asyl).* *Hosp. Tid* 1874. — *Ref. Virchow-Hirsch Jahresber.* 1874. II. S. 103.
- Buchmüller, *Ein Fall von geheilter Eclampsie mit darauf folgender Mania puerperalis.* — *Allg. Wiener med. Ztg.* 1875. No. 47. — *Virchow-Hirsch* 1875. II. S. 607.
- Blandford, *Die Seelenstörungen und ihre Behandlung. Uebersetzt von Dr. Kornfeld.* — Berlin 1878.
- Marc Swiney, *Report of a case in midwifery practice.* — *Dubl. Journ.* 1875. — *Ref. Virchow-Hirsch Jahresber.* 1875. II. S. 607.
- Griffith, *Case of puerperal mania and convulsions.* — *Med. pr. and circul.* Dec. 1877. — *Virchow-Hirsch* 1877. II. S. 591.
- Ripping, *Die Geistesstörungen der Schwangeren, Wöchnerinnen und Säugenden.* — Stuttgart 1877.
- Weiss, *Die unter dem Einfluss von Alkoholintoxication zu Stande kommenden Convulsionen.* — *Psychiatrische Studien aus der Klinik des Prof. Leidesdorf.* Wien 1877. II.
- Schüle, *Handbuch der Geisteskrankheiten.* — Leipzig 1878.
- Dagonet, *Traité des maladies mentales.* — Paris 1878.
- Jensen, *Ueber die Prognose der Geistesstörungen.* — *Deutsche med. Wochenschrift* 1878. No. 40 und 41.
- Jung, *Ueber Paralyse der Frauen.* — *Allgem. Zeitschr. f. Psychiatr.* 1878. S. 627.
- Weber, *Ueber Schwangerschafts- und Puerperalpsychosen.* — *Jahresber. der Gesellschaft für Naturheilkunde in Dresden.* — *Ref. Irrenfreund* 1879.

- Porporati, Note cliniche intorno al frenosi puerperali. — Arch. ital. 1879.
Ref. Allg. Zeitschr. Bd. XXXVI. 1880. S. 484.
- Garcia Rejo, De la folie puerpérale. — Thèse Paris. — Ref. Virchow-Hirsch Jahresber. 1879. II. S. 608.
- Schwarzer, Die transitorische Manie. — Wien 1880.
- Meynert, Die acuten (hallucinatorischen) Formen des Wahnsinns und ihr Verlauf. — Jahrb. f. Psych. II. 1881. S. 181ff.
- Fritzschi, Ueber die Verwirrtheit. — Jahrb. f. Psych. 1881. S. 27.
- Schmidt, Beiträge zur Kenntniss der Puerperalpsychosen. — Dieses Archiv Bd. XI. 1881. S. 82ff.
- Worthington, A case of puerperalmania ending in and apparently cured by an epileptic fit. — Journ. of ment. sc. Oct. 1881. — Ref. Zeitschr. für Psych. 1882. S. 97.
- Frenald, Puerperal insanity and insanity of lactation. — Austrian. med. Journ. 15./VI. 1882. — Ref. Neurol. Centralbl. 1884. S. 381.
- Krafft-Ebing, Lehrbuch der Psychiatrie. II. Aufl. — Stuttgart 1883.
- Legrand du Saulle, De certaines troubles intellectuelles toxiques chez les nouvelles accouchées. — Ann. méd. psych. 1883. I. p. 137.
- Fraser, A case of puerperal mania with remarks. — Glasg. med. Journ. 1885. — Ref. Virchow-Hirsch Jahresb. 1885. II. 613.
- Conrad, Zur Lehre von der hallucinatorischen Verwirrtheit. — Dieses Archiv 1885. S. 522.
- Böcher, Bemerkungen on Eclampsie. — Hosp. Tidende K. 3. Bd. IV. — Virchow-Hirsch 1886. II. S. 669.
- Pilgrim, Geistesstörung in Folge von puerperaler Eclampsie. — Amer. Journ. of insanity 1886. — Ref. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1888. S. 195.
- Mac Leod, An address of puerperal insanity. — Brit. med. Journ. 1886. — Ref. Neurol. Centralbl. 1887. S. 183.
- Guder, Ueber den Einfluss der Schwangerschaft auf Epilepsie und epileptische Seelenstörung. — Irrenfreund 1886.
- Campbell Clarke, Etiologie, pathologie and treatment of puerperal insanity. — The journ. of ment. science. Juli, Nov. 1886 und Jan. 1887. — Ref. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1889. I. 79.
- Campbell Clarke, Die Geschlechtsfunctionen normal und pervers in Beziehung zum Irresein. — Journ. of ment. sc. 1888. — Ref. Allg. Ztschr. f. Psych. 1890. S. 288.
- Savage, Klin. Lehrbuch der Geisteskrankheiten, bearbeitet von Knecht. — Leipzig 1887.
- Parant, La folie puerpérale. — Ann. méd. psych. Juli 1888.
- Th. B. Hansen, Ueber das Verhältniss zwischen der puerperalen Geisteskrankheit und der puerperalen Infection. — Zeitschr. f. Geburtshilfe und Gynäkologie XV. 1. — Ref. im Neurol. Centralbl. 1888. S. 63 und Allg. Zeitschr. f. Psych. 1890. S. 310.
- Schröder, Lehrbuch der Geburtshilfe. X. Aufl. 1888.

- Mendel, Artikel „Paranoia“ in der Realencyklopädie der gesammten Heilkunde Bd. XV. 1888.
- Kräpelin, Compendium der Psychiatrie. 1889.
- Salgo, Compendium der Psychiatrie. — Wien 1889.
- Krahmer, Zur Lehre von den Puerperalpsychosen. — Med. Wandervorträge 17. Berlin 1890.
- Wagner, Ueber Osteomalacie und Geistesstörung. — Jahrb. für Psychiatrie Bd. IX. 1890. S. 113ff.
- Dedichen, Acuta primär puerperal Demens. — Ugeskrift for Laegevid 1890. No. 1. — Ref. Centralbl. f. Psych. 1890. S. 418.
- Scholz, Handbuch der Irrenheilkunde. — Leipzig 1890.
- Worcester, Is puerperal insanity a distinct clinical form? — Amer. Journ. of insan. Juli 1890. — Ref. Centralbl. für Nervenleiden und Psychiatrie 1891. S. 129.
- Meynert, Klinische Vorlesungen über Psychiatrie. — Wien 1890.
- Werner, Die Paranoia. 1891.
- Schöenthal, Ueber acute hallucinatorische Verwirrtheit. Vortrag, gehalten auf der Versammlung des südwestdeutschen psychiatrischen Vereins in Carlsruhe am 7. Nov. 1891. — Ref. Neurol. Centralbl. 1. December 1891. No. 23. S. 733.
- Schwass, Mania transitoria. — Allg. Zeitschr. f. Psych. 1891. S. 108.
- Olshausen, Ueber den Zusammenhang zwischen Puerperalpsychosen und Infection. — Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkologie XXI. 2. — Ref. Centralbl. f. Nervenheilk. und Psychiatrie 1892. No. 1 und Neurol. Centralbl. 1892. No. 9.
-