

## IX.

Aus der städtischen Irrenanstalt Frankfurt a. M. (Prof. Sioli).

### **Polyneuritische Psychose nach künstlichem Abort.**

Von

**R. Hahn.**



Für den Psychiater ist eine Polyneuritis-Psychose in Gravidität oder Puerperium etwas so Seltenes, dass die Lehrbücher sie gar nicht erwähnen, und doch soll sie verhältnismässig häufiger sein, als der alkoholische Korsakow. Diese Vernachlässigung hat mehrere Gründe: Auch schwerere Fälle dieser Psychose sind weniger störend und kommen deshalb seltener in die Anstalt als andere Puerperalpsychosen, die leichteren Fälle werden sogar sicher oft übersehen, und sodann ist die Polyneuritis im Wochenbett doch keine häufige Erkrankung. Die Dürftigkeit unserer Erfahrungen rechtfertigt wohl die Mitteilung einer einzelnen Krankengeschichte, um so mehr, als dieses Krankheitsbild klinische Bedeutung hat durch die grosse Uebereinstimmung mit dem ätiologisch anders bedingten (alkoholischen) Korsakow, durch die Zusammenhänge mit dem unstillbaren Erbrechen und durch die praktisch wichtige Frage des künstlichen Abortes.

Die 1881 geborene Frau K. war in 12 Jahren 11mal gravid. Nur 3 Kinder leben; sie sind gesund. 5mal hat sie abortiert, einmal waren es Drillinge oder gar Vierlinge, die alle starben. Die häuslichen Verhältnisse waren dürftig, die Ernährung ungenügend. Gewohnheitsmässiger Alkoholgenuss wird auch von ihren Feinden bestimmt in Abrede gestellt. Sie soll immer eine aufgeregte Person gewesen sein, wurde noch kurz vor ihrer jetzigen Erkrankung von einer Nachbarin wegen tätlicher Beleidigung verklagt. 1908 wurde eine Graviditäts-erkrankung klinisch beobachtet: Patientin wurde im 3. Schwangerschaftsmonat ins städtische Krankenhaus aufgenommen, weil sie seit 1½ Monaten an heftigem Erbrechen litt. Ausserdem bestand Ikterus. Nach Brommedikation (1 g eine Stunde vor dem Essen) hörte das Erbrechen auf und der Ikterus ging zurück. Nach zwei Wochen traten an zwei aufeinanderfolgenden Tagen epileptiforme Krämpfe auf und danach auch wieder mehrfaches Erbrechen. Nach Entfernung eines Pessars und Behandlung des Ausflusses verschwanden alle

krankhaften Erscheinungen und Patientin konnte 10 Tage nach den Krämpfen gekräftigt entlassen werden. Zu erwähnen ist noch, dass nur am 1. und 2. Tage nach der Aufnahme subfebrile Temperaturen gemessen wurden, während die Krämpfe die Körpertemperatur nicht beeinflussten. Die Pulsfrequenz erhob sich mehrfach über 100, ohne dass an diesen Tagen selbst oder nachher der Zustand schlechter geworden wäre.

Im März 1911 wurde Patientin in das Hospital zum Heiligen Geist aufgenommen wegen unstillbaren Erbrechens im dritten Monat der Gravidität. Aus dem Aufnahmestatus ist zu erwähnen: Haut und Schleimhäute blass. Patellarreflexe lebhaft gesteigert. Urin frei von Eiweiss.

2. 5. Patientin hat dauernd erbrochen. Körpergewicht von 68 auf  $61\frac{1}{2}$  kg gesunken. Pulsbeschleunigung.

Seit einigen Tagen deutlicher Nystagmus. Macht zuweilen einen etwas benommenen Eindruck. Sonst neurologisch o. B.

### 3. 5. Künstlicher Abort.

15. 5. Das Erbrechen hat vollständig aufgehört. Patientin isst mit gutem Appetit, doch ist der Allgemeinzustand ein recht schlechter. Patientin macht einen schlaffen Eindruck, sie liegt in passiver Rückenlage und bewegt sich kaum von der Stelle. Auf Fragen gibt sie richtig Antwort, ist im allgemeinen auch über Zeit und Ort orientiert, doch gibt es Zeiten, wo sie völlig benommen ist. Dabei ist ihr Wesen sehr ängstlich. Deutlicher Nystagmus. Ophthalmoskopisch: Papille vielleicht temporal etwas abgeblasst; eine Papillenweite von der linken Papille entfernt etwa stecknadelkopfgrosse Blutung. Motorische Kraft in den Armen nicht herabgesetzt, dagegen deutliche Schwäche der U. E. Kein Intentionstremor. Armreflexe beiderseits gesteigert. Patellarreflexe lassen sich zunächst nicht auslösen, nur zuweilen gelingt es, eine leichte Kontraktion der Vastusgruppe zu erreichen. Sensibilität für alle Empfindungsqualitäten intakt. Incontinentia alvi.

24. 5. Nystagmus geringer, sonst Nervenstatus nicht verändert.

20. 6. Sehr unruhig und verwirrt. Patientin nimmt sehr oft das Kopfkissen in den Arm und glaubt, ihr Kind bei sich zu haben. Sie spricht mit dem vermeintlichen Kind, herzt und küsst es und zeigt es anderen Patienten. In die städtische Irrenanstalt verlegt.

Der Puls war meist über 80, vom 1. bis 6. 5. 100—120, dann schwankte er um 100 herum und hob sich am 14. und 15. 5. wieder auf 120 und ebenso auch am 27. 5., 2., 4. bis 6., 13. bis 15., 18. und 21. 6. Nur am 13. und 14. 5. sowie am 16. 6. stieg die Temperatur etwas über  $37,5^{\circ}$ .

Bei uns bot Frau K. zunächst auch noch das Bild eines Deliriums: sie erlebte ganze Szenen, zog in die Schlacht, kämpfte mit, klagte über die Schrecknisse. Am Abend des ersten Tages lag sie ruhig im Bett, sprach den Arzt mit „Herr Doktor“ an, gab ihre Personalien richtig an. Sie erzählte, dass sie ab und zu, besonders am Morgen beim Erwachen, Stimmen von Mord und Krieg höre. Auf die Frage, woher sie gekommen sei, antwortete Patientin: „Herr Doktor, ich bin so im Schlaf, dass ich nicht weiss, wo ich bin. Ich sehe allerlei und das regt mich auf.“

— Wann sind Sie gebracht worden? — Heute (unsicher, weint). — Woher? — Ich kann es ja gar nicht sagen, das ist ja das Traurige, ich kann mich nicht erinnern, bin ich gebadet worden, oder ist es, wie wenn ich auf der Gasse hingefallen und fortgebracht wäre. Meine Mutter und mein Mann werden kommen und es Ihnen erzählen. Der Mann von der Rettungswache weiss auch alles. (Mischung von deliranten und wirklichen Erlebnissen.)

Für die ganzen Erlebnisse im Krankenhaus bestand Amnesie, Patientin hatte auch den künstlichen Abort vergessen und gab an, sie sei jetzt im dritten Monat schwanger. Die Stimmung schlug rasch von vergnügter Zutraulichkeit zum Weinen um. Die Angabe, dass ihr oft sei, als ob das Bett sich bewege, und dass sie alles ein paarmal sehe, ist vielleicht auf den Nystagmus zu beziehen. Ausser diesem ergab die Untersuchung:

Pupillen rechts weiter als links. Licht-Reaktion +.

Patellarreflex (trotzdem Patientin nicht spannt) nicht zu erhalten; Sohlenreflex beiderseits gleich, Plantarflexion aller Zehen und des Fusses.

Nadelstiche überall richtig angegeben, nicht besonders schmerzhaft.

Alle Bewegungen auf Verlangen mit leidlicher Kraft ausgeführt; beim Versuch zu stehen, sinkt dagegen Pat. zusammen und klammert sich ängstlich fest.

Puls 136.

In der Folge verhielt sich Pat. bei Tag ruhig, nachts traten die ersten 14 Tage noch ab und zu delirante Zustände auf. Sie schlief oft nicht, sprach viel, suchte ihr Kind. Bei Tag hielt sie sich reinlich, nachts war sie oft unrein, auch mit Stuhl. Die Temperatur bewegte sich meist um 37°, einige Male kam es zu abendlichen Steigerungen bis 39° mit entsprechendem Puls. An den Beinen entwickelte sich rasch eine starke Abmagerung der Strecker und Beugekontraktur im rechten Winkel. Im Juli bestand dabei sehr starke Druckempfindlichkeit der Nervenstämme und Berührungsanästhesie. Anfang Oktober bestand noch eine geringe Sensibilitätsstörung an den Unterschenkeln. Ende Oktober war sie ganz gehoben, die Druckempfindlichkeit war nur noch gering. Nach Massagebehandlung ist die Beweglichkeit und die grobe Kraft wieder besser geworden, so dass im November die Beine beinahe ganz gestreckt werden konnten und im Dezember Pat. mit Unterstützung etwas stehen und die Beine etwas vorwärts schieben konnte. Auch die Atrophie ist zurückgegangen.

Die elektrische Prüfung ergab im Anfang partielle EaR, im Oktober nur noch quantitative Herabsetzung der Erregbarkeit und noch etwas trägere Zuckungen als an den übrigen Körpermuskeln. Alle Störungen waren im rechten Bein immer stärker als im linken. Ende November bestand in den oberen Extremitäten, besonders links, noch ein grobes Zittern, das im Anfang bei intendierten Bewegungen stärker war. Auch der Nystagmus ist geringer geworden, aber noch deutlich. Die Papille ist, besonders links, temporal stark abgeblasst. Die linke Pupille ist dauernd weiter als die rechte bei guter Lichtreaktion. Der Kräftezustand hat sich gehoben, Pat. ist aber immer noch mager und blass. Der Blutbefund geht nicht über den der sekundären Anämie hin-

aus (Poikilozytose und auffällig schlechte Färbbarkeit der weissen Blutkörperchen).

Der Urin war immer frei von Eiweiss und auch von *Bacterium coli*. Die Lumbalpunktion ergab normalen Befund, auch im Serum war Wassermann negativ.

Noch im Juli war die Orientierung schlecht, Pat. meint, sie sei im dritten oder anfangs vierten Monat schwanger und sei in der Entbindungsanstalt.

— Jetzt Monat? — Ich kanns nicht sagen.

— Jahr? — . . . 1904 oder 1903.

— Wie lange hier? — Ich bin eine Weile hier, kann aber die Zeit nicht sagen.

— Woher? — Ich mein, ich wär erst wo anders gewesen.

— Wo denn? — Ich kanns nicht behalten. (Natürlich hatte Pat. öfter erfahren, wo sie jetzt sei und woher sie gekommen sei, hatte aber vorweg wieder alles vergessen.)

Mitte Oktober lässt sich auch im psychischen Status eine deutliche Besserung feststellen: Pat. gibt Wochentag, Monat und Jahr jetzt richtig an, dagegen fehlt ihr noch die Schätzung der vergangenen Zeit, z. B.:

— Wie lange hier? — Ich kanns nicht sagen.

— Wo vor 8 Tagen? — Im Heilig-Geist-Spital. Das hat mir meine Mutter gesagt, ich weiss ja nichts davon.

— Was für ein Haus hier? — In der Irrenanstalt. (Fängt an zu weinen.) Es tut mir leid, wenn ich es sagen muss. — Pat. weiss auch bereits einige Namen von Mitpatienten. Ende Oktober ist die Besserung noch deutlicher. Pat. weiss, dass gestern ihre Schwiegermutter zum Besuch da war, meint aber, ihr jüngstes Kind sei mitgewesen und kann sich mit Nachhilfe auch erst nach und nach daran erinnern, dass es das zwei Jahre ältere Kind war. Bilder in einem Bilderbuch werden richtig erkannt; nach einmaligem Vorzeigen werden aber von 13 nur noch 4 und mit Nachhilfe noch zwei weitere genannt. Beim Durchblättern des Bilderbuches findet sie nur drei sicher heraus, bei drei weiteren ist sie unsicher.

Die experimentelle Prüfung weist also noch eine starke Störung der Merkfähigkeit nach, die im klinischen Verhalten nicht mehr auffällig ist. Sehr schön zeigt sich die Störung auch beim Nachsprechen von einzelnen Zahlen:

763824: sofort richtig wiederholt.

Also wie heisst die Zahl? — 7 . . . . . 6 4 . . .

8 hundert und? — 64, gell?

Die gleiche Prüfung ergibt Ende November, d. h. 4 Wochen später, ein weit besseres Resultat:

763824: sofort richtig wiederholt.

— Also wie heisst die Zahl? — 723824.

Von den 13 oben erwähnten Bildern nennt Pat. jetzt nach einmaligem Vorzeigen wenigstens 6 sicher richtig und findet beim Durchblättern des Buches ohne Mühe alle 13 wieder heraus.

Ueber die Erlebnisse der letzten 3 Wochen, die Verlegung auf andere Abteilungen usw. weiss Pat. Anfang November genügend Bescheid. Sie kennt auch die Namen einer Reihe von Patienten, mit denen sie auf anderen Abteilungen zusammen war.

An die deliranten Erlebnisse zu Anfang unserer Beobachtung besteht eine unscharfe Erinnerung. Pat. gibt an, dass sie damals Stimmen von Krieg gehört habe und meint jetzt, das sei daher gekommen, dass eine Frau ihr gesagt hätte, es werde Krieg geben. Pat. kann auch noch ungefähr den Raum schildern, wo sie zuerst gelegen hat. Dagegen fehlt auch im November noch jede Erinnerung an den Aufenthalt im Heilig-Geist-Spital, an den künstlichen Abort und auch die letzten Monate vor der Erkrankung. Sie weiss nichts mehr davon, dass sie ins Krankenhaus kam, dass sie häufig Erbrechen hatte; sie kann sich überhaupt nicht mehr daran erinnern, dass sie schwanger war, dass die Periode ausblieb usw. Ebenso ist die Erinnerung für den lebhaften Streit mit der Nachbarin nicht wiedergekehrt.

Im Dezember wurde Pat. in die Pflegeanstalt überführt. Pat. kann sich jetzt (d.h. im März 1912) etwas fortbewegen, indem sie sich an der Wand oder am Bett vorwärts zieht und die Beine schleudernd ohne Biegung im Knie nach vorn bringt. Der Patellarreflex ist nicht wiedergekehrt, die Sensibilität ist wieder gut. Pat. ist blöd-euphorisch, in Briefen übertrieben zärtlich und frömmelnd. Sie isst sehr viel, ist „fast unersättlich“. Sie greift oft an die Genitalien und „zeigt dann kaum Empfindung dafür und für nötige Reinigung“. (Auch hier war ihr schamloses Onanieren aufgefallen.)

Die Lähmung hat sich also nur wenig gebessert und die Demenz hat eher zugenommen. Die Erinnerung dagegen ist zum grossen Teil wiedergekommen: Pat. schildert jetzt den Beginn und Verlauf ihrer Krankheit im wesentlichen richtig und ohne Konfabulationen.

#### Zusammenfassung:

Dass es sich bei unserer Patientin um eine Polyneuritis-Psychose handelt, ist ebenso wahrscheinlich wie der Zusammenhang mit der Schwangerschaft. Alkoholismus ist bestimmt auszuschliessen, auch von andern Giften oder Infektionskrankheiten ist nicht die Rede. 3 Jahre früher waren ebenfalls im dritten Graviditätsmonat starkes Erbrechen und zweimal epileptiforme Krämpfe aufgetreten. Diesmal stellte sich wieder im dritten Monat Erbrechen ein, dazu Nystagmus und zeitweilige Benommenheit und Pulsbeschleunigung über 100. Der künstliche Abort bringt das Erbrechen zum Stillstand, aber der Allgemeinzustand bessert sich trotzdem nicht. Die Benommenheit wird stärker, der Nystagmus besteht weiter, eine Retinablutung tritt auf, und es kommt zur Lähmung beider Beine mit Verlust der Patellarreflexe und zur Sphinkterlähmung. Alle diese schweren Erscheinungen sind 12 Tage nach dem künstlichen Abort ausgebildet; wie sie aufeinander-

folgten, lässt sich nicht mehr feststellen. Den Anfang machten der Nystagmus und die zeitweilige Benommenheit, die schon vor dem Abort beobachtet wurden. Nur die Störungen an den unteren Extremitäten nahmen in den nächsten Monaten noch zu; es entwickelten sich starke Hyperästhesie für Druck bei Aesthesie für Berührung und Beugekontrakturen.

Die psychischen Störungen setzten etwa gleichzeitig mit den somatischen ein: zunächst zeitweise leichte Benommenheit, dann ängstliches Wesen; zu stärkerer Unruhe und Verwirrtheit kam es erst etwa nach einem Monat. Der delirante Zustand hielt nur wenige Tage an; in den folgenden 2 Wochen wiederholte er sich nur nachts noch öfter. Nach Ablauf dieser akuten Erscheinungen ist die Patientin meist blödeuphorisch mit Neigung zu rasch vorübergehenden Verstimmungen. Es besteht Amnesie für alle Erlebnisse im Krankenhaus. Neues wird vorweg wieder vergessen. Konfabulation ist kaum angedeutet. Im Verlauf von 5 Monaten wird die Merkfähigkeit wieder ziemlich gut und es stellt sich auch die Erinnerung rückwärts bis zur Aufnahme in die Irrenanstalt wieder ungefähr ein. Nach weiteren 3 Monaten ist die Erinnerungslücke jetzt wieder ganz ausgefüllt. Dagegen hat die Verblödung eher noch zugenommen.

Wir haben also im ganzen dasselbe Bild vor uns, wie beim alkoholischen Korsakow. Auffällig ist nur vielleicht die weitgehende Aufhebung der Amnesie und die Stärke der Verblödung. Die körperliche Besserung geht viel langsamer vorwärts, als es bei der alkoholischen Neuritis der Fall zu sein pflegt.

Die Krankheit hat sich voll entwickelt nach künstlichem Abort, der wegen unstillbaren Erbrechens eingeleitet worden war. Bei unserer Kranken könnte man annehmen, dass durch das unstillbare Erbrechen es zum Marasmus mit Bluterkrankung gekommen sei, der seinerseits erst die Polyneuritis erzeugt habe. Hoesslin<sup>1)</sup>, der die Fälle aus der Literatur bis 1903 neben eigenen Beobachtungen gesammelt hat, erwähnt aber, dass auch Schwangere, die trotz schwerem Erbrechen noch bei guten Kräften waren, dennoch an schwerer Polyneuritis erkrankten. Er schliesst daraus, dass wohl das gleiche Gift, ein Toxin, das sich in Gravidität und Puerperium entwickelt, beide Erkrankungen verursache. Die Franzosen<sup>2)</sup> gehen noch weiter, sie halten die Neigung der Schwan-

---

1) v. Hoesslin, Schwangerschaftslähmungen der Mütter. Arch. f. Psych. Bd. 38 u. 40.

2) Pinard, Des vomissements de la gestation. Bull. de l'Acad. de méd. T. 65. 22. 1910.

geren zum Erbrechen überhaupt für eine toxische Erscheinung und verlangen den künstlichen Abort, sobald der Puls rasch wird (d. h. über 100!), um rechtzeitig das Fortschreiten zu schwereren Erscheinungen, d. h. das Uebergreifen vom Brechzentrum auf das Vaguszentrum und die peripheren Nerven zu verhüten. Unser Fall und ähnliche von Hoesslin beweisen aber, dass der künstliche Abort wohl das Erbrechen beseitigt, dagegen keinen Schutz gibt vor der Neuritis. In den 92 Fällen, über die Hoesslin berichtet, entstand die Polyneuritis 36 mal vor und 56 mal nach Partus, resp. Abort. Hoesslin will deshalb die Indikation für den künstlichen Abort bei unstillbarem Erbrechen eingeschränkt haben, weil sich danach doch häufig noch die schwereren Erkrankungen einstellen. Dafür, dass auch der künstliche Abort keine Rettung mehr bringt, wenn sich bereits in der Gravidität zum unstillbaren Erbrechen Polyneuritis hinzugesellt hat, spricht auch der Fall, über den Job<sup>1)</sup> berichtet, wo im 6. Monat der Abort eingeleitet wurde. Das Erbrechen besserte sich vorübergehend, der Puls blieb aber hoch, die peripheren Lähmungen wurden stärker, 37 Tage nach dem Abort trat der Tod ein. Nach Job sollen allerdings die Resultate nach künstlichem Abort doch noch besser sein, als ohne Unterbrechung der Gravidität: es erholten sich 6 Frauen, die die Kinder austrugen, langsamer als 5, bei denen der Abort gemacht worden war; dafür starben aber 2 bald nach dem Abort an rascher Verschlimmerung des Grundleidens.

Gegen die Forderung der Franzosen<sup>2)</sup>, den künstlichen Abort einzuleiten, wenn bei Schwangerschaftserbrechen der Puls über 100 steige, müssen vom neurologischen Standpunkt aus denn doch Bedenken erhoben werden. Einmal ist es sehr willkürlich, nur die eine (toxische) Aetiologie für das Erbrechen anzunehmen und die Reflex- oder psychogene Genese ganz zu leugnen. Die psychotherapeutischen Erfolge (und auch viele medikamentöse Heilungen sind wohl Suggestiverfolge) sprechen doch sehr dafür, dass es eine sehr häufige gutartige Form des Schwangerschaftserbrechens gibt. Neurasthenisch-hysterische Individuen bekommen bei allen möglichen Gelegenheiten Erbrechen, warum nicht in der Gravidität! Solche Patienten haben aber sehr leicht eine Pulsbeschleunigung von 100 und mehr, ohne dass etwas Ernsthafteres dahinter steckt. Als Neurologe wird man also vor der einseitigen Wertung des Pulses als Masstab für die Einleitung des künstlichen Abortes nur

---

1) Job, *Ann. de gyn. et de l'obstét.* Mars 1911. Nach Schmidts Jahrbüchern. Bd. 196.

2) Pinard, l. c.

warnen müssen. In unserem Falle könnte man ja der Pulssteigerung vor dem Abort eine prognostisch üble Bedeutung beilegen, dass man es nicht darf, geht aus dem Verlauf der früheren Graviditätserkrankung (1908) hervor, die trotz der Beschleunigung über 100 gut verlief.

Diese frühere Erkrankung, ebenfalls im 3. Schwangerschaftsmonat, ist auch deshalb interessant, weil sie die Erfahrung Hoesslins (l. c.) bestätigt, dass es leicht bei neuer Gravidität zu Rezidiven kommt. Dabei habe ich allerdings vorausgesetzt, dass die beiden Erkrankungen unserer Patientin, die frühere mit Erbrechen und epileptiformen Anfällen, die spätere mit Erbrechen und polyneuritischer Psychose als zusammengehörend aufgefasst werden. Der Zusammenhang ist sehr naheliegend, und die Annahme einer gemeinsamen Aetiologie in Bildung von Graviditätstoxinen (oder sagen wir vorsichtiger: von Toxinen, die mit den Generationsvorgängen der Frau zusammenhängen) ist um so mehr gerechtfertigt, als die gewöhnlichen Ursachen der Polyneuritis, vor allem Alkohol, in diesem Falle auszuschliessen sind. Uebrigens ist daran zu erinnern, dass auch der Alkoholismus bei der Frau leichter zu Polyneuritis und Psychose führt als beim Mann<sup>1)</sup>, was auch wieder für die ätiologische Bedeutung der genitalen Prozesse der Frau spricht. Natürlich muss bei einer Polyneuritis, die, wie in unserm Falle, hauptsächlich die unteren Extremitäten betrifft, daran gedacht werden, dass sie leicht durch den Druck des kindlichen Kopfes oder durch Fortleitung von Entzündungsprozessen im Becken (besonders im Puerperium!) entstehen kann. In unserem Falle ist kein Anhaltspunkt für eine solche Infektion gegeben, und auch Hoesslin<sup>2)</sup> kommt zu dem Schluss, dass neben der traumatischen und der Neuritis per contiguitatem doch noch viele Fälle übrig bleiben, die am ehesten als toxische aufzufassen sind. Anton<sup>3)</sup> spricht von einer toxischen Neuritis mit der Reserve, „dass es sehr schwer ist, eine stattgehabte Infektion auszuschliessen“. Ganz leichte Fälle von Neuritis cruralis, die sich nur durch Gefühl der Schwere in den Beinen, Schmerzen und Druckempfindlichkeit vertrate, sollen nach Ernst<sup>4)</sup> häufig (90 auf 800 Wöchnerinnen) vorkommen und leicht verlaufen.

Die schwereren Erscheinungen unseres Falles sind alle schon öfter

---

1) Jolly, Charitéannalen. 22. Jahrg. S. 579. Zit. nach Bonhöffer, S. 160. — Bonhöffer, Akute Störungen der Gewohnheitstrinker S. 159.

2) l. c.

3) Anton, Ueber Geistes- und Nervenkrankheiten in der Schwangerschaft, im Wochenbett und in der Säugungszeit. Wiesbaden 1910. (Sonderabdruck aus d. Handb. d. Gynäkol.)

4) Ernst, zit. bei Hoesslin und bei Anton, S. 63.



beobachtet worden. Knapp<sup>1)</sup> erwähnt den Nystagmus als nicht selten, die temporale Abblassung der Papille, die Sphinkterenlähmungen und die Neigung zu Blutungen. (Letztere auch Anton l. c. S. 45.)

In den letzten zusammenfassenden Arbeiten über die Generationspsychosen des Weibes von Runge<sup>2)</sup> und Meyer<sup>3)</sup> wird die polyneuritische Psychose nur von letzterem kurz erwähnt. Auch Siemerling<sup>4)</sup> bespricht in seiner Abhandlung über Infektions- und autotoxische Psychosen den Korsakow nur als Ausgang einer langsamen Rekonvaleszenz von Infektionsdelirien, unter den Gelegenheiten zur Autointoxikation werden gastrointestinale Störungen, Herzleiden, Urämie, schwerer Ikterus, nicht aber Gravidität und Puerperium erwähnt.

Die Korsakowsche Psychose scheint aber bei der Polyneuritis gravidarum et puerperarum nicht selten zu sein, Hoesslin (l. c.) fand sie 17mal bei seinen 92 toxischen Polyneuritiden. Bereits Korsakow<sup>5)</sup> selber hat einen hierher gehörigen Fall beschrieben. Ausserdem sind eine Reihe Einzelfälle, zum Teil dem unsern ganz ähnlich, geschildert worden. Sektionsberichte bringen die Publikationen von Funke<sup>6)</sup> und Dustin<sup>7)</sup>. Es fanden sich neben den peripheren auch spinale Degenerationserscheinungen; vom letzteren Autor wurden allerdings nur die den ergriffenen peripheren Nerven zugehörigen Vorderhornzellen affiziert gefunden.

Zur Aetiologie mag noch kurz erwähnt werden, dass sich die Vermutung Semons<sup>8)</sup> von der spezifischen Bedeutung der Koli-Infektion für die Graviditätsneuritis in unserm Falle nicht bestätigt hat.

Den Direktoren der medizinischen Klinik des Hospitals zum Heiligen Geist und des städtischen Krankenhauses, Professor Treupel und Professor Schwenkenbecher, sowie Direktor Snell von der Heil- und Pflegeanstalt Herborn verdanke ich die Benutzung der Krankengeschichten.

1) Knapp, Die polyneuritischen Psychosen. S. 94, 97. Wiesbaden 1906.

2) Runge, Generationspsychosen des Weibes. Arch. f. Psych. Bd. 48.

3) E. Meyer-Königsberg, Die Puerperalpsychosen. Arch. f. Psych. Bd. 48.

4) Siemerling, Infektions- und autotoxische Psychosen (Delirien, Amentia). Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. 1911. Nr. 21.

5) Korsakow, Arch. f. Psych. Bd. 21.

6) Funke, Ueber Schwangerschaftslähmungen der Mutter. Vereinsbeilage d. Deutschen med. Wochenschr. 1908.

7) Dustin, La polynévrite gravidique. Nouv. Iconogr. de la salpêtr. 1908. No. 4. p. 349.

8) Semon, Polyneuritis und Korsakowsche Psychose bei Kolipyelitis in der Gravidität. Med. Klinik. 1909. Bd. 32.