

XXVI.

Aus der psychiatrischen und Nervenlinik (Geheimer Med.-Rat Prof. Dr. Siemerling) und der Frauenklinik (Prof. Dr. Stoeckel) der Universität Kiel.

Ueber die Bedeutung gynäkologischer Erkrankungen und den Wert ihrer Heilung bei Psychosen.

Von

Dr. König,

und

Dr. Linzenmeier,

Assistenzarzt der Nervenlinik.

Assistenzarzt der Frauenklinik.

I. Psychiatrischer Teil.

In einem kürzlich erschienenen Vortrag weist Peretti darauf hin, dass die Vorstellung vom Zusammenhang psychischer und nervöser Störungen mit dem Sexualapparat der Frau sehr alt sei. Der Gedanke an diesen Zusammenhang ist jedenfalls dadurch hervorgerufen worden, dass man frühzeitig sah, dass relativ häufig in den Zeiten, in denen das Sexualleben der Frau und damit auch ihre Sexualorgane eine Umwälzung erfuhren, also z. Zt. der Pubertät und der Menopause, sich psychische oder nervöse Anomalien geltend machten. Auch die Tatsache, dass bei sonst gesunden Frauen während oder kurz vor oder nach der Menstruation Störungen des seelisch-nervösen Gleichgewichts auftraten, mag in dieser Beziehung wegweisend gewirkt haben. Auf diesen Gedankengängen fussend haben sich im Laufe der Jahre und Jahrzehnte seit Beginn des 19. Jahrhunderts zahlreiche Autoren mit dieser Frage beschäftigt und je nach Erfahrung und Ueberzeugung Stellung dazu genommen. Allmählich vollzog sich jedoch eine Trennung der Materie. Das Augenmerk wandte sich mehr den nervösen Störungen zu und brachte die eigentlichen psychischen Störungen nicht mehr so in direkten Zusammenhang zu genitalen Affektionen. Von Zeit zu Zeit jedoch griff immer wieder ein oder der andere auch darauf zurück und brachte seine diesbezüglichen Erfahrungen vor. Die hauptsächlichsten Vertreter dieser Frage sind

neben Schultze, Rohé und Hobbs. Diese beiden bringen eine Zusammenstellung über das Ergebnis von gynäkologischen Untersuchungen und Behandlungen bei weiblichen Geisteskranken. Ihnen hat sich dann — von einigen vereinzelt Fällen sehe ich ab — in neuester Zeit Bossi angeschlossen, über dessen Anschauungen noch des Näheren zu sprechen sein wird.

Rohé untersuchte 35 geisteskranke Frauen und fand 26 mal genitale Affektionen. Er operierte 22 dieser Fälle, 2 starben, 4 blieben unverändert, 1 konnte nicht mit verwertet werden. Elf seien gebessert worden — eine dieser „Gebesserten“ starb aber 4 Wochen später, wahrscheinlich durch Selbstmord — und 4 seien gesund geworden. Fassen wir dieses Resultat zusammen, so ergibt sich — die eine durch Suizid geendete kann wohl kaum mitgerechnet werden — unter 35 Frauen 26 genitale Erkrankungen, d. i. fast 80 pCt. — wir werden später sehen, wie sich das Verhältnis bei unserem Material stellt — ferner unter 22 Operierten 4 Heilungen, d. i. rund 18 pCt., und 10 Besserungen, d. i. rund 45 pCt. Bedeutend grösser ist das Material von Hobbs, das in allen weiteren in seinem Sinne gehaltenen Publikationen vorgeführt wird. Hobbs fand unter 1000 geisteskranken Frauen 253 mal pathologische Veränderungen des Genitale, also ungefähr in 25 pCt. Er operierte dieselben und sah 100 Heilungen, d. i. fast 40 pCt., und 59 Besserungen, d. i. rund 23 pCt. Heilungen und Besserungen zusammen ergeben also bei beiden ungefähr das gleiche Resultat. Nun hat zur Beleuchtung dieser Statistik Peretti derselben einige Zahlen aus den rheinischen Provinzialanstalten resp. aus Grafenberg gegenübergestellt, und da ergibt sich für sämtliche weibliche Psychosen ein Prozentsatz von rund 45 pCt. Besserungen und Heilungen, wenn alle organischen Erkrankungen eingeschlossen sind, etwa 54 pCt., wenn nur die einfachen akuten und chronischen Psychosen in Betracht gezogen werden einschliesslich der paranoischen, senilen und Verblödungsprozesse, und sogar 72,2 pCt. Heilungen resp. Besserungen, wenn nur die manischen und depressiven Erkrankungen in Betracht gezogen werden. Wir sehen also, dass sich dieses Resultat ungefähr mit den von Rohé und Hobbs angegebenen Zahlen deckt, da man wohl ohne weiteres, ohne auf die dort gestellten psychiatrischen Diagnosen näher einzugehen, berechtigt sein wird, anzunehmen, dass es sich in allen diesen Fällen um Erkrankungen dieser Art gehandelt haben wird. Man könnte also mit einigem Recht daraus den Schluss ziehen, dass das Resultat sowohl bei Rohé wie bei Hobbs nicht schlechter gewesen wäre, wenn die Operationen nicht vorgenommen worden wären. Hieran möchte ich zur weiteren Klarstellung noch einige Zahlen aus unserer Klinik anschliessen. In den elf Jahren

ihres Bestandes sind aus der Klinik 3264 Frauen zur Entlassung gekommen, davon 341 geheilt, d. i. 10,4 pCt., und 1784 gebessert, d. i. 54,7 pCt., sodass wir zusammen 65 pCt. als gebessert resp. geheilt entlassen haben. Wenn man bedenkt, dass in diesen Zahlen alle organischen Erkrankungen, wie Paralyse, Lues cerebri, arteriosklerotische und senile Geistesstörungen, ferner geistige Schwächezustände und Paranoia eingeschlossen sind, so ergibt sich ohne weiteres, dass das Prozentverhältnis noch ein viel günstigeres für die rein funktionellen Erkrankungen wäre. Ich möchte jedoch nicht unterlassen zu bemerken, dass mir das Operieren mit statistischen Daten über Heilung oder Besserung gerade bei psychischen Erkrankungen ein ziemlich uferloses Unternehmen zu sein scheint, da der Begriff der Heilung bei Psychosen doch kein so scharf umrissener ist wie z. B. bei einer abgelaufenen Pneumonie oder bei einem geheilten Beinbruch. Es wird da sehr vom Empfinden des einzelnen Arztes abhängen, ob er einen Kranken als geheilt oder nur gebessert bezeichnen will, besonders wird dies bei denjenigen Psychosen der Fall sein, die der Gruppe der manisch-depressiven Erkrankungen angehören, denn wenn auch, wie es bei diesen Erkrankungen doch in den weitaus meisten Fällen vorzukommen pflegt, der einzelne Anfall, mag er nun ein manischer oder melancholischer gewesen sein, zum Ablauf gelangt, das betreffende Individuum daher als derzeit geistig völlig gesund bezeichnet werden muss, so ist doch damit noch nicht gesagt, dass damit die ganze Erkrankung endgültig geheilt ist — mit der Möglichkeit, ja sogar Wahrscheinlichkeit, dass in einiger Zeit ein gleichartiger oder entgegengesetzter Anfall wieder auftreten kann, müssen wir doch rechnen. Mit noch einem Punkte müssen wir aber noch bei der Frage, ob geheilt oder gebessert entlassen, resp. bei der sich damit beschäftigenden Statistik rechnen und zwar damit, dass wohl ein ziemlicher Teil der als gebessert entlassenen Fälle weiterhin noch in Heilung übergeht und dadurch der Prozentsatz sich in günstigem Sinne verschieben würde. Diese Erwägungen erstrecken sich natürlich in erster Linie auf die von mir angeführte Gruppe von Psychosen, die ja auch für den supponierten Zusammenhang zwischen geistiger und genitaler Erkrankung vorwiegend in Betracht kommen. Auch die von den genannten Autoren angeführten psychischen Diagnosen, wie Hysteroepilepsie mit Manie, Melancholie, Manie und circuläres Irresein deuten darauf hin. Aber auch bei den Kranken, die der Dementia praecox-Gruppe angehören, liegen die Verhältnisse ähnlich. Auch hier haben wir häufig Remissionen, schubweisen Verlauf. Und was schliesslich die hysterischen Geistesstörungen anbelangt, so ist das vielgestaltige, oft wechselnde Bild derselben ja so bekannt, dass es ohne weiteres

einleuchtet, dass die oben angestellten Erwägungen auch für sie zu treffend sind.

Wenn ich von einigen kleineren Mitteilungen über vereinzelte Fälle von Heilungen von Psychosen durch operative Eingriffe gynäkologischer Natur absehe, so ist noch eine von den Italienern Angelucci und Pieraccini im Jahre 1897 gemachte Zusammenstellung erwähnenswert. Diese berichten über 117 Fälle von gynäkologischen Operationen bei Geisteskranken. Unter diesen wurde nur 17 mal ein günstiger Erfolg gesehen — 12 davon litten nur an nervösen Störungen — 23 mal blieb der Zustand unverändert und bei 76 verschlimmerte sich der Zustand. Wahrhaftig kein sehr glänzendes Resultat. Wenn man dazu noch erfährt, dass sechsmal eine Scheinoperation ausgeführt wurde, die jedesmal ein befriedigendes Ergebnis gehabt hat, so kann man wohl nach diesen Angaben von einem Fiasko der operativen Therapie bei psychischen Störungen sprechen. Auch Raimann kommt im Jahre 1904 zu einem vorwiegend negativen Ergebnis auf Grund seiner Untersuchungen an der Wiener Klinik. Das Ergebnis all dieser Untersuchungen war nun ungefähr folgendes: Bei gynäkologischen Veränderungen bei gleichzeitig bestehenden psychischen Anomalien soll nur dann operativ vorgegangen werden, wenn der operative Eingriff auch ohne das Bestehen der psychischen Alteration indiziert wäre. So ungefähr finden wir es in den Arbeiten von Martin und Hermkes ausgedrückt und in ähnlicher Weise hat sich erst kürzlich noch Walthard geäußert. Meine bisherige Darstellung beschränkt sich meinem Thema entsprechend auf die psychischen Affektionen und lässt, wie ich es auch im Weiteren tun werde, die Frage der rein nervösen Störungen unberührt. Nebenbei möchte ich nur bemerken, dass diese Frage in letzter Zeit ebenfalls von den meisten Autoren in dem Sinne beantwortet wird, dass es sich auch dabei um Erkrankungen im Vorstellungsleben handle, die sich nur rein äusserlich auf das Genitalorgan — gleichgültig ob daselbst krankhafte Veränderungen bestehen oder nicht — konzentrieren und dass dementsprechend die Therapie in erster Linie eine psychische sein müsse. Ich verweise diesbezüglich nur auf die erschöpfende Darstellung von Walthard, Meyer u. a. Diese Frage steht aber hier nicht zur Diskussion.

Die Frage, die ich zu beantworten versuchen werde, lautet: Gibt es Psychosen — gleichgültig wie wir Psychiater sie benennen — die einzig und allein durch eine genitale Erkrankung verursacht werden und demzufolge auch durch lokale Heilung zum Verschwinden gebracht werden? Wenn wir uns an die Maximen erinnern, wie sie von Martin und Hermkes u. a. aufgestellt werden, so scheint diese Frage von

vorherlein zu verneinen zu sein. In der letzten Zeit sind jedoch über diesen Punkt einige Arbeiten erschienen, die die vorhin gestellte Frage bedingungslos bejahen und damit eine nicht geringe Verwirrung hervorgerufen zu haben scheinen sowohl in Aerztekreisen und, was noch schlimmer erscheint, in den Kreisen des Publikums. Es handelt sich dabei um die Publikationen des Genueser Gynäkologen Bossi und kleinere Mitteilungen von Ortenau und Ruckert. Nach allem erscheint es wohl nicht unangebracht, dieser Frage noch einmal nachzugehen und einiges, wertvolles Material dazu neu zu bringen.

Seit einer Reihe von Jahren hat Bossi in zahlreichen Veröffentlichungen und Vorträgen das Terrain gewissermassen für seine Anschauungen vorbereitet, um dann mit seinem Buch „Die gynäkologische Prophylaxe bei Wahnsinn“ sein ganzes System im Zusammenhang zu entwickeln.

Mit diesem Buch werde ich mich zunächst zu beschäftigen haben. Was will Bossi mit diesem Buch? Er verwirft, kurz gesagt, die gesamte Diagnosenstellung der Psychiatrie, teilt die Psychosen der Frauen nach dem vermeintlichen Zusammenhang mit genitalen Veränderungen ein, die ihrer Aetiologie entsprechend alle auf gynäkologisch-operativem Wege geheilt werden können, und stellt die Behauptung auf, dass bei Befolgung seiner Vorschläge eine Unzahl von psychisch kranken Frauen, die sonst rettungslos von den bösen Psychiatern zeitlebens ins Irrenhaus gesperrt würden, dem Leben und der Gesundheit erhalten bleiben. Diese seine Behauptung sucht er durch theoretische Erwägungen, mehr jedoch noch durch Mitteilung einschlägiger Fälle zu stützen. Seine theoretischen Erörterungen erstrecken sich vorwiegend auf die toxische Wirkung des Sekretes der Amenorrhöischen und den innigen Zusammenhang zwischen psychischen Funktionen und sexuellem Leben. Aus der angeblich grösseren Toxizität des Scheidensekretes bei Amenorrhöischen folgert er, dass dadurch eine Infektion des Organismus zustande komme mit Rückwirkung auf Geist und Gemüt, während bei der normalen Frau diese toxischen Elemente durch die Menstruation „einen Reinigungsweg“ ausgeschieden würden. Man sieht, dass Bossi mit dieser Auffassung sich einer alten Volksanschauung nähert, was schon Stöckel betont hat. Ich möchte es dahin gestellt sein lassen, ob Bossi der Beweis der grösseren Toxizität des Scheidensekretes Amenorrhöischer gelungen ist, einwandfrei jedenfalls nicht, wie schon Peretti betont. Es würde sich verlohnen, wenn seine Ergebnisse von fachmännischer Seite an einem grösseren Material nachgeprüft würden. Ich kann auch hierin nur Peretti beistimmen, wenn er es für verfehlt erachtet, so weitgehende Schlüsse daraus zu ziehen. Wie aus einer Stelle seines Buches hervor-

zugehen scheint, stellt Bossi sich den Vorgang — ebenso wie bei der so häufig in seinen Krankengeschichten erwähnten infektiösen Endometritis — so vor, dass Toxine ins Blut gelangten, dadurch den Stoffwechsel der von ihnen beeinflussten Organe veränderten, wodurch wieder der Biochemismus der entfernten Organe verändert würde. Je nachdem nun diese Toxine gefässerweiternd oder gefässverengernd wirkten, würde zerebrale Anämie oder Kongestion erzeugt, je nach ihrer Einschliessung in die eine oder andere Hirnwindung würden Störungen der Bewegung, des Empfindungsvermögens, der Sprache oder der ganzen Psyche hervorgerufen. Wie man sieht, ist die Auffassung, die Bossi von der Entstehung abnormer Funktionen des Gehirns hat, eine reichlich primitive, die dadurch nicht an Wahrscheinlichkeit gewinnt, dass er sie mit den geistigen Störungen bei Herzkrankheiten in Parallele bringen will, wobei er ganz vergisst, dass es sich bei diesen um Erscheinungen von Ernährungsstörungen des Gehirns handelt, bei quantitativ oder qualitativ mangelhafter Blutzufuhr. Bei Besprechung dieser Toxintheorie verdient noch hervorgehoben zu werden, dass doch auch sonst im Körper oft langdauernde und viel grössere Eiterungen vorkommen, ohne dass dadurch psychische Störungen hervorgerufen werden.

Und nun zur zweiten Gruppe der von Bossi genannten „Psychosis infolge veränderter Funktion der Drüsen mit innerer Sekretion“. Bossi begibt sich hier auf ein Gebiet, das noch ziemlich dunkel genannt werden muss. Nach ihm sollen die Verhältnisse sehr einfach liegen: Bei ungenügender Sekretion der Ovarien treten psychische Störungen depressiven Charakters auf, manchmal auch Dementia praecox, bei Hypersekretion Psychosen maniakalischen Charakters. Die erste der von Bossi aufgestellten Theorien deckt sich ungefähr mit dem Begriff der sogenannten „Ausfallserscheinungen“. Diese Anschauung, die ja zahlreiche Anhänger gefunden hat, ist aber wohl durch die Arbeiten von Sarwey, Cemack, Senn und besonders durch die eingehenden, zahlreichen Beobachtungen Walthard's an genital Gesunden und Kranken vor und nach der Totalexstirpation des inneren Genitale endgültig widerlegt. Walthard sah solche angebliche Ausfallserscheinungen bei genital gesunden Frauen, bei genital kranken, bei denen sie nach der Operation verschwanden. Wir werden also dieser Theorie unsere Anerkennung versagen müssen. Und was die Hypersekretion der Ovarien anbelangt, die angeblich maniakalische Zustände auslösen soll, so liegt der Gedanke, dass das Verhältnis gerade umgekehrt ist, doch sehr nahe. Der — aus uns heute noch unbekannten Gründen eingetretene — Reizzustand des Gehirns, als welchen wir einen manischen Zustand doch auffassen können, bewirkt seinerseits eine Hypersekretion der Ovarien. Es ist

dies natürlich nicht zu beweisen, aber dass die Hypo- oder Hypersekretion der Ovarien vom Gehirn abhängig ist, ist plausibler wie der umgekehrte Gedanke. Nehmen wir nun einen der so häufigen Fälle, in dem sich manische und melancholische Elemente mischen oder in raschem Wechsel einander folgen. Wir müssten dann folgerichtig annehmen, dass das Ovarium einmal zu viel, gleich darauf zu wenig sezerniere, und dass sich das sofort im Gehirn bemerkbar mache. Und die echten Mischzustände? Sezerniert dann ein Ovarium zu viel, eines zu wenig? Man sieht, zu welchen eigenartigen Schlussfolgerungen diese Annahme führen muss. Ich glaube auch nicht, dass die Verhältnisse so einfach liegen. Wir haben in der Hypophyse und in der Zirbeldrüse zwei Organe, die innig mit den sexuellen einerseits, den psychischen Funktionen anderseits verknüpft sind. Sie stellen zweifellos den Ovarien übergeordnete Zentren dar, und vielleicht haben wir in ihren veränderten oder aufgehobenen Funktionen die Ursache für manche psychische Störung und Aenderung der Sexualfunktion oder psychische Störung zur Zeit geänderter Sexualfunktionen zu sehen. Ich kann hier auf dieses interessante Gebiet nicht näher eingehen und möchte nur auf die interessanten Zusammenstellungen Münzer's verweisen.

Wenn ich nach dem eben gesagten also nicht in der Lage bin, mich den theoretischen Anschauungen Bossi's anzuschließen, so bleibt noch ein wichtiger Punkt zu erörtern und zu erklären, und das ist sein reichliches kasuistisches Material, mit dem er seine Behauptungen belegen will, und das ihm dazu dient, bestimmte Forderungen aufzustellen, die in letzter Linie darauf hinauslaufen, den Psychiater dauernd unter die Kontrolle anderer Aerzte, in erster Linie eines Gynäkologen zu stellen. Es ist nicht zu bestreiten, dass diese grosse, von Bossi mit viel romantischem und sentimentalem Beiwerk gebrachte Kasuistik einen überraschenden Eindruck macht, dass sie, ich möchte sagen, suggestiv auf den naiven Leser wirkt. Es wird deshalb nötig sein, die einzelnen Fälle genau durchzusehen, um bei jedem einzelnen, wenn man ihn aus dem umrankenden Beiwerk losschält, nachzuforschen, inwieweit der Verlauf in unbedingter Abhängigkeit von dem operativen Eingriff, von der lokalen Heilung zu setzen sein wird. Bevor ich zu dieser nicht ganz leichten Aufgabe gehe, möchte ich nur noch mit einigen Worten der letzten Publikation von Bossi gedenken, die vor wenigen Monaten in einer Wiener Zeitschrift erschienen ist und dort bereits eine Antwort durch Wagner von Jauregg erhalten hat. Ich habe alle älteren, recht zahlreichen Veröffentlichungen Bossi's über das vorliegende Thema unerwähnt gelassen, da das genannte Buch ja den gesamten Sinn und Zweck seiner

Theorie und seines Systems enthält. Da in der letzten Arbeit sich aber noch einige neue Gesichtspunkte befinden, möchte ich sie gesondert erwähnen. Er schiesst damit weit über sein ursprünglich angegebenes Ziel hinaus und reitet eine wütende Attacke gegen die von ihm bestens gehasste Psychiatrie, besonders ihre Vertreter.

Es ist hier weder der Platz noch fühle ich mich berufen dazu, die Angriffe, die Bossi gegen die Psychiatrie in ihrer wissenschaftlichen und praktischen Bedeutung richtet — er wirft ihr unter anderem vor, weder das Quecksilber noch das Jodkalium erfunden zu haben — zurückzuweisen. Soweit es notwendig erscheint und die Angriffe sich nicht gegen rein italienische Verhältnisse richten, hat dies Wagner v. Jauregg in würdevoller Weise bereits getan, indem er den ganzen Ton des Angriffs richtig charakterisierte. Ich würde die ganze Veröffentlichung nicht besonders berührt haben, da sie wesentlich Neues zu seinem Thema nicht bringt, wenn er nicht darin sich über die von ihm gewählten Bezeichnungen der psychischen Störungen äusserte, was kurz besprochen werden muss. Er verwirft die gesamte psychiatrische Nomenklatur mit dem Hinweis, dass dieselbe so unbestimmt und schwankend sei, dass er nicht in das Labyrinth eintreten wolle. Wenn es auch richtig ist, dass im einzelnen die Bezeichnungen einzelner Psychosen noch verschiedenartig lauten, so ist doch die gesamte Terminologie heute derart Gemeingut aller Psychiater geworden, dass jeder mit der gestellten Diagnose eines anderen einen bestimmten Begriff verbinden kann, weiss, was der Betreffende sich darunter gedacht hat, welchen Eindruck er von dem betreffenden Fall gehabt hat. Dies trifft nun leider bei den Bezeichnungen Bossi's nicht zu, was, wie ich noch des weiteren zu erörtern haben werde, auch eine Analysierung der von ihm mitgeteilten Fälle sehr erschwert. Damit ist der Erkenntnis der psychischen Störungen nicht geholfen, wenn man sie nach Laienart nach dem in die Augen springendsten Symptom bezeichnet, wie Tobsucht, Melancholie — während man sonst doch hierunter ein ganz bestimmtes Krankheitsbild versteht — und als ein Rückfall in die alten Zeiten der Lehre von den Monomanien muss es bezeichnet werden, wenn Bossi von der Neigung zum Selbstmord, dem erotischen Wahnsinn als selbständigen Krankheitsbildern spricht. Schon Peretti hat diese Tatsache hervorgehoben und mit Recht betont, dass wir vorübergehende Verstimmungen nicht als schwere Melancholie und stuporöse Zustände nicht als vollständige oder schwere Verblödung zu bezeichnen pflegen. Hierin liegt aber meines Erachtens mehr als ein Unterschied in der Bezeichnung, der Nomenklatur, die ja schliesslich doch nur etwas Aeusserliches ist, darin liegt eine völlige Verkennung des inneren Wesens des Krankheitsprozesses. Dass

ein hysterischer Stupor z. B. durch suggestive Einwirkung, mag dieselbe nun in der Anwendung des faradischen Stroms oder in einem operativen Eingriff bestehen, zum Schwinden gebracht werden kann, wissen wir alle. Nie und nimmer aber wird es möglich sein, eine tatsächlich verblödete Kranke, eine Hebephrenische oder Katatonische durch eine Operation wieder zu heilen. Auch mit dem Begriff der scheinbaren Geistesstörung, den Bossi aufstellt, ist nichts gewonnen, auch er bringt uns dem Verständnis derselben nicht näher. Es hat übrigens auch den Anschein, als ob Bossi sich selbst bei dieser Auseinandersetzung, die er wohl nur gebracht hat, um etwaigen zu erwartenden diesbezüglichen Einwänden zu begegnen, nicht recht wohl fühlt, denn er flüchtet sich recht rasch wieder hinter sein Hauptargument, dass er — und wohl mit Recht — als das Wichtigste bezeichnet, hinter Beispiele. Tatsachen beweisen. Es gibt auch in diesem Zusammenhang kein richtigeres Wort. Auf dieses Gebiet nun wollen wir ihm folgen, zuerst in kritischer Weise, indem wir versuchen, seine und seiner Anhänger Exempel zu analysieren und dann unter Verwertung unseres eigenen diesbezüglichen Materials. Zuerst zu seinen eigenen Fällen. 32 Fälle bringt Bossi in seinem Buch, die alle genitalkrank und psychisch gestört waren und die durch operative Heilung des genitalen Leidens auch geistig wieder gesund wurden. Ich beschränke mich bei der Kritik der einzelnen Fälle selbstverständlich auf das psychische Gebiet und überlasse die Besprechung der gynäkologischen Diagnosen, Indikationsstellungen und Eingriffe der Besprechung meines fachmännischen Kollegen.

Fall 1. 39jährige Frau. Allmähliche Entwicklung des Leidens in mehreren Jahren nach schwerem psychischem Trauma, Tod eines Kindes. Labilität des Pulses. Verstopfung, schlechter Appetit. Tremor der Hände, unsicherer Gang (Dysbasie), Zittern der Zunge. (Was Bossi unter einem stumpfen Pupillenreflex versteht, weiss ich nicht.) Finsterer, leidender Gesichtsausdruck. Alles verursacht ihr Aerger. Lehnt alles ab. Nur Bossi gegenüber verhält sie sich weniger gleichgültig, der sie zum Essen usw. bewegen muss. Verhält sich apathisch gegen ihr Kind. Aeussert Angst vor Vergiftung, flüstert dem Kinde zu, nichts zu geniessen. Erklärt sich demütig zum baldigen Sterben bereit. 2 Monate nach der entsprechenden Operation genital und psychisch geheilt entlassen.

Bossi meint, es habe sich dabei um eine Involutionen-Melancholie im Sinne Kraepelin's gehandelt. Ich finde weder Involution noch Melancholie. Ich würde den Fall als einen psychogenen Depressionszustand mit paranoiden Zügen bezeichnen und die Heilung als Suggestivheilung auffassen, die mehr der Persönlichkeit Bossi's zu danken ist als der von ihm gemachten Operation.

Fall 2. 27jährige Frau. Geringe Belastung. Mit 8 Jahren infolge Diätfehlers (?) Krämpfe. Im Sommer 1909 nach psychischer und physischer Erschöpfung erkrankt. Wechsel von depressiv-gehemmten Zuständen mit manischen Zeiten. Nach mehreren Monaten Besserung, nach Rückkehr in die Familie Rückfall. Erregt, bald heiter, bald traurig. Orientiert. Operation am 16. 3. 10. Nach mehr als 3 Monaten in „zufriedenstellendem“ Zustand entlassen, wobei auch noch andere lokale und allgemeine Kuren angewendet worden waren.

Obwohl bei diesem Fall in einer Irrenanstalt die Diagnose auf Dementia praecox gestellt worden sein soll, würde ich den Fall als manisch-depressives Irresein ansehen, das einen Verlauf genommen hat — auch was den Wiedereintritt der Menstruation betrifft — wie er in hunderten von Fällen zu sehen ist. Ich behaupte, dass der Verlauf genau derselbe gewesen wäre, wenn die Operation nicht vorgenommen worden wäre, so dass von einem Erfolg der operativen Therapie hier nicht geredet werden kann.

Fall 3. 41jährige Frau. Belastet. 8 Schwangerschaften. Letztes Kind stirbt Februar 1910, 2 Tage nach der Geburt. Thrombophlebitis. Selbstmordgedanken und -Versuche. Juni 1909 Aufnahme in eine Irrenanstalt. Dort 10 Monate, geringe Besserung. Am 7. 4. 10 Operation, nach ungefähr 4 Wochen entlassen, genital normal, psychisch gebessert. Nach 3 Monaten völlig gesund.

Hier soll in der Irrenanstalt die Diagnose depressiv-maniakalischer Wahnsinn gestellt worden sein. Nach den für unsere Begriffe mangelhaften Angaben lässt es sich nicht entscheiden, ob tatsächlich ein Fall von manisch-depressivem Irresein vorgelegen hat, oder eine Amentia, wofür die körperliche vorhergehende Erkrankung, das Puerperium und das psychische Trauma sprechen würden. Jedenfalls glaube ich nicht, dass auch dieser Fall in seinem Verlauf — Besserung war ja schon eingetreten — durch den Eingriff in irgend einer erheblichen Weise beeinflusst wurde.

Fall 4. 27jährige Frau. Belastet. 2 Geburten, 1 Abortus. Mitte August 1910, knapp 3 Monate nach dem letzten Partus, wegen Verwirrtheit, Selbstmordideen und Nahrungsverweigerung in eine Irrenanstalt. Dort unverändert verwirrt, erregt, unreinlich, gewalttätig. Am 7. 2. 11 Operation. Am 3. 5., also nach 3 Monaten, Eintritt der Menses. Allmähliche Genesung.

Auch hier möchte ich entgegen der dort gestellten Diagnose Dementia praecox eine puerperale Amentia annehmen, die nach neunmonatiger Dauer in Heilung überging. Das Wiederauftreten der Menstruation war wohl nur ein Symptom der Genesung und nicht die Ursache derselben. Auch hier kann ich keinen Erfolg der operativen Behandlung sehen. An diesen Fall knüpft Bossi eine längere Erörterung und stellt unter anderem die Behauptung auf, dass die Dementia praecox beim weiblichen

Geschlecht systematisch von menstruellen Störungen, vorwiegend Amenorrhoe, begleitet sei. Dem gegenüber hat Peretti bei 113 sicheren Dementia praecox-Fällen unter 45 Jahren nur 7 mit Amenorrhoe gefunden, 24 mit etwas unregelmässiger Menstruation, während dieselbe sonst völlig normal war. Ich werde auf diesen Punkt zum Schluss noch kurz zu sprechen kommen.

Fall 5. Bossi gibt hier das Alter nicht an, spricht aber davon, dass es sich um eine junge Frau handle, die in den Jahren voller Zeugungsfähigkeit steht; anderseits aber hat sie 3 Töchter, von denen 2 auch menstruelle Beschwerden und Depressionen hatten, die bei der einen sogar zum Selbstmord führten. Es bestanden Kreuzschmerzen, Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Krampfanfälle anfänglich und menstruell, dann nach dem Selbstmord der Tochter Steigerung der psychischen Anomalien. 52 Tage nach der Operation wurde sie geheilt entlassen.

Der Fall ist zweifellos als Hysterie aufzufassen — Bossi selbst stellte keine Diagnose — und die Heilung dementsprechend als suggestive, wogegen die Tatsache, dass dieselbe schon 7 Jahre besteht — der Fall stammt aus dem Jahre 1904 — keineswegs spricht.

Fall 6. Mit diesem Fall ist nach dem Mitgeteilten gar nichts anzufangen. Einmal nach einem künstlichen Abort kurzdauernder Verwirrheitszustand, dann nervöse Reizbarkeit in einer neuerlichen Gravidität, die nach Ausheilung von Zervixlazerationen „grösstenteils“ schwand.

Fall 7. Belastetes Mädchen mit menstruellen Erregungszuständen, Krampfanfällen, deren Geist schliesslich „vollständig in der Nacht des Irreseins versank“. Sie leidet an dem schneckenförmigen Uterus, den Stoeckel noch nie hat finden können und wird durch entsprechende Operation nach rund 5 Wochen geheilt.

Auch dieser Fall kann wohl nur als Hysterie aufgefasst werden.

Fall 8. 39jähriges Mädchen mit nervösen Störungen, Schlaflosigkeit, Aufregung, Konvulsionen, Neigung zum Selbstmord. 4 Wochen nach Operation geheilt.

Diagnostisch ebenso zu beurteilen wie der vorhergehende Fall.

Fall 9. 39jährige Krankenschwester aus Preussen. Belastet. Seit Jahren Krampfanfälle, Erregungszustände. Heilung nach knapp 3 Wochen.

Zweifellos ein Fall von Hysterie. In diesem Sinn kann auch der gefühlvolle Brief aufgefasst werden, den die Betreffende an Bossi hinterher schreibt, mit dem sie ihm eine Bibel schickt.

Fall 10. 34jährige Frau. Abnahme der Muskelkraft, konnte nicht gehen, beständiges Kopfweh, Abnahme des Gedächtnisses, sah nachts Geister, Stimmungswechsel, sinnloses Geldausgeben, Selbstmordideen. Heilung nach 3 Wochen.

Bossi meint, es habe sich um eine vollständige Dementia (Dementia praecox?) gehandelt. Irgend welche Anzeichen, die auf eine Demenz hindeuten, lassen sich aber nicht finden. Es sind zweifellos wieder hysterische Zustände, um die es sich gehandelt hat. Ueber den Mechanismus des Zustandekommens der psychischen Störungen kann bei diesem und allen anderen Fällen nichts gesagt werden, da die anamnestischen Angaben — wenigstens was wir darunter verstehen — viel zu lückenhaft sind, um damit etwas anfangen zu können.

Fall 11. 35jährige Frau. Belastet. Erkrankt während des Stillens mit allgemein nervösen Erscheinungen. Kommt körperlich herunter. Regt sich leicht auf, äussert paranoide Ideen, schläft schlecht, hat allerhand Schmerzen, vernachlässigt ihr Hauswesen, ist unruhig, lebensmüde. Wenige Tage nach der entsprechenden Operation ist sie geheilt!

Bossi meint, dass die Psychiater in diesem Fall die Diagnose auf Dementia praecox gestellt haben würden. Ich glaube kaum. Auch Peretti wendet sich dagegen. Der geschilderte Symptomenkomplex kann auch wieder nur als ein hysterischer gedeutet werden. Der suggestive Charakter der Heilung tritt meines Erachtens hier gerade sehr deutlich in Erscheinung. Nach wenigen Tagen waren alle Beschwerden geschwunden, der Charakter wie umgewandelt! Glaubt Bossi wirklich, dass in einem Zeitraum von wenigen Tagen die gesamten durch die Genitalerkrankung — es lag auch hier infektiöse Endometritis vor — gebildeten Toxine aus dem Körper verschwunden und die durch sie gesetzten Veränderungen ausgeheilt sein könnten?

Fall 12. 44jährige Frau. Wurde bereits dreimal gynäkologisch operiert. Einmal nach Schrecken nervöse Störungen und Absterben eines Fötus im 3. Monat. Erkrankt dann im Anschluss an den Tod eines Kindes mit Unruhe, Brechreiz, Schlaflosigkeit, Weinkrämpfen. Schliesslich scheint sich eine Art Ganserscher Dämmerungszustand entwickelt zu haben, wie aus den Angaben, sie habe sich der Namen der gewöhnlichsten Gegenstände nicht erinnern können, vielleicht geschlossen werden darf. Bei Injektionen von Eisen-Arsenikpräparaten erst grosse Schmerzhaftigkeit, dann Anästhesie. 27 Tage nach der Operation genesen.

Auch hier ist die Diagnose, wie aus dem angeführten hervorgeht, einwandfrei auf Hysterie zu stellen.

Fall 13. 37jährige Frau. Wurde von Bossi schon 1897 operiert und von neuropsychischen Störungen befreit. Im Lauf der Jahre traten wieder nervöse Störungen auf, anscheinend auch eine etwas eigenartige Lebensführung, so dass sie von der Familie aufgegeben wird. In dieser Lage erinnert sie sich Bossi's! Sie wird am 19. 6. 11 operiert und verlässt am 9. 7. 11 genesen seine Klinik.

Ob man hier auch nur eine Suggestivheilung annehmen kann? Ich glaube dieser Patientin war die „Wiederholung“ ihrer genitalen Erkrankung recht gelegen.

Fall 14. 23jähriges Mädchen mit hysterischen Anfällen während vier Jahren. Wird operiert und ist nach 4 Wochen geheilt.

Ueber die restierenden Fälle kann ich wohl zusammenfassend referieren, da Bossi dieselben selbst als unter den Begriff der „hysterischen Frau“ gehörig bezeichnet. Eine Ausnahme davon macht vielleicht nur noch Fall 16, bei dem es sich vielleicht um eine Kombination von Hysterie mit echten epileptischen Anfällen handelt. Nach der Schilderung der Anfälle wäre es möglich, dies anzunehmen. Da aber die Anfälle mit epileptischem Charakter auch vor dem operativen Eingriff sehr selten aufgetreten sein sollen, es war einmal eine Pause von 4 Jahren, so beweist die Tatsache, dass dieselben nach dem operativen Eingriff 22 Monate lang weggeblieben sind, noch keineswegs, dass es sich um eine wirkliche Dauerheilung handelt. Nur das, was an dem Krankheitsbild als hysterisch bezeichnet werden kann, ist verschwunden.

Streng genommen gehören alle diese Fälle von Neuropsychosen gar nicht mehr hierher, denn der Nachdruck und der Ton bei den ganzen Arbeiten und Publikationen Bossi's liegt doch, wie er es auch in dem Titel ausdrückt, in der gynäkologischen Prophylaxe — und wie er durch seine Krankengeschichten wohl auch ausdrücken will — Heilung bei Wahnsinn. Diese neuropsychischen Symptomenkomplexe nun werden bei uns wenigstens nicht als Wahnsinn bezeichnet. Diese Krankheitsbilder gehören in das Gebiet derjenigen, deren Beziehungen zu Genitalleiden in ebenso ausführlicher wie erschöpfender Weise von E. Meyer, Walthard u. v. a. besprochen worden sind. Ich will mich infolgedessen mit denselben auch nicht weiter beschäftigen, da sie zum eigentlichen Thema nicht gehören und ich auch schwerlich viel Neues dazu sagen könnte. Ich will mich darauf beschränken, zu erwähnen, was Walthard vom Standpunkt des Gynäkologen und Meyer des Psychiaters darüber meinen. Walthard sagt, dass „nicht die harmlose Genitalerkrankung, sondern die überwertete Vorstellung, genitalkrank zu sein oder die Ueberwertung eines Genitalsymptomes es sind, welche bei psychoneurotisch veranlagten Individuen psychoneurotische Symptomenkomplexe manifest werden lassen“. Er betrachtet demgemäss die Genitalerkrankungen nur als Gelegenheitsmoment. In ähnlicher Weise spricht sich Meyer dahin aus, dass es sich häufig nur um die in die Genitalsphäre verlegten Erscheinungen einer allgemeinen Neurose handelt. Beide betonen, dass die eigentlich kausale Therapie nur eine psychische sein könne, dass nur durch eine solche Rezidive verhindert werden

könnten und dass der gynäkologischen Behandlung nur die Rolle eines unterstützenden Momentes zufallen könnte. Aus diesen Erwägungen lehnt auch Walthard den von Bossi aufgestellten Begriff der „Psychopathien infolge der Läsionen des Genitalapparates“ ab. Siemering betont ebenfalls in seiner Entgegnung auf Bossi's Publikation über die gynäkologische Prophylaxe gegen den Selbstmord beim Weibe, dass das eigentliche Wesen derartiger Erkrankungen auf psychischen Vorgängen beruhe und weist darauf hin, dass 5 der von Bossi in der betreffenden Arbeit erwähnten Fälle wohl sicher als schwere Hysterien aufzufassen wären, die Operation in erster Linie also nur suggestiv gewirkt habe. Bevor ich nun inbezug auf die therapeutische Bewertung die 32 Fälle Bossi's zusammenfasse, will ich noch mit wenigen Worten der nach Bossi und in seinem Sinne veröffentlichten Fälle gedenken. Es handelt sich um 7 Fälle von Ortenau — gegen den sich schon Schubert gewendet hat — und einen von Ruckert. Die 7 Fälle Ortenau's sind auch aus der Klinik Bossi's beobachtet und unterscheiden sich in nichts von dem im Buche mitgeteilten. Auffallend an ihnen sind auch nur wieder die in psychischer Hinsicht oft unverständlichen Angaben. So wirkt es einigermassen sonderbar, wenn ein schwerer manischer Erregungszustand bei einer Kranken geschildert wird und gleichzeitig von Indifferentismus, Apathie, geistiger Stumpfheit, fast aufgehobener Willensenergie gesprochen wird. Von den Fällen selbst sind 5 zweifellos wieder als Hysterien aufzufassen, in einem Fall scheint es sich um eine Melancholie gehandelt zu haben, während ein Fall — Fall 3 — wohl sicher eine manisch-depressive Erkrankung war. In diesem Fall ist die Manie nach etwas über viermonatiger Dauer abgelaufen, u. z. ungefähr 2 Monate nach der Operation, aber nach einigen Wochen trat ein Depressionszustand von ungefähr 2 Monaten ein, der gleichzeitig mit dem Wiederauftreten der Menses in Heilung überging. Auch bei der als Melancholie imponierenden Psychose — Fall 6 — trat die Heilung erst etwa 2 Monate nach der Operation ein — nachdem die Erkrankung schon vorher 2 Monate gedauert hatte. Es dürfte sich also auch hier nur um ein ungefähres Zusammentreffen von Operation und Ablauf der Psychose gehandelt haben. Die übrigen Fälle gehören dem schon vorhin besprochenen Gebiet der Neuropsychosen, vorwiegend hysterischen Charakters an. Nur noch einige Worte über Ortenau's psychiatrische Diagnosenstellung und seine Schlussfolgerungen. Er hält Fall 3 für Jugendirresein — nach den geschilderten Symptomen: maniakalischer Symptomenkomplex mit darauf folgendem Depressionszustand mit körperlichen Begleiterscheinungen, dürfte wohl die Diagnose von keinem Psychiater geteilt werden. Ebenso dürfte er kaum auf Zu-

stimmung rechnen, wenn er Fall 4 für ein klassisches Bild der Melancholie hält. Schmerzen, die wie ein Nagel die Stirn durchbohren, von Weinen begleitete Erinnerungen an ihre frühere Heiterkeit und Gesundheit, Vergleich mit ihrem jetzigen Zustand, Schwindel, Schwarzwerden vor den Augen, Ohrensausen sind Symptome, die zum klassischen Bilde der Melancholie gewiss nicht gehören. Die sieht denn doch ganz anders aus. Diese zu mindestens eigenartigen psychiatrischen Diagnosen und die dadurch in manchen Köpfen angerichtete Konfusion zeigen, dass es völlig verkehrt ist, wenn ein Gynäkologe ohne Mithilfe eines fachmännisch geschulten Psychiaters an die Bearbeitung solcher Fragen herangeht. Nur durch das Zusammenarbeiten beider können einigermaßen einwandfreie und zur Hebung des Verständnisses dieser Fragen beiträgende Darlegungen geschaffen werden,

Seine Forderung, dass in jeder Irrenanstalt ein ausgebildeter Frauenarzt zum ständigen Heilpersonal gehören müsse, deckt sich mit der Bossi's. Dass er aber, auch in Verfolg einer Forderung Bossi's, verlangt, dass jedes weibliche Individuum, das mit den Strafgesetzen in Konflikt kommt, gynäkologisch untersucht werden muss, besonders wenn es sich um Affekthandlungen in der prämenstruellen oder menstruellen Periode handelt, ist, gelinde gesagt, eine ebenso übertriebene wie unangebrachte Forderung, denn selbst mit Feststellung irgend einer genitalen Erkrankung wäre doch gar nichts erreicht. Man kann doch nicht eine Frau deshalb für unzurechnungsfähig erklären, weil sie, sagen wir, einen „schneckenförmigen Uterus“ oder eine infektiöse Endometritis hat?! Unangebracht ist die Forderung auch deshalb, weil das Vorkommen von psychischen Störungen vor oder zur Zeit der Menstruation nicht das Geringste mit genitalen Leiden zu tun hat. Solche Anomalien kommen auch bei völlig gesunden, ich meine in Bezug auf das Genitale völlig gesunden Frauen, vor, wie schon wiederholt beobachtet werden konnte. Die Forderung, bei strafbaren Handlungen von Frauen darauf zu achten, ob dieselben zeitlich mit der Menstruation zusammenhängen, ist schon von Krafft-Ebing aufgestellt worden und deren Berechtigung erst vor kurzer Zeit unter anderem auch von uns an einem Beispiel erörtert worden. Was dann, falls ein solcher Zusammenhang festgestellt erscheint, nötig ist, ist eine psychiatrische Untersuchung und Beobachtung und keine gynäkologische, mit deren Ergebnis gar nichts anzufangen wäre.

Schliesslich veröffentlicht noch Ruckert einen Fall, den er im Sinne von Bossi behandelt hat und dementsprechend deutet. Auch hier ist die Schilderung des psychischen Zustandes so unklar und unbestimmt, dass man schwer zu einer bestimmten Diagnosestellung kommen kann.

Es handelt sich um eine 32jährige Frau, die 10 Wochen nach einer Entbindung unter Depressionserscheinungen erkrankt. Nach 8½ monatiger Dauer der Erkrankung wird sie von Ruckert wegen linksseitiger Oophoritis und Salpingitis operiert, und bereits am nächsten Tag fühlt sie sich sehr wohl und äussert, sie fühle sich wie aus einem Traume erwacht und begreife nicht, weshalb sie im letzten Halbjahr diese törichte Ideen gehabt habe. Es ging also noch schneller wie bei Bossi. Etwas anderes als eine Suggestivheilung ist da wohl kaum anzunehmen.

Ueberblickt man nun die zur Diskussion gestellten 40 Fälle — ich zähle die 7 Ortenau's und den einen Ruckert's zu den 32 aus dem Bossi'schen Buch zusammen —, so findet man darunter bei kritischer Durchsicht fünfmal mit Wahrscheinlichkeit echte Psychosen, die übrigen sind mehr oder minder schwere Psychoneurosen. In diesen Fällen ist ein therapeutischer Erfolg zweifellos zu sehen, in den anderen kann man beim besten Willen keinen Effekt von der Operation erkennen. Es ist auch charakteristisch, dass die Genesung in allen diesen Fällen erst nach einem längeren Zeitraum von 2—3 Monaten auftritt, während in den Fällen, die ich den Psychoneurosen zugerechnet habe, die Heilung schon nach 10 Tagen bis höchstens 4 Wochen eintritt — bei Ruckert sogar schon am nächsten Tage. Und aus diesem Resultat sollte man die Berechtigung herleiten können, so weitgehende Schlüsse zu ziehen und Forderungen zu stellen, wie Bossi es tut? Das scheint mir zum mindesten sehr gewagt und voreilig.

Nun zu unseren eigenen Untersuchungen und Resultaten. Sie bringen uns eine Bestätigung dessen, was ich in Berücksichtigung des im Vorstehenden erläuterten Materials gesagt habe. Vorerst einige Worte über unser Material und die Art unserer Untersuchungen, sowie die dabei angewandte Technik. Das in der psychiatrischen Klinik zur Verfügung stehende Material — es sind fast ausschliesslich klinisch beobachtete Fälle — ist mit seinen zahlreichen Neuaufnahmen und den darunter befindlichen so zahlreichen frischen Psychosen ausserordentlich für derartige Untersuchung geeignet. Dass einzelne Fälle nicht lange beobachtet werden konnten, sondern aus Platzmangel an die Anstalten der Provinz abgegeben werden mussten, ist dadurch gleichgiltig geworden, dass ich nach einiger Zeit über das Befinden Erkundigungen eingezogen habe und dadurch auch über den weiteren Verlauf orientiert bin. Der Gang der Untersuchung war folgender: Sobald die aufgenommenen Kranken eingehend untersucht und eine psychiatrische Diagnose mit mehr oder minder grosser Sicherheit gestellt war, wurden sie einer eingehenden gynäkologischen Untersuchung unterzogen. Diese selbst machte nur in wenigen Fällen Schwierigkeiten, so dass die Narkose zu Hilfe

genommen werden musste. Ich stimme darin mit Bossi auf Grund unserer Untersuchungen überein, dass die gynäkologische Untersuchung bei einiger Uebung im Umgang mit solchen Kranken sich leichter anstellen lässt, als man im allgemeinen anzunehmen geneigt ist. Wir haben unter 178 Fällen nur 8mal die Narkose zu Hilfe nehmen müssen, und zwar nur 4mal wegen Widerstrebens der Kranken, die anderen Male, weil sich die Untersuchung wegen zu grosser Bauchdeckenspannung oder zu fetter Bauchdecken nicht mit der nötigen Genauigkeit ausführen liess. Auch sonst haben wir, falls das Untersuchungsergebnis nicht ganz klar war, eine zweite Untersuchung folgen lassen. Festgestellte Anomalien wurden, soweit es sich aus äusseren Gründen ermöglichen liess, behandelt resp. zur Heilung gebracht, und zwar, wie ich besonders betonen möchte, rein vom Standpunkt des Gynäkologen aus. Es wurde konservativ behandelt, kleinere Eingriffe, die nötig waren, vorgenommen und schliesslich auch grössere Operationen ausgeführt. Die kleinen Eingriffe wurden in der Klinik selbst gemacht, zur Vornahme der grösseren Operationen wurden die Kranken in die Frauenklinik gebracht und nach Beendigung der Operation sofort wieder zu uns zurückverlegt, da es sich meist um unruhige oder überwachungsbedürftige Kranke handelte. Ich muss sagen, dass sich diese Methode durchaus bewährt hat. Es ist mit Ausnahme einer kleinen Abszedierung bei einer ausserordentlich unruhigen Kranken zu keinerlei unerwünschten Folgeerscheinungen gekommen. Die Operation selbst wurde ausnahmslos gut vertragen, der Verlauf war stets fieberfrei und auch sonst reaktionslos. Nicht alle bei den Kranken festgestellten genitalen Erkrankungen konnten behandelt resp. zur Heilung gebracht werden. Die einen wurden zu schnell wieder abgeholt von ihren Angehörigen, in einigen anderen Fällen verweigerten dieselben die Zustimmung zur Operation — ich möchte dabei erwähnen, dass wir uns stets die Zustimmung zur Operation von den Angehörigen schriftlich geben liessen — und ein Teil schliesslich genas, bevor die ins Auge gefasste Behandlung eingeleitet werden konnte. Aus diesen Gründen ist das operierte Material nicht so gross, wie ich es uns im Interesse der Beweiskraft gewünscht habe, aber auch so erscheint es mir geeignet, die von Bossi propagierte Anschauung zu entkräften und unsere Anschauung zu stützen. Ich betonte schon, dass alle aufgenommenen Kranken zur Untersuchung herangezogen wurden, soweit nicht besondere Gründe dagegen sprachen. Infolgedessen sind in unserem Material auch organische Erkrankungen enthalten, die für die weiteren Erörterungen naturgemäss nicht in Betracht kommen. Bei der Besprechung der einzelnen Fälle unterlasse ich es absichtlich, von der Form der vorgelegenen genitalen Erkrankung zu sprechen, sondern verweise diesbezüg-

lich auf den gynäkologischen Teil dieser Arbeit resp. auf unsere im Anhang mitgeteilte Kasuistik. Für die Würdigung der therapeutischen Erfolge resp. Misserfolge ist in diesem Zusammenhang die Art der genitalen Erkrankung ja auch gleichgültig, da nach Bossi's Anschauung ja jede derartige Erkrankung zur Entstehung einer Psychose Veranlassung geben kann.

Das Resultat unserer Untersuchungen ist ein absolut negatives. In keinem einzigen Fall konnte ein Erfolg der Operation resp. der Heilung der genitalen Erkrankung festgestellt werden, nur in einigen wenigen Fällen handelte es sich um einen Scheinerfolg, wie er auch nach meinen Darlegungen in den Fällen wirklicher Psychosen bei Bossi vorgekommen ist, auf die ich gleich noch näher eingehen werde. Diese Feststellungen allein sind beweiskräftig, denn den anderen Einwürfen, wie z. B. dass bei der grossen Zahl von genitalleidenden Frauen viel mehr psychische Störungen vorkommen müssten, dem Hinweis auf die Psychosen bei den Männern ist Bossi schon von vornherein entgegengetreten. Auf diese und ähnliche Argumentationen verzichte ich daher.

Wir haben, wie ich schon erwähnt habe, 178 Frauen untersucht. Darunter befanden sich, wenn ich grob differenziere, 2 nicht geisteskranken Frauen, 18 Fälle von organischen Geistesstörungen und 158 funktionelle Psychosen einschliesslich der hysterischen Neuropsychosen. Im einzelnen handelte es sich um Folgendes: Von den 2 nicht geisteskranken war eine Frau wegen Invalidität zur Begutachtung eingewiesen, die andere war ein Fall von Tabes. Bei den organischen Geistesstörungen handelte es sich 10mal um Paralyse, die übrigen waren Fälle von Tumor cerebri resp. cerebelli, Lues cerebri, arteriosklerotische und senile Geistesstörungen und Idiotie. Die bei den funktionellen Psychosen resp. Psychoneurosen gestellten Diagnosen waren im einzelnen folgende: Paranoia chronica 17mal, Katatonie resp. Hebephrenie 45mal, Manie 3mal, manisch-depressives Irresein 9mal, Melancholie 22mal, Amentia 4mal, hypochondrische Depression 7mal, Alcoholismus chronicus 3mal (davon 1mal kombiniert mit Epilepsie), Epilepsie 9mal, Hysterie resp. hysterische Neuropsychose 27mal, präsenile Erregung 3mal, psychopathische Minderwertigkeit 3mal und Imbezillität mit Erregung 6mal. Die gynäkologische Untersuchung ergab bei allen Fällen: 64mal das Bestehen einer genitalen Erkrankung oder eine Lageanomalie. 106mal normalen Befund und 8mal das Vorliegen einer Gravidität. Das Verhältnis wäre also: In 35,9 pCt. genitale Veränderung, 59,5 pCt. normale Verhältnisse und in 4,5 pCt. Gravidität. Die Prozentzahlen stehen den von Hobbs mit 25 pCt. genitalkranken geisteskranken Frauen näher, als den von Rohé mit fast 80 pCt. In meinen weiteren Ausführungen

sehe ich von den Fällen organischer Geistestörung als irrelevant für unsere Erörterungen ab. Von den 64 genitalen Erkrankungen entfielen 56 auf die funktionellen Psychosen und von den 8 Fällen von Gravidität 5. Von diesen 56 konnten 38 einer Behandlung unterzogen und zum Teil lokal geheilt werden. Die Behandlung war in 17 Fällen konservativ und 21mal operativ, darunter 3mal wiederholte Aetzungen von Zervixlazerationen. Ueber die Verteilung der lokalen Erkrankungen und ihre Häufigkeit bei den einzelnen Formen, sowie die Art der eingeschlagenen Therapie gibt die nachfolgende Tabelle Aufschluss.

Psychiatrische Diagnose	Gynäkologischer Befund				Gynäkologische Therapie		
	positiv	negativ	Gravi- dität	zus.	konservativ	operativ	zus.
Paranoia chron.	5	12	—	17	—	1	1
Katatonieresp. Hebephrenie	16	29	—	45	7	8	15
Manie	—	2	1	3	—	—	—
Manisch-depressives Irre- sein	3	5	1	9	2	1	3
Melancholie	8	14	—	22	1	4	5
Amentia	1	3	—	4	—	1	1
Hypochondr. Depression .	1	4	2	7	1	—	1
Alkoholismus chron. . .	2	1	—	3	—	—	—
Epilepsie	2	6	1	9	—	1	1
Hysterie resp. hysterische Neuropsychose . . .	12	15	—	27	3	4	7
Präsenile Erregung . . .	2	1	—	3	1	—	1
Psychopathische Minder- wertigkeit	2	1	—	3	—	1	1
Imbezillität mit Erregungen	2	4	—	6	2	—	2
	56	97	5	158	17	21	38

Wir sehen also, dass bei allen Formen von Psychosen bei Frauen Fälle mit Genitalerkrankungen vorkommen und solche ohne dieselbe, wie es eben auch geistig gesunde Frauen mit und ohne Unterleibsleiden gibt. Den grössten Prozentsatz — fast 50 pCt. — an Unterleibsleidenden finden wir bei den Hysterischen. Es ist dies weiter nicht verwunderlich, wenn man sich daran erinnert, dass neuropathisch disponierte Individuen eben auf Schädlichkeiten mit dieser Erkrankungsform zu reagieren pflegen. Diese Schädlichkeit kommt dann als Gelegenheitsursache in Betracht, wie irgend eine andere, wie ja auch unter Umständen eine lege artis ausgeführte gynäkologische Operation zur Beseitigung eines Unterleibsleidens, die ihren Zweck vollständig erreicht und das lokale Leiden beseitigt, die Ursache einer lange dauernden schweren nervösen

Alteration im Sinne einer Hysterie werden kann. Ich verfüge selbst über eine Anzahl diesbezüglicher Beobachtungen.

Dass der therapeutische Erfolg der gynäkologischen Behandlung in psychischer Hinsicht ein negativer war, habe ich schon erwähnt. Der Erfolg in lokaler Beziehung war bei allen operierten Fällen ein völlig guter. Er führte, wie durch Nachuntersuchungen festgestellt wurde, ausnahmslos zur Beseitigung der vorhandenen Erkrankung.

Im einzelnen ist darüber noch folgendes auszuführen. Auch die Behandlung der hysterischen Neuropsychosen hat bei unserem Material ein negatives Resultat ergeben. Dies könnte scheinbar gegen die von mir angenommene Suggestiv-Heilungen bei diesen Erkrankungen sprechen. Aber nur scheinbar. Denn gerade nach dem, was wir über diese Störungen ausgeführt haben, und was Meyer, Walthard u. a. darüber gesagt haben, kommt es bei diesen Fällen weniger auf den operativen Eingriff an sich an als auf die gleichzeitig damit verbundene Beeinflussung der Psyche, des Vorstellungslebens des Betroffenen. Wenn einer Hysterischen heute mit der ganzen Macht einer suggestiven Persönlichkeit erklärt wird: Du bist unterleibslidend, davon kommen diese nervösen Störungen, ich werde deine Unterleibskrankheit heilen, und damit werden auch deine nervösen Störungen schwinden, so ist bei einem solchen Vorgehen der suggestive Faktor doch unvergleichlich grösser wie der, den wir bei unseren Kranken aufbringen konnten. Schon die Tatsache, dass die Suggestion und die Operation von ein und derselben Persönlichkeit ausgeführt werden, ist von nicht zu unterschätzender Bedeutung. Wer einigermaßen den Persönlichkeitskultus, den fanatischen Glauben an eine Person bei den Hysterischen kennt, wird uns dabei ohne weiteres recht geben. Ich erkläre aber auch offen, dass in zahlreichen solchen Fällen die Heilung von einer entsprechenden Persönlichkeit auch ohne Operation, durch sonstige suggestive Massnahmen hätte erreicht werden können. Nun ist aber noch zu bedenken, dass ein operativer Eingriff, noch dazu ein schwerer, mit allem, was dazu gehört, zweifellos einen grösseren Eindruck auf das empfängliche Vorstellungsleben einer Hysterischen auszuüben vermag, als irgend welche sonstige Massnahmen. Zum Gelingen gehört nur der Glaube der Betroffenen an den Suggestierenden, der um so überzeugender wirken wird, je überzeugter er selbst von der Sache ist. Die Operation selbst ist dann mehr oder weniger Formsache. Daher auch die Erfolge von Scheinoperationen, über die Angelucci und Pieraccini berichten. Diese suggestive Kraft stand uns schon aus äusseren Gründen nicht zur Verfügung. Daher auch der Misserfolg. Es ist zweifellos ein Verdienst Bossi's, so vielen kranken Frauen in dieser Weise geholfen zu

haben, sein Verdienst wäre aber noch grösser, wenn er die Erfolge, wie es sich ziemte, seiner Persönlichkeit, seinem suggestiven Einfluss zuschriebe und die Operation nur als Hilfsmittel bezeichnete. Dann würde es der Wirklichkeit entsprechen und nicht andere verlocken, es ihm nachzumachen. So aber werden viele operieren und wenige heilen.

So viel über die hysterischen Zustände, deren Besprechung sich im Zusammenhang nicht ganz vermeiden lässt.

Der Misserfolg bei den übrigen Formen hat nichts Ueberraschendes, wohl aber ist es von unserem Standpunkt sehr zu bedauern, dass es so ist, denn wir Psychiater — und das möchte ich gerade Bossi gegenüber betonen — sind weit entfernt davon, das Fehlen einer Kausaltherapie der Psychosen zu ignorieren und würden es mit Freuden begrüssen, wenn uns diesbezügliche Handhaben gegeben würden. Die gynäkologische Therapie ist aber ein Schlag ins Wasser. Dies zu konstatieren würde eigentlich genügen. Aber einige Fälle, die ich in der nachstehenden Kasuistik auszugsweise mitteile, bieten Anlass zu einigen in diesem Zusammenhang ganz interessanten Bemerkungen. Da ist zuerst der Fall Oe. Er ist in doppelter Hinsicht interessant. Zunächst tritt hier als unmittelbarer Operationserfolg eine entschiedene Besserung des psychischen Befindens in Erscheinung, die sofort am ersten Tage einsetzt, aber nach wenigen Tagen zurückgeht und sich nun ein Verlauf der Erkrankung einstellt, der sich in nichts von dem unterscheidet, der solchen Krankheitszuständen zukommt. Diese unmittelbare Veränderung des psychischen Befindens muss wohl als Shockwirkung, sei es der Narkose oder der Operation, gedeutet werden, denn dass die Entfernung des Myoms mit Uterus und Ovarien schon nach knapp 24 Stunden ihre heilsame Wirkung ausüben sollte, ist doch kaum zu glauben. Des Weiteren wird es interessant sein zu beobachten, ob nach Ablauf der Psychose sich irgend welche Ausfallserscheinungen einstellen werden. Sehr lehrreich ist auch der Fall R., weil er zeigt, wie leicht unter Umständen ein Erfolg eines operativen Eingriffs angenommen werden kann, wo in Wirklichkeit keiner vorhanden war. In diesem Fall trat kurze Zeit nach der Operation eine Besserung des Befindens, ein und zurzeit, Ende Januar, ist die Kranke als geheilt anzusehen. Nicht ganz 5 Wochen nach der Operation. Da muss man doch geradezu einen Erfolg annehmen! Nun ist die Kranke aber schon wiederholt in derselben Weise krank gewesen, es handelt sich um eine periodische Melancholie. Und beide Male ist die Krankheit während ihres Aufenthaltes in der Klinik in derselben kurzen Zeit, in 5 resp. 6 Wochen ohne Heilung des Unterleibsleidens zum Ablauf gekommen. Ohne die Kenntnis dieser Vorgeschichte würde man ohne weiteres ge-

neigt sein, einen Zusammenhang zwischen Operation und Genesung anzunehmen. Ein anderer nicht minder instruktiver Fall, besser gesagt 2 Fälle, der eine mit, der andere ohne Genitalerkrankung, die aber in innigem Zusammenhang standen, sind Fr. D. und Fr. L. Es sind dies zwei Schwestern, die zu gleicher Zeit mit den gleichen Psychosen — hypochondrische Melancholie — sich in der Klinik befanden. Nebenbei bemerkt, war ein Bruder 1 Jahr vorher in derselben Weise erkrankt und hatte durch Suizid geendet. Bei der einen der Schwestern, die ganz unabhängig von einander in derselben Weise erkrankt waren, findet sich eine genitale Erkrankung, die andere ist frei von einer solchen. Man wird zugeben müssen, dass diese Tatsache allein schon gegen die Annahme einer genitalen Ursache spricht, denn es wäre dann nicht ersichtlich, warum die andere Schwester in derselben Weise erkrankte. Das Haltlose dieser Annahme lässt sich aber in diesem Fall noch weiter verfolgen. Die operative Beseitigung des Leidens bei Frau D. wird beschlossen, aber auf Wunsch der Kranken, die sich noch sehr elend fühlt, etwas hinausgeschoben. Und der Erfolg war, dass die Erkrankung zum Ablauf kam, bevor der Eingriff vorgenommen wurde. Fast gleichzeitig genesen beide Schwestern. Der Eingriff wurde doch gemacht, da die Patientin es selbst wünschte, und der weitere Verlauf war nach einer ganz geringen Verschlimmerung kurz danach eine unveränderte Fortsetzung des vorhergehenden. Wäre die Kranke allein krank gewesen und der Eingriff sofort vorgenommen worden, so wäre naturgemäss der Gedanke nahegelegen, die lokale Heilung mit der psychischen Genesung kausal zu verknüpfen, aus einem tatsächlichen post hoc ein propter hoc zu machen. Ich glaube, dass man öfters solchen unbewussten Selbsttäuschungen in der Beurteilung kausaler Zusammenhänge unterliegt, denn nur ein glücklicher Zufall, möchte ich sagen, hat uns in diesem Fall vor einer solchen bewahrt.

Dies waren die Fälle, in denen man hätte verführt werden können, an den Zusammenhang zu denken, ich habe sie deshalb in gesonderter Weise besprochen. In allen anderen Fällen war entweder der Heilungsverlauf ein gänzlich von der lokalen Heilung unabhängiger d. h. die Psychosen gingen in Genesung über, ohne dass der Eintritt der Besserung, die Art derselben zeitlich in irgend einer Weise mit dem lokalen Eingriff in Zusammenhang stand, oder die Kranken — und das ist die Mehrzahl der Fälle — haben heute noch ihre Psychose wie vor dem Eingriff. Ein zusammenfassender Ueberblick ergibt folgendes Bild (s. umstehende Tabelle).

Ein kurzer Blick auf diese Tabelle zeigt nun, dass von irgend einem Erfolg der gynäkologischen Heilung nicht gesprochen werden kann.

56 Fälle mit positivem gynaekologischem Befund.

Therapie	Zahl	geheilt	gebessert	ungeheilt
Operativ	21	4	1	16
Konservativ	17	2	1	14
Keine	18	5	—	13

Unter den acht als geheilt resp. gebessert nach gynäkologischer Heilung angeführten Fällen befinden sich auch die drei von uns bereits besprochenen und ausserdem noch fünf ähnlich verlaufene, d. h. der Genesungsprozess hat bei ihnen seinen Fortgang resp. seine Entwicklung genommen, ohne dass man bei objektiver Betrachtung denselben mit der lokalen Heilung in Zusammenhang bringen konnte. Ich kann mich nicht dazu entschliessen, einen Effekt der operativen oder konservativen lokalen Heilung anzunehmen, wenn eine Psychose nach monatelanger Dauer — oft bis zu einem Jahr — zum Ablauf kommt und die Beseitigung des lokalen Leidens 3 oder 4 Monate und noch länger vor dem Eintritt der psychischen Genesung erfolgt. Einen solchen Kausalnexus anzunehmen, erscheint mir unnatürlich und gezwungen, da wir doch sonst hunderte Male denselben Vorgang ohne derartige Eingriffe sehen und der Verlauf, wie schon erwähnt, sich in nichts, aber auch gar nichts, von dem gewöhnlichen unterscheidet. Aber ausserdem sehen wir noch aus der Tabelle, dass in fünf von 16 Fällen mit gynäkologischen Erkrankungen, die keiner Behandlung unterzogen wurden — meist weil die Operation verweigert wurde — auch ohne dieselbe psychische Heilung zustande kam. Bezeichnenderweise befindet sich darunter auch eine hysterische Neuropsychose hypochondrischen Charakters, die unter mehrmonatiger poliklinischer Behandlung — Suggestivbehandlung mit dem elektrischen Tisch, allgemeine Suggestivtherapie und Kräftigung — zur völligen Heilung kam, obwohl die Patientin heute noch ebenso wie früher ihre Uterusanomalie hat und sich derselben bewusst ist! Die Anzahl der hier als geheilt resp. gebessert angeführten Psychosen — 13 unter 43 — könnte gering und den anfangs angeführten Zahlen widersprechend erscheinen. Es ist dies jedoch nur ein scheinbarer Widerspruch, da die Zahlen sicher noch keine endgültigen sind. Die Mehrzahl der übrigen Psychosen wird sicher noch einen günstigen Verlauf nehmen, es handelt sich um Erkrankungen, die längstens ein halbes Jahr zurückliegen. Es ist also kein definitives Ergebnis. Für die in Rede stehende Frage jedoch ist das heutige Resultat massgebend, da es für dieselbe völlig gleichgültig ist, ob eine Psychose nach einer

Dauer von einer Reihe von Monaten — nach gynäkologischer Heilung — zum Ablauf kommt.

Ich führe sonst bei diesen Fällen mit Willen unsere psychiatrischen Diagnosen nicht an, da es nach Bossi ja keinen Wert hat, ob man die Erkrankung so oder so nennt, sondern nur darauf ankommt, ob das Individuum dem Laien als geisteskrank imponiert, nur erscheint es mir charakteristisch und erwähnenswert, dass die Mehrzahl dieser zur Heilung gekommenen Psychosen als manisch-depressive resp. melancholische zu bezeichnen waren, also Psychosen, die von vornherein eine günstige Prognose haben. Dass die Mehrzahl dieser Psychosen mit und ohne lokale Heilung in Genesung übergeht, ist weiter nicht verwunderlich.

Ich kann also nach dem Ergebnis unserer Untersuchungen und Behandlung nicht anders, als die Anschauungen Bossi's für irrig und seine daran geknüpften Forderungen für unberechtigt zu erklären.

Eine gynäkologische Prophylaxe des Wahnsinns, wie Bossi es sich denkt, gibt es nicht.

Noch einige Worte über das Verhalten der Menstruation, auf das Bossi auch so grossen Wert legt. Wie es damit bei unseren Fällen aussieht, lässt sich am besten durch die folgende Tabelle illustrieren.

Verhalten der Menstruation	bei genitaler Erkrankung	ohne genitale Erkrankung
regelmässig	28	55
unregelmässig	16	20
Menopause	12	22

Man sieht daraus, dass eine Unregelmässigkeit der Menstruation gar nicht so häufig vorkommt, als man vielleicht anzunehmen geneigt ist, und dass dieselbe ebensowohl bei gesundem als bei krankem Genitale vorkommen kann, was auch wieder dafür spricht, dass nicht in dem Ausbleiben der Menstruation die Ursache für die psychische Erkrankung zu sehen ist, wie Bossi anzunehmen scheint, da er, man darf wohl sagen, krampfhaft Versuche gemacht hat, die Menstruation künstlich wieder hervorzurufen mit Saugen und Stichelungen u. dergl. Auf dieses Gebiet sind wir ihm nicht gefolgt, d. h. lokale Eingriffe zur Herbeiführung einer menstruellen Blutung haben wir unterlassen, und zwar aus dem Grunde, weil es uns widersinnig erscheint, eine zweifellos von höheren Zentren aus regierte Funktion durch lokale Eingriffe wiederherstellen zu wollen, und weil uns derartige wiederholte Eingriffe nicht unbedenklich erscheinen. Martin erwähnt übrigens, dass er diesen therapeutischen Weg auch einmal gegangen sei, aber sehr bald wieder

verlassen habe, weil er dessen Nutzlosigkeit eingesehen habe. Dass die Dementia praecox nicht, wie Bossi behauptet, systematisch von Menstruationsanomalien begleitet ist, hat schon Peretti einwandfrei an seinem Material nachgewiesen. Dieselbe Erfahrung habe ich gemacht und kann ich die Angaben Peretti's nur bestätigen. In kaum 15pCt. der Dementia praecox-Fälle — ich führe sie unter der Kategorie Katatonie und Hebephrenie, da uns der Ausdruck Dementia praecox nicht richtig erscheint — finden wir Menstruationsstörungen! Damit allein scheint den therapeutischen Versuchen Bossi's, durch gewaltsame Herbeiführung der Menstruation die Psychose zu beeinflussen, das Urteil gesprochen. Dass Bossi zu solchen, den Tatsachen direkt widersprechenden Ansichten kommen konnte, ist meines Erachtens nur dadurch zu erklären, dass er ein grösseres Material geisteskranker Frauen zu sehen, den Verlauf der Psychosen zu beobachten, nie Gelegenheit gehabt hat.

Auf das Gefährliche dieser therapeutischen Vorschläge Bossi's macht mit Recht Stoeckel in seiner Kritik des Buches aufmerksam, der darauf hinweist, wie leicht dadurch ein unbeabsichtigter künstlicher Abort provoziert werden könnte. Kurz wären in diesem Zusammenhang noch die nach gynäkologischen Operationen auftretenden psychischen Störungen zu erwähnen, die auch gegen die Annahme sprechen, dass eine Psychose durch ein lokales genitales Leiden verursacht werden kann, da es dann nicht zu erklären wäre, wie ein auf Grund einer genauen Indikationsstellung lege artis ausgeführter operativer Eingriff zur Beseitigung eines solchen Leidens, der das gewünschte Resultat auch erzielt, den Ausbruch einer Psychose verursachen könnte. Es ist bekannt, und unter anderen von Hermkes auf Grund des Materials unserer Klinik ausführlich erörtert, dass häufig — auch Martin veröffentlicht eine Anzahl hierher gehöriger Fälle — nach operativen Eingriffen Störungen der Psyche eintreten. Es handelt sich dabei entweder um hysterische Erscheinungen — Allgemeinsymptome, Erregungen, Dämmerzustände, Paresen — oder akute halluzinatorische Verwirrheitszustände vom Typus der Amentia mit günstiger Prognose. In seltenen Fällen schliessen sich chronische geistige Erkrankungen wie Paranoia, Katatonie an die Eingriffe an. In solchen Fällen wird man aber wohl die Operation nur als zufällig auslösendes Moment betrachten können. In seltenen Fällen soll ein operativer Eingriff auch die Veranlassung zur Entstehung einer Epilepsie gewesen sein. Diesen Mitteilungen stehe ich skeptisch gegenüber. Ich glaube, dass es sich da höchstens um Verschlimmerungen einer schon bestehenden gehandelt hat oder um Wechselung mit Hysterie.

Meist sind es erblich belastete Kranke, die in dieser Weise auf den Eingriff reagieren, die, wie man bei genauesten anamnestischen Erhebungen erfährt, schon vorher grössere oder geringere Schwankungen ihrer Psyche geboten haben. Als Ursache wird wohl die Angst vor der Operation und der Shock durch dieselbe beschuldigt werden können. Es wird sich bei solchen Patienten, bei denen der Verdacht besteht, dass sie als psychisch labil zu bezeichnen sind, empfehlen, stets in allgemeiner Narkose zu operieren. Der Gedanke, dass die geistige Anwesenheit bei der Operation, das Miterleben derselben auf eine wenig widerstandsfähige Psyche schädigend einwirken könne, liegt zu sehr nahe. Unsere diesbezüglichen Beobachtungen sind noch zu wenig zahlreich, um ein abschliessendes Urteil darüber abzugeben, aber einer unserer Fälle — es handelt sich um eine in Lumbalanästhesie vorgenommene gynäkologische Operation —, bei dem die Kranke nach ihrer Genesung von einer schweren Amentia immer wieder genau angab, den Stich in den Rücken gefühlt zu haben, an alles übrige sich aber nicht mehr erinnern zu können, scheint für diese Annahme zu sprechen.

Ich habe hier versucht, die Rolle, die einer gynäkologischen Erkrankung und ihrer Heilung bei der Entstehung von psychischen Erkrankungen zukommt, kurz darzustellen.

II. Gynäkologischer Teil.

Wie bereits aus dem ersten Teil unserer Abhandlung zur Genüge hervorgeht, waren es vor allem die Veröffentlichungen des Genueser Gynäkologen Bossi, die uns veranlassten, einer Frage erneut nachzugehen, die für Psychiater wie für die Gynäkologen schon längst als erledigt gegolten hatte. Bossi fordert auf Grund seiner praktischen Erfahrungen und theoretischen Erörterungen eine gynäkologische operative Therapie zur Gesundung von Geisteskranken. Diese Forderung ist nicht neu und hat bereits eine ziemlich erschöpfende historische Darstellung erst jüngst von Peretti erfahren, so dass ich mich mit einigen Hinweisen auf die Entwicklung der gynäkologischen Therapie bei Irren begnügen kann.

Mit dem Aufblühen der operativen Gynäkologie und insbesondere mit der Entwicklung der Kastration wurde auch die Frage des Zusammenhanges zwischen Psyche und Genitale aktuell. A. Hegar in Deutschland und Batthey in Amerika waren es, die in den 70er Jahren des vorigen Jahrhunderts die Kastration inaugurierten und ihre Indikation auf die Geisteskrankheiten ausdehnten. Während man anfänglich nur erkrankte Ovarien entfernte, kam man bei der damals herrschenden Anschauung von einer reflektorischen Beziehung zwischen Ovarien und

Nervensystem bald dazu, bei allen psychisch Erkrankten wahllos gesunde Ovarien zu extirpieren. Auf dem internationalen medizinischen Kongress in Kopenhagen (1884) und auf der Naturforscherversammlung in Berlin stand das Thema zur Diskussion. Neben begeisterten Anhängern, besonders Amerikanern, fand sich bereits eine Mehrzahl bedeutender Gynäkologen, die ihre warnende Stimme erhoben. So wies vor allem Schröder in Berlin darauf hin, dass wir über die Abhängigkeit nervöser Erscheinungen von pathologischen Veränderungen in den Eierstöcken noch viel zu wenig wüssten, um daraufhin grössere operative Eingriffe auszuführen.

In den folgenden Jahren flaute das Interesse der Gynäkologen an diesem Thema mehr und mehr ab. Vor allem schaffte die bessere Kenntnis über das Wesen der Hysterie Wandel und brachte die Gynäkologen zu der richtigen Anschauung, dass ihre heilenden Eingriffe bei Psychischkranken nur Suggestivoperationen waren.

Zu den Gynäkologen, die diese Meinungsänderung nicht mitmachten, gehörte und gehört noch B. S. Schultze, der hartnäckig an den Anschauungen festhält, die er schon 1880 und neuerdings wieder kundgegeben hat. Da er immer wieder den Engländer Hobbs mit seiner glänzenden Statistik von 1000 Fällen anführt, sei es mir aus Gründen der literarischen Richtigstellung gestattet, einiges aus den Diskussionsbemerkungen der damaligen Sitzung der britischen medizinischen Gesellschaft mitzuteilen, die uns die Arbeit von Hobbs doch in etwas anderem Lichte erscheinen lassen, als man nach den bisherigen Referaten annehmen musste.

Nach den Vorträgen von Rohé und Hobbs, die in ziemlich ähnlichem Sinne die Beziehungen der Beckenerkrankungen zum Irrsinn der Frau behandelt hatten, entwickelte sich eine lebhafte Debatte, in der J. Russel den Anschauungen der Vorredner scharf entgegentrat. Er führte ungefähr folgendes aus: Die Gynäkologie könne bei Irren zur Beseitigung physischer Leiden ebenso gut eine Stelle finden wie bei geistig Gesunden, dieselbe aber als eine Heilmethode für die Geistesstörung selbst anzupreisen, sei absurd. Die Gynäkologen glaubten, dass die Geistesstörung bei Frauen zum grössten Teil von Störungen im Becken abhängig sei, und um die Vernunft wiederzubringen, werde das Messer gezogen und würden Organe entfernt. Sie seien gläubige Anhänger der Reflextheorie. Bei aller Achtung vor den Erfolgen der operativen Gynäkologie müsse er seine Stimme gegen die Verstümmelung hilfloser Geisteskranker erheben.

Es gebe ungefähr gleichviel männliche und weibliche Irren. Wenn der Testikel sein Analogon beim Weibe im Ovarium besitze, warum

sollte dann letzteres ein solch andauernder Störenfried sein, während der Hoden ein verhältnismässig harmloses Organ sei.

Zum Beweise dafür, dass er mit seiner Meinung nicht allein steht, führt er eine Zusammenstellung der Antworten von 120 befragten Aerzten aus England und Amerika an, mit folgendem Ergebnis:

1. Mit Ausnahme dreier Oberärzte wurde berichtet, dass in weniger als 5pCt. Krankheiten des Uterus oder der Adnexe für die Geistesstörung ätiologisch in Betracht kommen könnten.

2. Die grössere Mehrzahl derjenigen, die Erfahrungen über den Einfluss operativer Massnahmen haben, behauptet nicht, dass irgend ein dauernder Heilerfolg zu verzeichnen sei.

3. Nur 6 Aerzte glauben, dass die Heilungen auf die Operationen zu schieben seien, mehrere sind der Ansicht, dass die geistigen Erkrankungen sich verschlimmerten.

4. Fast alle empfehlen, nur aus physischen Gründen zu operieren; selten oder niemals, um den Versuch zu machen, die geistige Störung zu beseitigen.

5. Einmütig ist man geneigt, der speziellen Ruhe, Pflege usw. den grössten Einfluss auf die Heilung zuzuerkennen, nicht der Operation als solcher.

Nach diesen Darlegungen hielten sowohl Rohé als auch Hobbs ihre Behauptungen nicht mehr voll aufrecht. Rohé sagte selbst „Unglücklicherweise habe man hauptsächlich bei gynäkologischen Operationen nach dem Einfluss gefragt, den die Operationen auf die Heilung der Geistesstörungen ausüben könnten; man sollte die lokale Behandlung ganz allein durch den Charakter und die Ausdehnung der lokalen Erkrankung bestimmt werden lassen“. Nach diesen Erwidern konnte J. Russel befriedigt zum Schlusse sagen, er freue sich zu hören, dass Rohé wie Hobbs es verwerfen, nur um Heilung der Geisteskrankheiten willen zu operieren.

Diese ausführliche Wiedergabe der Verhandlungen der britischen medizinischen Gesellschaft vom 7. September 1897 erscheint mir gerechtfertigt, weil durch die Feststellung der Tatsache, dass Hobbs selbst seine Anschauung nicht mehr festhält, einer der Beweise entwertet ist, der besonders von Schultze immer wieder zur Begründung seiner Vorschläge herangezogen wurde, auch neuerdings wieder in einem Aufsatz einer amerikanischen Fachzeitschrift¹⁾.

Die erste Kenntnis von Bossi's Anschauungen erhielten wir seit

1) Schultze, B. S., Diagnose und operative Behandlung gynäkologischer Leiden bei geisteskranken Frauen. Americ. journ. of obstet. 1913. Vol. 67. p. 114.

dem Jahre 1910 durch kleinere Mitteilungen, wie „Religiöser Wahnsinn aus gynäkologischen Gründen“, „Die gynäkologischen Läsionen bei der Manie des Selbstmordes etc.“ und noch durch zahlreiche andere. 1912 fasste Bossi alle seine früheren Veröffentlichungen zusammen und beglückte uns mit einer etwas tendenziösen Broschüre; „Die gynäkologische Prophylaxe bei Wahnsinn“. Wir werden nur diese Arbeit zum Mittelpunkt unserer Besprechung machen, da Bossi darin seine früher veröffentlichten Fälle wieder verwertet hat.

Bezüglich der Form der Schrift und des schmückenden Beiwerkes der mitgeteilten Krankenberichte verweise ich auf Stoeckel's Besprechung im Zentralblatt der Gynäkologie; ich werde mich bemühen, an dieser Stelle nur das rein Sachliche zu behandeln.

Bossi hält die Psychosen für Intoxikationserscheinungen des Gehirns und macht bei der Frau den Sexualapparat für die Produktion der in Frage kommenden Gifte verantwortlich. Es sollen vom weiblichen Genitale aus 1. Toxine durch eine Störung der inneren Sekretion gebildet werden können und 2. bei entzündlichen Affektionen am Uterus und an seinen Anhängen infektiös-toxische Stoffe resorbiert werden. Von der Annahme ausgehend, dass die Sekretion des Uterus — die Blutentleerung bei der Menstruation und die Entleerung der uterinen Drüsen — Vorgänge sind, durch welche toxische Stoffe aus dem Körper ausgeschieden werden, hält B. jede Störung dieser Funktion für genügend, um eine Intoxikation und damit psychische Alterationen verursachen zu können. Den gleichen Effekt soll die Absorption toxischer Stoffe hervorrufen, die z. B. bei einer infektiösen Endometritis gebildet und durch eine Verlegung des Muttermundes am Abfluss gehindert werden. Auf Grund dieser Hypothesen stellt B. folgendes System der Psychosen genitalen Ursprungs auf:

1. Psychosen: infektiös-toxisch (Infektion, Intoxikation)
 - a) Verallgemeinerte schwere Infektionen,
 - b) lokalisierte Infektionen mit deutlichen Erscheinungen,
 - c) schleichende lokalisierte Infektionen, die sich leicht der Beobachtung entziehen (Erkrankungen am Uterushals).
2. Psychosen infolge krankhaft veränderter Funktion der Drüsen mit innerer Sekretion, abhängig von
 - a) angeborener Missbildung (schneckenförmiger Uterus usw.),
 - b) erworbener fehlerhafter Lageveränderung (Rückwärtslage des Uterus etc.),
 - c) infektiösen Prozessen (Endometritis etc.),
 - d) Seelenschmerzen,

- e) gestörter allgemeiner Ernährung (Fettleibigkeit, veränderter Stoffwechsel etc.),
- f) frühzeitiger Menopause,
- g) demolierender Operationen,
- h) angeborener Aplasie.

3. Psychoneurosen infolge von Erschöpfung.

Zu diesen Ideen gelangte Bossi, wie er selbst angibt, durch seine reiche persönliche Erfahrung an einschlägigen Fällen, und er führt eine Kasuistik von 32 ausführlich geschilderten Krankenberichten an, auf die ich zunächst eingehen will.

Uebereinstimmend mit seinen Theorien finden wir unter Bossi's Diagnosen meist geringfügige Uterusleiden, die leicht übersehen werden können, es sind nicht Karzinome, Myome oder Kystome, die Psychosen verursachen, sondern Menstruationsanomalien, Endometritiden, Retro- und Antelexionen mit Sekretstauungen im Endometrium, Zervixlazerationen, Erosionen etc. Von seinen 32 Frauen hatten nur 4 normale Menses, die anderen litten an Amenorrhoe, zu spärlichen Menses, einige an Menorrhagien, die meisten an Dysmenorrhoe. Die Endometritis war meist die Folge einer Sekretstauung durch Zervixstenose, wobei besonders der von Bossi so benannte „schneckenförmige“ Uterus seine verderbliche Rolle spielte. Wir kennen in Deutschland die Missbildung des schneckenförmigen Uterus nicht, ich nehme an, dass Bossi mit diesem Begriff die bei uns sogenannte spitzwinklige Antelexio uteri meint. Auffallend war uns, dass B. bei seinen zahlreichen Endometritiden und Ulzerationen mit starker eitriger Sekretion nie bakteriologisch untersucht hat. Wenn eine Frau so starken eitrigen Ausfluss hat, dass auch das äussere Genitale gerötet ist, so glaube ich, ist doch die mindeste Forderung, dass man einen Abstrich macht und auf Gonokokken färbt. Denn davon hängt die Indikation des eventuellen Eingriffes ab, und wenigstens aus somatischer Indikation muss man diese Forderung im Interesse der Frau mit Notwendigkeit stellen. Davon sehen wir in den Bossi'schen Krankengeschichten nicht eine Andeutung. Ebenso vermissen wir in den Fällen, in denen Organe exstirpiert wurden, eine pathologisch-anatomische Diagnose, wir erfahren nicht, ob der Untersuchungsbefund gestimmt hat.

Was nun die therapeutischen Eingriffe betrifft, so müssen wir auch hier feststellen, dass B. in vielen Fällen nicht klar angibt, was er eigentlich operiert hat. Manchmal steht überhaupt nur verzeichnet, dass er operiert hat. Gerade die Operationen, die B. beim schneckenförmigen Uterus ausgeführt hat, hätten uns besonders interessiert, gerade sie hat er ganz unverständlich gelassen. So heisst es z. B. in Fall 7,

„er operierte, indem er die Uterusmissbildung (schneckenförmiger Uterus) entschieden verbesserte,“ oder bei Fall 8, „operierte er, indem er die Antelexio beseitigte,“ bei Fall 16, „Ablösung der Adhärenzen zwischen Uteruskörper und -hals bei schneckenförmigem Uterus“. Bei diesen Operationsberichten können wir uns kein Bild des Vorganges machen. Ich will durchaus nicht annehmen, dass uns Bossi irgend etwas verschleiern wollte. Aber ich muss doch betonen, dass präzisere Angaben in diesen Punkten wertvoller gewesen wären als die langatmigen Schilderungen von Heilungsszenen und die Mitteilungen von Briefen dankbarer Patientinnen.

Die mitgeteilten Operationen gehören mit einigen Ausnahmen dem Gebiete der sogenannten kleinen Gynäkologie an.

Fast alle Frauen wurden curettiert und dabei auch in Fällen, in denen bei uns wenigstens eine Abrasio direkt für kontraindiziert gilt. Wenn z. B. Bossi gleich in seinem 1. Fall davon spricht, dass gelber Ausfluss infolge Subinvolutio uteri, eine infektiöse Endometritis und eine linksseitige Salpingitis bestanden, und er trotzdem curettiert und noch dazu sein intrauterines Pessar einführt, so müssen wir diese Handlungsweise für höchst kühn erklären. Das ist aber nicht der einzige Fall, B. spricht oft von infektiöser Endometritis (bakteriologisch ist allerdings kein einziger untersucht), in 4 Fällen von mit Adnexerkrankung komplizierter Endometritis wurde intrauterin manipuliert. Bei Fall 22 teilt er selbst den Misserfolg dieser Therapie mit. Bei einer Hebamme lautete die Diagnose: (wörtlich) „Postabortive Endometritis, linksseitige eitrige Entzündung des Eierstocks und des Eileiters. 30. April 1910 wird folgende Operation ausgeführt: Ausschabung des Endometriums, Kauterisation.

Der Zustand der Patientin besserte sich indes trotz der weiteren Kuren nicht, ja es verschlimmerten sich die Unterleibsschmerzen im unteren linken Quadranten. Am 10. Mai 1910 trat eine spärliche Menstruation von 4 tägiger Dauer ein, wodurch die Schmerzen noch erhöht und der allgemeine Zustand verschlimmert wurden.“ Am 31. Mai musste dann laparotomiert, und die linken Adnexe mussten extirpiert werden.

Eine schärfere Kritik als durch Mitteilung der einfachen Tatsachen des postoperativen Verlaufes mit Bossis eigenen Worten kann wohl die Vornahme einer Curettage bei komplizierender Adnexerkrankung nicht finden. Dass wir ihm derartige gewagte Experimente bei der Nachprüfung seiner Idee nicht nachmachen konnten, wird wohl niemand wundern.

Noch ein weiteres therapeutisches Mittel mussten wir ablehnen, die

Anwendung des intrauterinen Pessars. Abgesehen davon, dass wir die Idee, durch Einführung eines Stiftes in die Uterushöhle eine Menstruation zu erzwingen, nach der heutigen Auffassung vom Menstruationsvorgang und seiner Abhängigkeit von der Ovarialfunktion für durchaus verfehlt halten, finden wir diese Massnahme höchst verwerflich. Einmal deswegen, weil, wie schon Stoeckel betont, die Gefahr der Abortprovokation besteht, und zweitens, weil wir gerade hier in Kiel¹⁾ bei der Anwendung des Intrauterin pessars, das hier unter dem Namen „Stilet“ als antikonzeptionelles Mittel sehr häufig getragen wird, schon recht viel Schädliches gesehen haben. In einer Reihe von Fällen konnten wir bei schwer septischen Frauen mit grossen parametranen Exsudaten, mit Adnextumoren den Intrauterinstift als Ursache der Erkrankung entfernen.

Aber selbst im Sinne der Bossi'schen Theorie erscheint mir die Stifftherapie schlecht, weil unlogisch. Mit der Einlegung des Fremdkörpers soll doch durch Reizung des Endometriums eine Menstruation hervorgerufen werden, um die problematische Giftauusscheidung, die mit der Periodenblutung verbunden sein soll, wieder in Gang zu bringen. Niemand wird aber glauben, dass ein Uterinstift im frisch curettierten Uterus nur eine einfache aseptische Reizung verursacht, vielmehr müssen wir besonders in Analogie der Untersuchungen Aschoff's, der nach 24stündigem Liegenlassen eines Laminariastiftes bereits Eiter in der Tube nachweisen konnte, mit Sicherheit annehmen, dass es beim Intrauterinstift, zumal dann, wenn man, wie Bossi, ihn 20 Tage liegen lässt, zu bedeutenden entzündlichen Veränderungen im Endometrium und auch zu septischer Sekretanhäufung im Uterus kommt. Während also Bossi einen Abfluss des Uterinsekretes hervorrufen will, begünstigt er die nach seiner Theorie für die Pathogenese der Psychosen so wichtige Absorption von infektiös toxischen Sekreten.

Aber wir begegnen noch weiteren Eingriffen Bossi's, die in ihren Konsequenzen unlogisch wirken. B. schätzt die Wichtigkeit der Eierstocksfunktion für die Entstehung von Psychosen hoch ein, und die frühzeitige Menopause führt er in seiner Klassifizierung der Psychosen genitalen Ursprungs eigens an, gleichwohl steht er nicht an, bei Fall 5 einer jungen Frau, die nach seinen eignen Worten in den Jahren voller

1) Die grosse Verbreitung der antikonzeptionellen Mittel dieser Art in Schleswig-Holstein auch auf dem Lande rührt zum Teil von der Propaganda des Flensburger Gynäkol. Mensinga her, der hier zu Lande in grossem Ansehen stand.

Zeugungsfähigkeit stand, Uterus und Adnexe radikal zu entfernen. Auf diesen Widerspruch hat schon Stöckel hingewiesen.

An sonstigen Eingriffen führte B. plastische Operationen aus am Muttermund, Scheidenplastiken, Adnexextirpationen, Aetzungen und Stichelungen der Portio, Einlegung von Hebel pessaren, alles in Narkose.

Zur wissenschaftlichen Begründung seiner Theorien liess B. in seiner Klinik auch Tierversuche ausführen. Er will die besondere Giftigkeit des Scheidensekrets der Amenorrhöischen beweisen. Obwohl B. uns keine klare Vorstellung gibt, warum das Scheidensekret gerade bei Amenorrhöischen nach seiner Ansicht besonders giftig sein soll, wollen wir es uns nicht verdriessen lassen, ihm auch auf dieses Gebiet zu folgen.

Das Scheidensekret wurde dadurch gewonnen, dass ein 30 cm langer sterilisierter Gazestreifen in die vorher ausgespülte Scheide eingeführt wurde und für 12 Stunden liegen blieb. Dann wurde der Streifen, der das Sekret aufgesogen hatte, herausgenommen und in 1 ccm (?) destilliertem Wasser oder mit physiologischer Kochsalzlösung ausgewaschen und ca. $1\frac{1}{2}$ —2 ccm dieses Waschwassers einer weissen Maus teils subkutan, teils intraperitoneal injiziert. Auf diese Weise wurden in einer 1. Serie 9 Mäuse injiziert mit Sekret von 5 amenorrhöischen Frauen; alle Tiere wurden krank, 5 starben, 4 erholten sich wieder. Mit anderen Worten, die Prozedur war für die Tiere nicht ganz ungefährlich.

Da Bossi schliesslich doch daran dachte, es könnten auch Bakterien in dem Sekret sein, wurde in einer 2. Reihe die Injektionsflüssigkeit 20 Minuten im Wasserbad bei 70° erhitzt, um eine Infektion auszuschliessen. Die 8 injizierten Mäuse gingen merkwürdiger Weise alle zugrunde. Die Sektion ergab nie einen Befund. Zur Gegenprobe wurden 11 Mäuse mit Sekret normaler Frauen geimpft, aber auch dabei starben 2, und die meisten wurden krank.

Ferner berichtet B., dass bei Kaninchen analoge Resultate erzielt worden wären, leider erfahren wir weder wieviel Tiere verwendet wurden, noch sonst irgend etwas Genaueres bezüglich der Technik etc.

Diese wenigen und gar nicht eindeutigen Tierexperimente benutzt B., um die gewagtesten Hypothesen zu beweisen.

Die Gewinnung des Sekrets ist vor allem zu bemängeln. Ein Gazestreifen, der 12 Stunden in der Vagina liegt, wimmelt von Bakterien. Bossi gibt zu, dass der Streifen von einer übelriechenden Flüssigkeit durchtränkt war. Und damit werden die Mäuse geimpft. Man muss sich wundern, wieviel ein Tierperitoneum aushält, und dass nicht alle Mäuse eingegangen sind; krank sind sie freilich alle geworden. Den sehr offenkundigen Versuchsfehler der Infektionsgefahr suchte Bossi in seiner 2. Serie durch Pasteurisation der Injektionsflüssigkeit auszu-

schalten, aber gerade bei diesen Versuchen starben alle Tiere. Es ist doch sehr naheliegend, daran zu denken, dass durch die Abtötung der Bakterien Gifte der Bakterienleiber frei geworden und zur Wirksamkeit gekommen sind. Ich erinnere in dieser Beziehung an den berühmten „Wasserfehler“ bei der Salvarsaninjektion, an die Aufklärung des „Kochsalzfiebers“ bei der subkutanen Verabreichung physiologischer Kochsalzlösungen. Beide Beispiele zeigen, welche Rolle übersehene Toxine spielen können, wie vorsichtig man in der Beurteilung der Aetiologie toxischer Wirkungen sein muss.

Jedenfalls geht schon aus diesen kurzen Bemerkungen zur Genüge hervor, dass Bossi's Tierversuche auch einer sehr milden Kritik nicht standhalten. Wenn man noch bedenkt, dass die Zahl der Versuche sehr klein ist und daher dem Zufall viel zu viel Spielraum gelassen ist, dass die nötigen Kontrollversuche fehlen, so muss man zu dem Schluss kommen, dass den Versuchen die notwendige wissenschaftliche Grundlage fehlt, um zum Beweis irgend einer Theorie dienen zu können.

Nach meinen bisherigen Darlegungen muss man wie Stöckel zu dem Urteil gelangen, dass zwischen Bossi und den deutschen Gynäkologen eine tiefe Kluft besteht und zwar nicht nur bezüglich der Wert-einschätzung gynäkologischer Leiden für die Entstehung der Psychosen, sondern auch vor allem in der kritiklosen Indikationsstellung der therapeutischen Massnahmen und in der unkritischen Bearbeitung und Verwertung von Tierexperimenten.

Eine Uebersicht über die Resultate unserer eignen Beobachtungen wurde bereits im 1. Teile gegeben, so dass mir nur noch die Aufgabe zufällt, einige genauere speziell gynäkologische Details nachzuholen.

Unsere 178 Fälle stammen alle aus der psychiatrischen Klinik in Kiel. Wir gingen in der Weise vor, dass ich bei jeder Neuaufnahme nach Abschluss der psychiatrischen Untersuchung in der Klinik einen gynäkologischen Status aufnahm. Bei dieser Gelegenheit will ich bemerken, dass zu unserer eignen Ueberraschung die gynäkologischen Untersuchungen verhältnismässig wenig Schwierigkeiten boten. Unannehmlichkeiten von seiten der Kranken erlebte ich niemals, auch nicht von den ganz unruhigen. Ich hatte anscheinend in diesem Punkte mehr Glück wie Bossi und besonders wie der Gynäkologe Guzzoni, der auf dem Kongress in Rom 1911 erzählte, dass er bei der 15. Patientin seine Untersuchungen einstellte, weil er sein Leben bedroht sah. Nur in 8 Fällen waren wir gezwungen zu narkotisieren, 4 mal wegen Widerstrebens der Kranken und 4 mal wegen zu dicker Bauchdecken oder zu starker Muskelspannung. Wir verwendeten durchweg mit gutem Erfolg und ohne Schädigung für die Kranken den Aetherrausch, der zur voll-

kommenen Entspannung ausreichte und eine exakte Untersuchung durchführen liess. Die Explorationen wurden genau so vorgenommen, wie wir es an unserer Klinik gewohnt sind. Zuerst wurde das äussere Genitale besichtigt, dann wurden bimanuell Uterus und Ovarien abgetastet und auf Lage, Grösse, Beweglichkeit etc. geprüft. Die deutliche Palpation der Ovarien war für mich immer der Prüfstein einer genügenden Untersuchung. Alle Fälle, in denen ich mir beim ersten Mal nicht ganz klar wurde über den Befund, wurden an einem anderen Tag nochmals untersucht, eventuell nach gründlicher Darmentleerung, die gerade bei Geisteskranken sich häufig als notwendig erwies. Zum Schluss stellte ich mir Scheide und Portio im Spiegel ein unter Benutzung des praktischen Spekulum von Trélat und entnahm, wenn es notwendig erschien, Sekretproben; Sondierungen machte ich nur bei einigen Nulliparen zur Orientierung über die Weite des Muttermundes.

106 Fälle boten ganz normale Verhältnisse, 8 waren gravid, und bei 64 bestand ein pathologischer Genitalbefund. Ueber das Verhältnis des Prozentsatzes unserer pathologischen Befunde zu dem anderer Untersucher und über die Verteilung auf die Art der Psychosen ist bereits im 1. Teil das Notwendige gesagt.

Bossi hat betont, dass es nicht die grossen gynäkologischen Affektionen seien, die ätiologisch für Psychosen in Betracht kämen, sondern kleinere Leiden. Auch wir fanden unter unserem Material kein Karzinom, kein Kystom, nur einmal ein kindskopfgrosses Myom, einmal hatten wir Verdacht auf Korpuskarzinom, der sich aber bei der vorgenommenen Probecurettagé nicht bestätigte. Häufig waren die Retroflexionen. In 5 Fällen handelte sich um Retroflexio uteri fixati, 2 mal mit alten gonorrhöischen Adnextumoren kombiniert, 33 mal um mobile Retroflexionen, von denen nur einige mit Endometritis kompliziert waren, wie uns vor allem die operierten Fälle bewiesen, bei denen wir stets curettierten und die Mukosa mikroskopisch untersuchten. Wir fanden immer nur Veränderungen, welche den von Hitschmann und Adler beschriebenen Phasen entsprachen, keine entzündlichen Zeichen.

12 mal bestand Fluor, darunter 2 Fälle von subakuter Gonorrhoe, die übrigen durch Erosionen, Ektropien und Zervixkatarre nicht spezifischen Charakters bedingt. 2 mal subakute Adnexschwellung, 5 alte Dammrisse und Descensus der Vaginalwände, 2 mal Infantilismus, 2 mal spitzwinklige Antelexio uteri mit Stenose des Muttermundes. Die übrigen Diagnosen verteilten sich auf Erosionen und Ovula Nabothi, die zum Teil mit den genannten Affektionen kombiniert waren. Was die Menstruationsanomalien anbetrifft, so finden sie schon im 1. Teil eine tabellarische Zusammenstellung und entsprechende Würdigung.

Bezüglich unserer therapeutischen Massnahmen möchte ich vor allem feststellen, dass eigentlich in keinem der untersuchten Fälle eine dringende gynäkologische Indikation zur Operation bestand, auch nicht in dem Myomfall, der weder wegen Blutungen noch wegen Drucksymptome zu einer Operation gedrängt hätte. Gleichwohl haben wir vieles operiert im Interesse der Nachprüfung der Bossi'schen Forderung. 56 Fälle mit pathologischen Genitalbefund gehörten der Gruppe der funktionellen Psychosen an und kamen allein zur Verwertung in Betracht; der Rest fand sich bei organischen Hirnleiden, die wir von vorn herein, weil zwecklos, von einer Therapie ausschalteten. 37 Fälle wurden gynäkologisch behandelt. Der Abstrich der übrigen erklärt sich zum grössten Teil damit, dass die Kranken selbst oder die Angehörigen eine Operation verweigerten. Einen kleinen Teil schied ich selbst aus, weil mir in diesen Fällen eine Behandlung a priori aussichtslos erschien. So einige Fälle von mobiler Retroflexio bei jungen virginellen Mädchen, die ganz normale Menses, keinen Fluor, keine Vergrösserung des Uterus hatten und über gar keine Beschwerden von seiten des Unterleibs klagten, ferner einige Frauen im Klimakterium mit geringem Deszensus der Vagina ohne subjektive Beschwerden.

Operiert wurden 21 Kranke, konservativ behandelt 17.

Bei dem einzigen Myomfall wurden der myomatöse Uterus samt den Adnexen abdominal exstirpiert; ein genauer Bericht findet sich in der Kasuistik.

2 Retroflexionen mit Adnextumoren wurden laparotomiert, die erkrankten Adnexe abgetragen und der Uterus ventral fixiert, die anderen wurden konservativ behandelt mit Sitzbädern, heissen Scheidenspülungen, Priessnitz'schen Umschlägen auf das Abdomen.

Bei den beweglichen Retroflexionen wurde 8 mal die Alexander-Adams'sche Operation ausgeführt, d. h. Verkürzung der Ligam. rotunda vom Leistenkanal aus und Einnähung der Bänder in die Faszie des Leistenringes, bei einigen Fällen wurden zugleich plastische Operationen am Muttermund bei Lazerationen und Scheidendamplastiken angefügt, in einem Falle wurde der Uterus nach Schauta-Wertheim interponiert und eine Kolpoperineoplastik damit verbunden. Alle so operierten Frauen wurden zugleich, wenn keine Kontraindikation bestand, curettiert.

Bei 7 Retroflexionen wurde nach Aufrichtung des Uterus ein Hebel pessar eingelegt.

An dieser Stelle möchte ich nochmals betonen, dass wir bei einer Reihe der angeführten Fälle operative Eingriffe und lageverbessernde Massnahmen vollzogen, die wir nach unserer sonst gewohnten Indikationsstellung nicht ausgeführt hätten, wir haben nur so reichliche

Therapie getrieben, um möglichst Bossi gerecht zu werden. Speziell was die Retroflexio uteri anbetrifft, steht unsere Klinik auf einem sehr konservativen Standpunkt. Wir glauben nicht, dass diese Lageanomalie in jedem Fall eine nosologische Bedeutung hat, und dass Beschwerden, die synchron mit einer Retroflexio bestehen, von ihr abhängen müssen, oder mit anderen Worten, dass das einzig greifbare pathologische Substrat — die Retroflexio — immer auch Ursache von Unterleibsbeschwerden und Klagen sein muss. Jedenfalls hat die Erfahrung gelehrt, dass bei der weitaus grössten Mehrzahl der Fälle die Beschwerden nach einer Korrektur der Lageanomalie unverändert fortbestehen. Ich verweise in dieser Hinsicht auf die Arbeiten A. Mayer's, der an grossen Zahlen Nachprüfungen vornehmen liess.

Bei einem Fall von spitzwinkliger Antelexio und Stenose des äusseren Muttermundes wurden Alex. Adams, Dilatation, Curettage und Discision ausgeführt; die Discision in der Weise, dass der Muttermund auf beiden Seiten 2 cm eingeschnitten wird und die Schnittwunden durch Vereinigung von Zervix- mit Portioschleimhaut gedeckt werden. Ferner wurden 5 Fälle dilatiert und curettiert, bei einer Reihe von Fällen wurde das Endometrium mit Formalin geätzt unter Anwendung der Menge'schen Stäbchen, auch Erosionen wurden mit Formalin behandelt, Portiohypertrophien und Ovula Nabothi gestichelt.

Die meisten Fälle wurden in Allgemeinnarkose operiert, eine Laparotomie bei einer ruhigen Kranken in Lumbalanästhesie, eine Alex.-Adams'sche Operation in Lokalanästhesie.

Mit wenigen Ausnahmen konnten alle Fälle nachuntersucht werden, einige mussten aus äusseren Gründen vorzeitig entlassen werden.

Die untersuchten Fälle waren insgesamt vom gynäkologischen Standpunkt aus geheilt, so dass wir keinen Grund fanden, noch weitere Kuren vorzunehmen.

Obwohl wir also unsere Kranken gynäkologisch geheilt haben, ist es uns nicht geglückt, einen heilenden Einfluss auf die erkrankte Psyche auszuüben, nicht in einem einzigen Fall. Wir müssen uns die Frage vorlegen, wie dieser krasse Widerspruch zu Bossi's Resultaten zu erklären ist, der alle Fälle psychisch gesund entlassen konnte (Misserfolge werden wenigstens nicht mitgeteilt). Zum Teil sind die Ursachen dafür bereits von meinem Kollegen erörtert worden, nur auf einige Punkte will ich noch etwas näher eingehen. An unserer eventuell mangelhaften gynäkologischen Behandlung kann es nicht liegen, wir haben uns redlich bemüht, durch Operationen und sonstige Massnahmen die Frauen von ihren kleinen Unterleibsleiden zu befreien, und die Nachuntersuchung hat gezeigt, dass unsere Absicht erreicht worden ist. Der Grund liegt

vielmehr bei Bossi in der unrichtigen Auffassung seiner Fälle und in der falschen Beurteilung der Wirkung seiner operativen Eingriffe. Es muss vor allem nochmals betont werden, dass von Bossi's Diagnosen von Irrsinn nur einige wenige einer ernsthaften psychiatrischen Kritik standhalten, und dass gerade in diesen wenigen Fällen die Gesundung verhältnismässig spät nach der Operation auftrat; ich glaube, man geht nicht fehl mit der Annahme, dass diese Kranken auch ohne Operation gesund geworden wären. Bei der Mehrzahl der Fälle aber handelt es sich um Hysterien, wie im 1. Teil ausführlich auseinandergesetzt wurde. Bei diesen waren die gynäkologischen Eingriffe nur ein Hilfsmittel der suggestiven Heilkraft von Bossi's Persönlichkeit. Den Schlüssel zu dieser Erklärung seiner Erfolge finden wir in Bossi's Ratschlägen selbst, da er offenbar seiner operativen Kunst allein nicht vertraut. In der Zusammenfassung seiner Heilmethode sagt er auf Seite 46 seiner Broschüre wörtlich: „es genügt nicht, die gynäkologischen Erkrankungen zu heilen, sondern es ist oftmals nötig, mit festem Glauben und mit Aufopferung die psychische Behandlung zu unternehmen, um die psychischen und geistigen Gleichgewichtsstörungen zu beseitigen, welche sich sozusagen systematisiert haben; es müssen nebeneinander und gleichzeitig die Eierstocks-Uterusfunktionen und die normalen psychischen und geistigen Funktionen wieder hergestellt werden.“

Dieses zweite Werk ist nicht minder schwer als das erste, aber mit gläubiger Ausdauer gelangt man zum Ziele.“

Eigentlich brauchte man diesen Sätzen nichts beizufügen, sie erklären alles. Wir müssen nur im Gegensatz zu Bossi feststellen, dass wir diese grosse suggestive Wirkung, die offenbar von Bossi's Persönlichkeit ausgeht, für die Hauptsache bei seinen erzielten Erfolgen halten und den operativen Eingriffen nur eine die Suggestivwirkung unterstützende bescheidene Rolle einräumen. Bei der Schilderung von Bossi's Krankengeschichten wurde ich lebhaft an Worte erinnert, die Osiander schon vor 100 Jahren in seinem interessanten Büchlein „über die Entwicklungskrankheiten in den Blüthenjahren des weiblichen Geschlechts“ geschrieben hat. „Nicht durch innere Arzneimittel, auch nicht durch Salben und andere äussere Mittel allein werden solche Krankheiten gehoben, sondern durch mächtige Einwirkung auf die Seele und Rückwirkung von dieser auf den Körper.“

Bei solchen Kranken richtet der gewöhnliche blos Rezept schreibende Arzt mit all seinen Verordnungen nichts aus, dagegen haben manchmal die grössten Charlatane, aber auffallend handelnde Männer und Weiber mehr ausgerichtet, indem sie durch ihren grossen Ruf als Wundermann

etc. einen mächtigen und anhaltenden Eindruck auf die Seele der Kranken machten“

Ich glaube, wir können Bossi ruhig zu den Osiander'schen „auffallend handelnden Männern“ rechnen. Der Glaube und das Vertrauen auf seine Kunst haben ihm die grosse suggestive Kraft auf die Hysterischen gegeben. Aber B. glaubt nicht nur an seine Kunst, er ist auch ein Fanatiker seiner Idee, so können wir ihn ruhig benennen nach den Proben seiner Kämpfernatur, die er uns gegeben hat. Es ist ein alter Erfahrungssatz, dass die Ideen der Fanatiker immer ein Körnchen Wahrheit enthalten, ich glaube, das wird sich vielleicht auch bei Bossi noch bestätigen. Ich meine den Hinweis auf den Zusammenhang zwischen innerer Sekretion der Ovarien und dem Gehirn. Diese Möglichkeit ist nicht von der Hand zu weisen, nur muss betont werden, dass von alledem noch nichts erwiesen ist. Sicherlich müssen wir annehmen, dass es sehr intime Vorgänge sind, die eventuell in Betracht kommen, vielleicht Störungen im Wechselspiel mit anderen Blutdrüsenfunktionen, so einfach und grobschematisch, wie sich das Bossi denkt, liegen die Verhältnisse auf keinen Fall.

Sollte B. auf diesem Gebiete den Forschern mit seinen Arbeiten einen neuen Ansporn zu Untersuchungen gegeben haben, so müssten wir sein Verdienst um die Wissenschaft hoch einschätzen, trotzdem wir seine therapeutischen Folgerungen, die er bisher aus seinen Hypothesen gezogen hat, vollkommen ablehnen müssen. Wir wollen hoffen, dass die Forschung auf diesem Gebiet die Begeisterung für die Idee von Bossi übernimmt, aber es nicht an der nötigen Kritik fehlen lässt, die wir bei Bossi so sehr vermissen.

Das Endergebnis möchten wir folgendermassen kurz zusammenfassen:

1. Der Beweis, dass Psychosen durch genitale Erkrankungen verursacht werden können, ist nicht erbracht. Unsere Beobachtungen sprechen dagegen. Inwieweit die innere Sekretion der Ovarien mit Störungen der Psyche zusammenhängen kann, ist noch unbekannt. Diese Frage bleibt der zukünftigen Forschung vorbehalten. Genitalerkrankungen kommen nur als auslösendes Moment bei neuropathischen Individuen zur Entstehung einer Neuropsychose in Betracht.
2. Dementsprechend bleibt eine lokale Heilung auf den Verlauf von Psychosen ohne Einfluss. Bei der Therapie der Neuropsychosen kommt denselben — in erster Linie durch Operation — die Rolle einer Suggestivmassnahme zu.
3. Gynäkologische Untersuchungen und Behandlungen bei Geisteskranken können ohne Gefahr vorgenommen werden, doch er-

scheinen dieselben nur dann indiziert, wenn die Symptome nachdrücklich auf das Bestehen eines derartigen Leidens hinweisen resp. wenn die Beseitigung derselben aus rein lokalen Gründen geboten erscheint.

4. Eingriffe, die nur auf Wiedereintritt der Menstruation abzielen, sind zu unterlassen.
5. Operative Eingriffe bei Kranken, die als psychisch labil erkannt sind, sind womöglich in allgemeiner Narkose vorzunehmen.

III. Kasuistik.

Frau Oe., 49 Jahre. Anamnese angegeben vom Mann:

5. 11. 12. Mutter geisteskrank, sonstige Heredität = 0. Soll früher Typhus gehabt haben, sonst gesund gewesen sein, ganz normal. Seit Januar d. J. verändert. Wurde unordentlich, etwas schwermütig, versorgte aber ihren Haushalt, ging nicht mehr aus. Vor 8 oder 10 Wochen entwich sie, wollte Besorgungen machen, kam nicht mehr wieder, machte eine Fusstour von 24 km, wollte nach Hamburg, ihrem Geburtsort. Wurde dort entdeckt. War nicht verwirrt. Es folgten Menses, nachher besserer Stimmung. Konnte aber den Haushalt nicht führen. Ihr Gedächtnis habe in letzter Zeit sehr gelitten. Einige Zeit sehr still, gestern morgen um 7 Uhr sprang sie plötzlich aus dem Bett, redete irre: „Die ganze Welt hat nichts zu essen, alles sei tot“ etc. Sie sei schuld an den vielen Morden, die passierten. Es sei durch eine Krankheit von ihr verschuldet. Lief unruhig in der Stube umher, äusserte jetzt keine Selbstmordideen, soll aber früher welche gehabt haben. Glaubte auch verfolgt, bestraft zu werden. Zog die Decke im Bett hoch, um nicht gesehen zu werden von den Menschen. Wurde ängstlich. Keine Gewalttätigkeiten. Keine Phänomene, Visionen. Alles, meinte sie, sei ausgestorben.

5. 11. Mittags vom Mann und Arzt gebracht. Ängstlich erregt. Wird sehr unruhig, äussert lebhafte Angst, zerreisst ihre Wäsche. Patientin läuft unruhig hin und her, kommt ängstlich schreiend ins Untersuchungszimmer, drängt sofort gewaltsam heraus: „O Gott, wie ist das doch furchtbar, ich muss das fortmachen, das Haar ist voll Syphilis . . . ach ne, fassen Sie mich nicht an . . . o Gott, meine Kinder, das geht nicht . . . o Gott, glauben Sie das doch Fräulein (Pflegerin), das ist doch schrecklich.“ Mit dem Ausdruck höchster Angst läuft sie umher, das Gesicht verzerrt, fleht Schwester und Arzt an, sie herauszunehmen. Sie habe die furchtbare Krankheit die Syphilis, „alles ist voll“. „Ich will die Haare da wegnehmen, ich hab' doch heut' die Haare da gekämmt, ich kann das nicht verantworten, Herr Doktor, wie die jungen Mädchen da aussehen werden. Ach ne, wie ist das schrecklich, o Fräulein, tun Sie es mir zu Gefallen.“ Ueber Phänomene gibt sie nichts Sicheres an. Somat.: Kapillarektasien der Wangen. Guter Ernährungszustand. An beiden Unterschenkeln violette Narben, anscheinend verheilte Geschwüre. — Pupillen über mittelweit, rund, r. = l. R/L, R/C + A. B. frei. Kniephänomene erhalten

beiderseits. VII symmetrisch. Zunge gerade, zittert nicht, dick belegt. Keine artikulatorische Sprachstörung, keine Struma. Händedruck ziemlich kräftig, r. = l. Kleinschlägiger Tremor digitor. Puls 120, regelmässig, schwach gefüllt und gespannt. Patientin widerstrebt anfangs der Untersuchung sehr, später beruhigt sie sich mehr. Nennt ihren Namen richtig, ebenso Geburtsdaten, erkennt Arzt, örtlich orientiert, zeitlich nicht, werde von einer ganzen Menge Menschen verfolgt; sie schimpfen, das denke sie sich. Beweise dafür habe sie nicht, aber sie sei davon überzeugt, weil sie schlecht sei, die Syphilis am Bein habe und Andere angesteckt habe. Sie habe es gelesen, dass Syphilis so aussehe, wann, wisse sie nicht mehr genau. Seitdem sei sie davon überzeugt, sei ängstlich geworden. Habe nun Angst, furchtbar hohe Strafen zu kriegen. Sie werde wohl hingerichtet werden, das könne sie sich doch denken. Einbildung sei es auf keinen Fall, sei nicht krank im Kopf, habe allerdings viel Kopfschmerzen. Sei aufgeregt, weil sie das eine Bein weghaben wolle. Sie mache doch immer mehr Menschen unglücklich. Von den Haaren geht es fürchterlich an die jungen Mädchen, Hemd wohl zerrissen aus Angst. Sich selbst wolle sie auf keinen Fall was antun. Habe schon lange solche Angst, sei darum schon von Haus weggelaufen. Immer Angst, damals noch nicht Syphilis befürchtet. Während der Untersuchung beruhigt sich Patientin immer mehr, doch bleibt der Gesichtsausdruck noch ein recht starrer. Wiederholt wieder, sie würde hingerichtet. Die Antworten bei der Intelligenzprüfung erfolgen ziemlich prompt, sind aber leise und monoton, der Gesichtsausdruck dabei stumpf, apathisch, nicht lächelnd. Patientin sieht dabei starr aufs Papier, scheint sich bei den Antworten wenig zu überlegen, redet drauf los, durch Zureden lassen sich die Antworten manchmal verbessern.

6. 11. Sitzt mit gespannten und etwas ängstlichen Gesichtszügen auf der Matratze in schiefer und starrer Haltung, zeigt keine Reaktion, kaum Initiativbewegungen, spricht nicht, zittert etwas, leistet passiven Bewegungen Widerstand. Isst noch, wenn auch mühsam.

7. 11. Verweigert Nahrung, muss gefüttert werden.

11. 11. Isst wieder, im übrigen unverändert dauernd stuporös. Meist starke Spannungen, lebhafter Widerstand bei passiven Bewegungen, ängstlich-starrer Gesichtsausdruck. Liegt unter der Decke verborgen. Keine Impulse. Nachts ruhig. Mutazistisch.

16. 11. Im Stupor. Starke Muskelspannungen. Liegt unter der Decke, deckt sich schnell wieder zu, wenn man die Bettdecke entfernt. Gynäkologische Untersuchung: Muttermund für 1 Finger durchgängig bis zum innern, daselbst fühlt man einen Polypen. Direkt an die Zervix schliesst sich ein kindskopfgrosser Tumor an. Im rechten Scheidengewölbe ein apfelgrosser harter Tumor.

20. 11. Immer abweisend, stumm, aber ruhig. Weinerlich.

24. 11. Menses.

27. 11. Anhaltend stuporös. Leichter Negativismus. Mutistisch. Nahrungsaufnahme, Schlaf gut.

28. 11. Zur Frauenklinik zwecks Operation.

Operation: Desinfektion der Vagina mit Sublimat- und Alkoholspülungen, der Vulva und der Bauchhaut mit Jod, Benzin und Jodtinktur. Faszienquerschnitt. Ausserordentlich fettreiche und blutreiche Bauchdecken. Die gefassten Gefässe werden versorgt. Eröffnung der Bauchhöhle. 20ccm Kampheröl. Es präsentiert sich ein kindskopfgrosser, glatter Tumor, der sich als Myom herausstellt. Die beiden Adnexe sind normal. Das Myom wird abgelöst und vor die Bauchwunde gebracht. Abklemmen des rechten Ligamentum infundibulo-pelvicum und des Ligamentum rotundum. Abklemmen und Durchschneiden der rechten Uterina. Quere Durchtrennung der Plica vesico-uterina. Dann wird die Blase stumpf zurückgeschoben und das vordere Scheidengewölbe eröffnet. Ausstopfen der Scheide. Dabei wird die hintere Scheidenwand verletzt und der Tampon in den Douglas gebracht. Anhaken der Portio. Abklemmen der linken Uterina, zuletzt des linken Ligamentum infundibulo-pelvicum. Ersatz der Klemme durch Ligaturen. In der Nähe der linken Uterina müssen noch mehrere kleine Gefässe versorgt werden. Bluttrockenheit. Vernähung der Scheide. Bildung des peritonealen Daches. 10 ccm Kampheröl. Schluss der Bauchdecken. Fortlaufende Katgutnaht des Peritoneums. Mit demselben Faden rücklaufend Muskulatur. Katgutknopfnähte und fortlaufende Katgutnaht durch die Faszie. Haut mit Michel'schen Klammern. Maasse des Myoms: 22 : 20 : 12.

Nach vollendeter Operation alsbald mit Sanitätswagen wieder zurückgeschickt. Patientin ist von der Narkose her noch etwas schläfrig, schläft nachmittags viel, doch traten schon wieder starke Muskelspannungen auf.

29. 11. Spricht heute etwas. Muskelspannungen viel geringer. Lächelt, sagt, sie wisse, was mit ihr geschehen, dass sie operiert sei. Dass es ihr besser gehe, könne sie gerade nicht sagen, sie habe noch starke Schmerzen, Uebelkeit, etwas Erbrechen, nimmt nur etwas Haferschleim.

1. 12. Macht psychisch freieren Eindruck als vor der Operation. Spricht. Heute kein Fieber. Muss katheterisiert werden. Urin frei von Eiweiss und Zucker. Etwas Stuhl nach Einläufen. In Operationswunden etwas Schmerzen.

4. 12. Lässt spontan etwas Urin. Somatisch gutes Befinden. Erholt sich gut von der Operation. Nimmt gut Nahrung zu sich. Wird wieder etwas negativistischer, beginnt das Gesicht zum Weinen zu verziehen, als man sie fragt, ob sie trübe Gedanken habe.

8. 12. Psychisch wieder etwas freier. Unterhält sich etwas mit ihrem Mann, der zu Besuch kommt, gibt geordnet, wenn auch kurz, Auskunft. Stimmung mässig gedrückt. Leidet noch öfters an Uebelkeit und Erbrechen, vermag aber genügend Nahrung zu sich zu nehmen. Entfernung der Heftklammern, Operationswunde ziemlich verheilt.

11. 12. Leichte Tracheobronchitis, Halsschmerzen, heisere Sprache, etwas trockenes Husten, raues Atmen über den Unterlappen. Inhalation, Brustumschlag. Psychisch unverändert.

16. 12. Bronchitis in Besserung. Ziemlich stilles, aber geordnetes Wesen, gibt sinngemässe Auskunft, zeigt keinen Negativismus. Wird aber, wenn man sie nach trüben Gedanken fragt, zurückhaltend, etwas ängstlich. Vermeidet

es, sich auszusprechen. Mit anderen Patienten unterhält sich die Kranke. Steht täglich etwas auf.

4. 1. 13. Stimmung stets ziemlich gedrückt, stilles Wesen; sobald man auf die früheren Ideen der Krankheitsfurcht etc. zu sprechen kommt, wird sie eigentümlich zurückhaltend und gesperrt, sonst gibt sie Antworten, ist freundlich und höflich, achtet sorgfältig auf das, was in der Umgebung vorgeht, lässt keine Defekte erkennen.

1. 2. Langsame Besserung. Etwas freier. Steht auf, hilft. Narbe verheilt. Stilles, deprimiertes Wesen, einsilbig, zurückhaltend. Nach ihrem psychischen Befinden gefragt, schüttelt sie den Kopf, gibt ausweichende Antwort. Auf dringendes Befragen gibt sie an, noch immer traurig zu sein und sich viel Gedanken zu machen. Näheres sagt sie nicht.

15. 2. Besserung macht langsame Fortschritte, aber immer noch leicht gehemmt, etwas deprimiert und zurückhaltend. Körperlich gutes Befinden.

Frau R. (30 J.). 1. Aufnahme 10. 10. 08. Pat. will vor einigen Jahren bereits in Altona wegen Schwermut in Behandlung gewesen sein. Sie soll seit längerer Zeit vor Beginn der Menses still und traurig werden, sich ärgern, wenn ihre Kinder lustig sind. Mit Eintritt der Menses soll sie sich leichter fühlen, doch erst nach Beendigung wieder ganz frei werden. Pat. soll in glücklicher Ehe leben, nicht mit Sorgen zu kämpfen haben. Von früheren Krankheiten nichts bekannt.

Bei Aufnahme ruhig zur Abteilung. Sei vor 6 Wochen traurig geworden weil sie nicht arbeiten konnte, habe sich so matt gefühlt, habe damals gerade Menses gehabt. Zeitweise besser, aber wenn sie etwas arbeiten wollte, sei sie so vergesslich gewesen, wusste den Zusammenhang bei der Arbeit nicht mehr. Konnte schlecht schlafen. Auch der Appetit sei schlecht gewesen. Habe viel weinen müssen darüber, dass sie nicht arbeiten konnte. Habe auch dran gedacht sich aufzuhängen, habe es aber nicht gekonnt, weil sie doch Mann und Kinder habe und diese nicht im Stich lassen könne. Musste immer an ihre Krankheit denken, die garnicht besser wurde. Bis zuletzt noch gearbeitet, aber viel sei es nicht mehr gewesen. Habe schon 3 mal diese Krankheit gehabt.

1895 zum ersten mal, als nach der Geburt des 1. Kindes die Regel wiederkam. Dauerte ein paar Wochen. Dann habe sie jedes Jahr ein Kind gehabt, gewöhnlich sei die Regel nur einmal aufgetreten, alle Geburten leicht ohne ärztliche Hilfe. 1899 zum 2. mal erkrankt nach der 4. Geburt, nachdem das 1. Mal die Regel aufgetreten war. Damals im Krankenhaus, 1903 3. Erkrankung, das 5. Kind sei gerade $1\frac{1}{2}$ Jahre alt gewesen und sie habe die Regel nach der Geburt schon mehrfach gehabt. Damals 5 Wochen im Krankenhaus. 1905 4. Erkrankung, als nach der 6. Geburt das Unwohlsein einmal auftrat. Dauerte nur ein paar Wochen, keine ärztliche Behandlung. Jetzt zum 5. mal erkrankt. Im ganzen 7 Geburten, kein Umschlag, Kinder nicht gestillt. Keine Heredität. Als Kind viel Kopfschmerzen, Stechen in der Seite. Blutarm. Mit 20 Jahren Lungenentzündung. Auf der Schule gut gelernt, dann im Dienst. Heirat mit 17 Jahren, glückliche Ehe. — Patientin

gibt über alles geordnete Auskunft, fängt bei der Exploration an zu weinen. Som. nichts Besonderes.

13. 10. Liegt ruhig zu Bett, macht deprimierten Eindruck, ist sehr still, Nahrungsaufnahme und Schlaf gut.

16. 10. Immer noch still und gedrückt. Bietet sonst nichts Auffälliges.

21. 10. Stimmung wird langsam besser, Pat. erscheint etwas lebhafter, zeigt Interesse für ihre Umgebung.

23. 10. Menses. Schläft ohne Schlafmittel wenig. Spricht spontan wenig, gedrückter Stimmung.

25. 10. Sehr gedrückt, weint zuweilen. Spricht spontan garnicht. Klagt darüber, dass sie ohne Schlafmittel nicht schlafen könne. Könne nicht sagen, weshalb sie eigentlich traurig sei, hauptsächlich wohl, weil sie garnicht arbeiten könne. Bestreitet Stimmen zu hören.

31. 10. Nach Aufhören der Menses Stimmung jetzt langsam etwas besser, zeigt mehr Interesse für ihre Umgebung, schläft ohne Mittel.

2. 11. Schlaf wieder schlechter, bat um Schlafmittel. Weint noch immer leicht, sie sei so traurig, weil sie mit anderen Frauen zusammen sei, die noch kränker seien als sie.

5. 11. Etwas freier, ruhig, freundlicher Gesichtsausdruck, unterhält sich mit den Nachbarinnen.

8. 11. In letzter Nacht sehr gut geschlafen, fühle sich frisch, fast gesund.

14. 11. Ruhig, freundlich, zufrieden, nur zuweilen noch Klagen über schlechten Schlaf und Kopfschmerzen, sie schlafe immer nur wenige Stunden und habe schwere Träume.

19. 11. Klagt über Kopfschmerzen und innere Unruhe, daran leide sie immer vor Einsetzen der Menses, weint wieder viel.

20.—23. 11. Menses: sehr unruhig, weint viel, klagt über Kopf-, Leib- und Rückenschmerzen, Appetitlosigkeit, schlechten Schlaf.

25. 11. Wieder ruhiger, in letzter Nacht gut geschlafen, keine Beschwerden mehr.

29. 11. Dauernd ruhig, freundlich, zufrieden. Schlaf gut, Appetit besser, keine Beschwerden. Vom Manne abgeholt, auf eigenen Wunsch gebessert entlassen.

II. Aufnahme 9. 11. 1911. Pat. seit der letzten Erkrankung völlig gesund. Während der Erkrankung eines Kindes sei sie einmal vorübergehend verstimmt gewesen. April 1911 Entbindung, stillte nicht selbst. Seitdem verstimmt, allmählich stärker, keine Suizidideen, kann aber nicht arbeiten, sitzt so herum, spricht wenig, keine Selbstvorwürfe, war zu Hause, hat gegessen. Geht bei der Aufnahme ruhig zur Abteilung. Oertlich und zeitlich orientiert, ruhig, klar, geordnet. Trauriger Gesichtsausdruck.

Eigene Angaben: Im Jahre nach der Entlassung sei sie wieder sehr krank gewesen, sei aber sehr dagegen angegangen. Sei mit einem Kinde, das Wirbelsäulenverkrümmung hatte, täglich nach Altona zum Arzt gefahren. Sei traurig, verstimmt gewesen bis Frühjahr 1910.

Im Juli 1910 gravide. In der Schwangerschaft viel Erbrechen, aber keine

psychische Verstimmung. In der 2. Hälfte viel an Krampfadern zu leiden gehabt. Im Winter 1910 Diphtherieepidemie am Wohnort der Patientin, auch in der eigenen Familie Fälle, darüber viel Sorgen. Im April 1911 Geburt. Langsamer, nicht ganz normaler Verlauf, gesundes Mädchen. Habe das Kind nicht selbst gestillt. Erschrak dann über eine plötzliche Erkrankung des Mannes. Der Mann sei 3 Tage krank gewesen, er sei dann wieder besser geworden, aber seitdem sei sie traurig. Zeitweise sei sie ganz krank gewesen, habe zu Bett gelegen. Schliesslich habe sie vom Arzt Brom bekommen, danach sei es besser geworden. $\frac{1}{4}$ Jahr nach der Geburt des Kindes Rückkehr der Menses. Mit Eintritt der Menses neues Aufflammen der Krankheit, fühlte sich sehr matt, wie zerschlagen, traurig, Suizidgedanken, aber nie Versuche. Bei jedem oder kurz vor jedem Unwohlsein sei es immer wieder schlimmer geworden. — Viel Kopfschmerzen, kein Schwindel. Appetit nur zur Zeit der Menses schlecht. Schlaf oft gestört, habe viel weinen müssen. Habe sich selbst entschlossen, hierher zu kommen, hätte eigentlich schon damals bei der Erkrankung des Kindes kommen sollen. Sei so traurig, habe keine Lebenslust, wisse selbst nicht, warum. Habe oft daran gedacht, sich etwas anzutun, habe aber nie den Mut dazu gefunden. Keine Selbstvorwürfe. Könne nicht sagen, dass sie mit der Arbeit nicht fertig werde, könne nur gar nichts anfangen. — Ihre Angaben erfolgen flüssend in zusammenhängender Rede. Anfangs wenig Affekt, später weint sie, keine Hemmung. Im Bett liegt sie völlig ruhig und fast regungslos.

10. 11. Gibt an, von 10—4 Uhr geschlafen zu haben (ohne Mittel). Sei auch heute nicht so traurig. Ist gut.

16. 11. Ruhig zu Bett. Menses eben vorbei. Dabei Kopfschmerzen. Leicht gehemmt und deprimiert. Gibt an, sich etwas freier zu fühlen, habe nicht mehr das Gefühl solcher Traurigkeit, macht offenen, ehrlichen Eindruck.

25. 11. Im Wesen noch etwas still, gedrückt, zurückhaltend. Verhalten ruhig und geordnet. Hilft etwas in der Nähstube oder beschäftigt sich mit Handarbeit. Klagt heute etwas über Neuralgien der rechten Gesichtshälfte. Körperliches Befinden sonst zufriedenstellend. Schlaf und Nahrungsaufnahme gut.

27. 11. Immer noch etwas gedrückt, still, zurückhaltend. Im allgemeinen aber etwas frischer. Es besteht noch eine sichtliche Hemmung. Schlaf, Nahrungsaufnahme und körperliches Befinden zufriedenstellend. Tagsüber ausser Bett.

10. 12. Zunehmende Besserung, beschäftigt sich fleissig mit Hausarbeit. Gleichmässig guter Stimmung. Kein trauriger Affekt. Schlaf, Nahrungsaufnahme und körperliches Befinden gut.

17. 12. Geheilt nach Hause entlassen.

III. Aufnahme. 6. 12. 12 von Krankenschwester aus dem Krankenhause gebracht. Ruhig zur Abteilung. A. B. Sie sei zum drittenmale hier. Bei der letzten Entlassung habe sie sich bis nach Neujahr ganz wohl gefühlt. Dann sei der kleine Junge erkrankt, es sei ein Krüppel mit Wirbelsäulenverkrümmung, Wucherungen und Kehlkopfasthma. Bekam Lungenentzündung. Darüber sei sie sehr traurig geworden. Am 22. 5. starb dann das Kind an Masern und

Lungenentzündung. Patientin strengte sich sehr an, da sie auf das Kind Tag und Nacht aufpassen musste. Als das Kind starb, war sie froh, dass es von seinem Leiden erlöst war. Fühlte sich aber immer matt, hatte den Kleinen immer vor sich. Appetit war noch gut. Mitte Juni wurde sie wieder traurig. Das Herz wurde ihr schwer, als ob sie weinen müsste und das unterdrückte sie immer, da sie doch nicht traurig sein wollte. Die Traurigkeit kam eigentlich ganz plötzlich; wenn sie an den Kleinen erinnert wurde, dann fühlte sie sich immer matter, konnte aber nicht schlafen. Dann wollte ihre älteste 17-jährige Tochter nach Amerika, das sei ihr auch sehr schwer geworden. Wollte doch aber nicht sagen, dass sie sich elend fühlte, arbeitete, weil sie sich sagte, dass sie faul sei, immer weiter los, schonte sich auch nicht zur Zeit der Periode und wurde so Mitte November krank. War schlaflos, traurig und so schlapp, dass sie überhaupt nichts mehr arbeiten konnte. Weinte viel, wusste selbst nicht, worüber, keine Sorgen, keine Selbstvorwürfe. Sie konnte ihren kleinen Jungen nicht vergessen, dachte immer über ihr Schicksal nach. Wenn sie zu Hause zwischen den Kindern war, fühlte sie sich so, als gehört sie gar nicht dazu. Selbstmordgedanken, d. h. es war ihr, als ob sie anderswo sein möchte, kein Selbstmordversuch. Dazu fehlte ihr der Mut, auch glaubte sie, oder hatte die Hoffnung, wieder gesund zu werden. Starkes Krankheitsgefühl. Mitunter auch geglaubt, dass die Leute sagten, sie sei nicht krank. Meinte, das würde jetzt wieder wie früher gesagt. Ging nicht mehr vor die Tür, wollte sich nicht mehr vor den anderen sehen lassen, weil sie immer zu weinen anfang, wenn Andere sie fragten, warum sie so traurig sei. Wenn sie sich mit Anderen unterhielt, war es ihr oft mit einem Male, als ob ihr der Verstand wegbliebe. Dann war mit einem Male das Gedächtnis wieder da. Etwas besser sei es nun schon. Seit 3 Wochen in ärztlicher Behandlung. Zum Schlafen habe sie jeden Abend Veronalpulver genommen, ausserdem Eisenwein und Arsenferratose, Appetit sei schon ein wenig besser. Aufgeregt heiter sei sie nie gewesen, aber ausserhalb der Krankheit immer ganz vergnügt. Oertlich und zeitlich gut orientiert, sehr geordnet, ausführliche Autoanamnese. Mässige Depression, kein Angstaffekt, keine Hemmung, keine Affektiertheiten. Rechenaufgaben werden sehr prompt gelöst. Somatisch nichts Besonderes.

7. 12. Patientin liegt in deprimiertem Zustand still zu Bett, ist aber bei Unterhaltungen weder psychisch, noch motorisch gehemmt, benimmt sich geordnet. Affekt anscheinend erheblich.

8. 12. Spur weniger deprimiert, sonst unverändert. Gynäkologische Untersuchung: Geringes Ektropion, alter Dammriss.

17. 12. Operation, Frauenklinik: Desinfektion der Scheide und der Vulva. Dilatation und Curettage, darauf hintere Plastik in der üblichen Weise.

18. 12. Immer etwas stilles, gedrücktes Wesen, aber leichte Besserung der Depression, leichte Hemmung. Keine Versündigungsideen, kein Negativismus.

3. 1. 13. Stimmung bedeutend besser, nur in den Morgenstunden noch deprimiert. Stilles, freundliches Wesen, Schlaf besser.

7. 1. Immer ziemlich guter Stimmung.

20. 1. Zunehmende Besserung. Freier im Wesen, besser in der Stimmung, nur morgens noch gedrückt und traurig. Während Menses zu Bett.

26. 1. Dauernd gute Stimmung, ruhiges, stilles Wesen, hilft fleissig. Geheilt entlassen.

Frau D., 27 Jahre. Anamnese, abgegeben von Mann und Vater: Immer etwas nervös, still. Im vorigen Jahr Umschlag, danach wieder gesund. Seitdem ihre Schwester (auch als Pat.) hier in der Klinik ist, glaubt sie selbst krank zu sein, werde immer schlimmer, manchmal gänzlich niedergedrückt, glaubt sterben zu müssen. Ihre Nerven seien alle abgestorben. Sie beginne inwendig zu vereitern. Brennen und Schmerzen im Rücken. Allgemeine Schwäche. Deutete in letzter Zeit Suizidgedanken an. Es sei besser, wenn sie weg wäre. Keine Versündigungsideen. Keine Phoneme. Aengstlich. Klagt selbst über Angstgefühle. Isst schlecht, Schlaflosigkeit Unlust zur Arbeit, sah alles so schwierig an. — Auf Schule gut gelernt, Kopfschmerzen schon öfters. Vor der Krankheit immer lebenslustig. Erst seitdem die Schwester hier ist, in Stimmung umgeschlagen. Keine Kinder, 1 $\frac{1}{2}$ Jahr verheiratet, nicht gravide, Menses sehr stark.

12. 11. Vom Mann und Vater zur Aufnahme gebracht. Steht mit tränenenden Augen im Aufnahmezimmer, folgt ruhig mit auf die Station, wo sie ihre Schwester begrüsst und dieser zuredet, sich nicht aufzuregen. Ruhig ins Untersuchungszimmer, gibt geordnete Auskunft, A. B. Sie habe seit längerer Zeit Angstgefühle gehabt. Leide ein Bischen daran seit jeher. Sie habe stets ein scheues Wesen und nicht genügend Willenskraft gehabt, aber dabei doch viel gearbeitet. Sie sei zwar auch vergnügt gewesen, aber immer etwas ängstlich. Doch sei sie im allgemeinen lebenslustig gewesen. Im vorigen Jahre habe sie sich über den Selbstmord des Bruders sehr aufgeregt. Damals habe sie einen furchtbaren Schreck bekommen als sie hörte, dass der Bruder in der Wik umherlaufe. Bekam Herzklopfen und Angstgefühl, sei damals in anderen Umständen gewesen, Umschlag trat im Februar d. J. ein, fast von 3 Monaten. Wurde dann wieder gesund, konnte auch arbeiten, Hausstand verrichten, war auch wieder vergnügt bis zur Erkrankung ihrer Schwester vor 4 oder 5 Wochen. Bekam damals plötzlich entsetzlich brennende Kopfschmerzen, wohl infolge der Aufregung. Diese gingen vorüber und es blieb ein dumpfes Gefühl im Kopf zurück. Nachts schlafe sie anfangs etwas, dann wache sie auf, liege da, könne nicht wieder einschlafen. Oft tritt von selbst Angst auf, diese sitze im ganzen Körper, es sei ein widerliches Gefühl, sie habe dann Beklemmung, Herzklopfen, Zittern, habe Angst, die Krankheit könne weitergehen. Sie habe keine Willenskraft, oft sitze sie da, wolle arbeiten und könne nicht vom Stuhl aufstehen, habe einfach nicht die Willenskraft dazu. Auch könne sie alles nicht so durchdenken wie früher, vergesse sehr schnell. Die Stimmung sei immer ein bischen bedrückt, zu Haus sei es heute Morgen am schlimmsten gewesen, überhaupt morgens schlimmer. — Als sie den Schreck über die Erkrankung der Schwester bekam, sei sie ohnmächtig geworden; seitdem die gedrückte Stimmung, das furchtbare Angstgefühl und der Lebensüberdruß, weil sie nicht mehr so wie früher schaffen konnte. Sie könne es aber doch nicht ausführen

ihrer Eltern wegen. Immer wieder habe sie dagegen gekämpft, indem sie auf Besserung hoffe. (Wird sehr verwirrt, etwas ängstlich.) Habe eine Flasche austrinken wollen. Was darin war, wolle sie nicht sagen (schluchzt). In der letzten Zeit auch Vorstellungen sehr krank zu sein. In den Mund komme morgens Eiter, habe ausgespuckt. Dann bekomme sie einen eigentümlichen salzartigen Geschmack. „Ich brauche nichts mehr zu sagen, Sie haben ja schon soviel von mir aufgeschrieben“. Angeblich keine Versündigungsideen, keine Persekutionen, „es sind alle Menschen gut zu mir gewesen“. Sie quäle wohl ihren Mann etwas dadurch, dass sie sich morgens immer so schlecht fühle, belästige die Ihrigen, sei darum hierher gegangen, um Ruhe zu bekommen. Durch die Traurigkeit bekomme sie Herzkrämpfe und müsse weinen. Erzähle den Ihrigen viel von ihren Beschwerden, wolle es nicht tun, um die Ihrigen nicht aufzuregen, könne aber nicht dagegen an.

Mit 21 Jahren Gelenkrheumatismus. Die Gelenke waren geschwollen, hatte etwas Fieber. Litt damals an Herzklopfen, soll aber keinen Herzfehler zurückbehalten haben, früher viel Hals- und Kopfschmerzen. Nach dem Rheumatismus etwas schwächlich, 5 Jahre im Putzgeschäft gearbeitet, dann geheiratet. Menses seien in letzter Zeit sehr stark gewesen. Im Rücken habe sie viel Schmerzen gehabt, jetzt etwas flau es Gefühl gehabt. Pat. spricht in sehr geordneter, besonnener Weise, macht im ganzen keinen sehr ängstlichen Eindruck, nur gelegentlich wird sie weinerlich, beginnt denn zu schluchzen, beherrscht sich aber bald.

Somatisch nichts Besonderes, nur am Halse, rechts unter dem Schildknorpel, einige Zentimeter unter der Klavikula befindet sich ein kleiner, wenig mehr als stecknadelkopfgrosser Fleck, in dessen Mitte eine ganze enge Fistelöffnung sich findet, aus der auf Druck etwas eitriges Sekret hervorkommt. Angeblich besteht diese Fistel von früher Jugend an.

16. 11. Macht einen schlaffen, deprimierten Eindruck, antwortet mit wehmütigem Lächeln, sie sei noch schwach, wenn sie sich auch schon ruhiger fühle als anfangs. Schlaf zeigt erhebliche Störungen, Appetit leidlich.

21. 11. Gynäkologische Untersuchung. Uterus retroflektiert, sonst normaler Genitalbefund.

23. 11. Im allgemeinen nimmt die Depression keinen stärkeren Grad an, doch werden in müdem Ton noch hypochondrische Vorstellungen geäussert. Idee, verrückt zu sein, wird nicht vorgebracht.

25. 11. Angina, Schmerzen im ganzen Körper, Fieber.

2. 12. Erholt sich, ist aber noch recht still und zurückhaltend.

10. 12. Zeitweise klagt Pat. über Beklemmung in der Brust. Im allgemeinen besteht keine stärkere traurige Verstimmung mehr. Hypochondrische Beschwerden zurücktretend.

17. 12. Operation in der Frauenklinik. Desinfektion der Vagina mit Sublimat und Alkohol, der äusseren Haut der Leistengegend mit Jodbenzin und Jodtinktur. Bauchdecken fettreich. Abrasio mucosae, wenig Schleimhaut. Zweimalge Formalinätzung. Tamponade des Uterus. Alexander Adams'sche

Operation. Die Bänder sind mässig dick, lassen sich aber gut fixieren. Michel-sche Klemmen für die äussere Haut.

23. 12. Nach gynäkologischer Operation vorübergehend etwas stärker verstimmt. Stärkerer Druck in Herzgegend. Dann wieder freier. Grösseres Schlafbedürfnis.

Nachtrag: Febr. 1913 völlig gesund, volle Krankheitseinsicht.

Fräulein L., 37 Jahre. Anamnese angegeben vom Vater am 7. 10. 1912.

Ein Bruder der Pat. im vorigen Jahre durch Suizid geendet, litt an Hypochondrie und Depression.

Ein Halbbruder des Vaters versuchte Suizid, wurde dabei gestört, lebte dann noch 30 Jahre.

Pat. litt von jeher sehr viel an Kopfschmerzen, soll vom 15. bis 20. Lebensjahre viel Onanie getrieben haben.

Vor 14 Tagen stark erkältet, bekam Schmerzen in der Seite, legte sich zu Bett. Wurde nun immer nervöser, unruhiger, bildete sich ein, inwendig ganz vereitert, schon gestorben zu sein. Nur ihr Geist lebe weiter. Redete wirr vor sich hin. Das Essen musste ihr mit ziemlicher Gewalt hinein gelöffelt werden. Schief sehr wenig, bekam Pulver. Ständige Versündigungsideen wegen der früheren Masturbation. Selbstmordideen geäussert, wollte einmal schon ins Wasser gehen. In den letzten Tagen ziemlich ruhig zu Bett gelegen. — Sonst nie krank bis auf einmal Rückenschmerzen vor 15 Jahren. War früher nicht besonders nervös, immer ruhig, auch etwas still, wenig vergnügungssüchtig.

1. 10. 12. Wird vom Vater zur Aufnahme gebracht, liegt schluchzend auf der Bahre. Spricht nicht. Zur Untersuchung ins Aerztezimmer gebracht, kommt sie ruhig herein. Trauriger Gesichtsausdruck. Keine Spontanäusserung. Somatisch nichts Besonderes. Steht erst eine Zeit lang mit geschlossenen Augen ruhig da, lässt sich dann langsam hintenüberfallen. Verhält sich ruhig, fasst Aufforderungen richtig auf, befolgt sie im allgemeinen prompt und sinngemäss. Erzählt mit etwas monotoner Stimme, sie könne nicht gehen, aus dem Kopf komme durch die Nase Eiter. Von ihrem 15. Jahre habe sie immer onaniert, seit dem 20. Lebensjahr nicht mehr. Sie habe immer gebeten, dass sie es nicht mehr tun solle. Sie meine, ihr Leiden käme daher. Auf einer Tour nach Holtenau habe sie sich so erkältet, habe immer Schauer durch den Körper gespürt. Ihren Eltern habe sie erzählt, dass sie onaniert habe. Während der Regel habe sie sich ganz nackt in den Zug gestellt, seit dem habe sie sich den Tod geholt. Das Blut sei von der inneren Entzündung gestaut, sie könne sich ganz tief in den Arm stechen, es käme kein Blut heraus, der Arzt solle es probieren. Drei Nächte habe sie mit Todesangst gelegen, dass sie sterben solle. Ueber das Grübeln sei der Tod vorübergegangen. Seitdem könne sie nicht mehr ordentlich gehen und sehen. Sie empfinde gar nichts. Der Arzt könne sie in die Brust stechen, sie fühle gar nichts mehr. Vor einem Jahr sei ihr Bruder weggelaufen und in den Teich gegangen. Sie habe sich selbst auch schon das Leben nehmen wollen, nur der Gedanke an ihre Eltern habe sie davon abgehalten. Aber was wolle sie machen, wenn sie doch ganz lahm sei. Die Beine seien ja ganz kalt. Sie habe geglaubt, sie müsse bei lebendigem

Leibe verwesen, der Arzt solle doch nur einmal eine lange Nadel in ihren Körper stecken und sagen, was da herauskomme. Dann werde sie beruhigt. Im Munde habe sie immer Jauche gehabt. Steht auf, sagt, sie könne nicht gehen, taumelt hin und her, will sich fallen lassen. Sie fühle gar nichts mehr, nur die Nerven seien noch nicht alle tot, nur die Beine seien ganz abgestorben. Sie wisse nichts, sie habe doch so viel gelesen. Ihr Körper sei im Innern vereitert, alles sei kalt, die Nase, der ganze Körper. Sie habe gar keine Angst, aber sie wolle doch so gern leben. Schlafen könne sie gar nicht, nichts schmecke ihr mehr, sie habe nur gegessen, um ihre Mutter zu beruhigen. Der Arzt könne ihr den Kopf abschlagen, sie empfinde nichts mehr. Niemand wolle glauben, dass sie tot sei, sie prophezeie, dass sie von Innen gänzlich vermodert sei. Der Arzt solle es aber niemand erzählen. Sie habe gar kein Gefühl mehr, könne sich auch nicht mehr schämen. Ihr Bruder habe im Sarge ausgesehen, als wenn er lebte und nicht wie eine Leiche, die 11 Tage im Wasser gelegen habe. Wie das wieder anders werden solle, wisse sie nicht. Ob der Arzt nicht ihren Körper untersuchen wolle, sie sei bange, es sterbe alles ab. Sie glaube, es sei angeborener Irrsinn, sie vermodere. Das Leben habe sie sich nehmen wollen, weil sie nicht mehr gehen könne. Früher sei sie gesund gewesen, jetzt sei alles tot. Die Verdauung gehe auch nicht mehr und es rieche wie Aas. — Es sei keine fixe Idee von ihr, es sei Tatsache. Früher habe sie immer von Toten geträumt, Stimmen habe sie nicht gehört. Sagt immer wieder: „Aber, ich kann ja nicht gehen, was soll ich dabei machen“. Die Aerzte sollten ihr nur das Gehirn herausnehmen, sonst verliere sie den Verstand. Sie sei tot, sie müsse in den Sarg gelegt werden. Die Knochen lösten sich schon auf.

10. 10. Anhaltend schwere Depression, tief vergrämter Gesichtsausdruck, starres Wesen, keine Tränen. Glaubt noch immer „tot“, ganz abgestorben zu sein. Beklagt ihre unglücklichen Eltern. Jedem Zusprechen gegenüber unzugänglich. Leises Jammern über ihre früheren Verfehlungen (Masturbation). „Ich hab's es ja nicht gewusst, dass es so schlimm ist“. Umklammert krampfhaft die Hand des Arztes, wie hilfesuchend. In der Nacht ruhig. Nahrungsaufnahme genügend. Hat bisher noch keinen Suizidversuch gemacht.

13. 10. Fieberhafte Angina. Starker lakunärer Belag. Psychisch keine Aenderung. Noch immer schwerste Depression, sagt, sie sei doch tot.

15. 10. Erzählt heute, dass sie als Kind mal einen Unfall gehabt habe, mit 14 Jahren. Vom Wagen hintenüber gefallen auf Kopf und Rücken, eine Weile bewusstlos dagesessen? anscheinend keine vollkommene Bewusstlosigkeit. Konnte nachher weitergehen, hatte kein Erbrechen, keine offene Verletzung, niemand Bescheid gesagt. Der Fall sei aber doch ganz fürchterlich schwer gewesen. Seit der Zeit Kopfw. Kein Schwindelgefühl, mehr dumpfes Gefühl im Kopf. Konnte nicht so recht nachdenken. Schon vor Jahren etwas Bluthusten; in der letzten Zeit nicht mehr. Immer noch sehr deprimiert, jammert: „meine armen Eltern“.

16. 10. Gynäkologische Untersuchung: Normaler Genitalbefund.

26. 10. Depression noch sehr erheblich, ebenso Hemmung aber keine besondere Angst, keine Impulshandlungen. Pat. äussert noch viele hypochon-

drische Befürchtungen, namentlich Furcht, nicht wieder gehen zu können, ist aber nicht mehr ganz unzugänglich gegen Tröstungsversuche und gibt auch selbst zu, nicht mehr so traurig wie im Anfang zu sein.

1. 11. Depression wird allmählich etwas geringer; beginnt sich mit der Umgebung zu beschäftigen, dem Arzt ausführlichere Antwort zu geben, weniger leise zu sprechen. Vermag schon zu lächeln, wenn man sie fragt, ob sie noch glaube, inwendig vereitert zu sein.

10. 11. Steht etwas auf, ist aber sehr schwach und körperlich ermüdbar. Sieht blass aus. Trotz guter Ernährung nimmt das Körpergewicht ab.

12. 11. Durch Aufnahme der Schwester hier wird die Depression neuerlich erheblich verstärkt (Schwester auch melancholischer.) Pat. macht sich Vorwürfe an der Krankheit der Schwester Schuld zu sein. Keine aktiven suicidalen Tendenzen.

18. 11. Wieder etwas freier, noch gehemmt und still. Freut sich aber über den Besuch des Vaters.

21. 11. Vom Vater abgeholt. Gebessert entlassen.

Nachtrag: 1. 2. 13. Völlig gesund. Volle Krankheitseinsicht.

Frau Gr. (50 J.). Diesen Fall möchte ich noch kurz anschliessen, da er eine Heilung eines hysterischen Zustandsbildes bei bestehender Genitalerkrankung durch allgemeine und Psychotherapie zeigt. A. B. Sei furchtbar schwach und habe furchtbares Nervenrütteln, das Gefühl, als ob die Glieder schlaff werden und furchtbares Brennen und Kribbeln vom Kreuz bis in den Nacken. Herzklopfen, wenig Kopfschmerzen, nur immer eisiges Gefühl vor der Stirn. Manchmal schiesst ein heller Schein vor den Augen vorbei, Gelegentlich mal Brausen vor den Ohren. Geruch und Geschmack intakt. Die Zunge ist manchmal wie gelähmt. Spannung in der Backengegend. Sei übel häufig, habe furchtbares Brennen im Halse. Esse wohl, doch schmeckt es nicht mit dem sie krank sei. Hitzegefühl, das von unten nach oben steige. Es sei als ob hinten im Rachen Nadeln brennten. Kein Globus. Stimmung sei jetzt natürlich auch trübe, mache sich viele Sorgen. Und dann werde es einem nie geglaubt, man halte es als Nervenleiden, für Einbildung. Dabei sei ihr zu Mut als ob sie zusammenbrechen solle. Wenn man hier das viele Leiden sehe, werde man ja melancholisch, habe es sich in den Kopf gesetzt, sie werde nicht wieder besser. Keine Vergesslichkeit. Schlaf sehr schlecht, könne vor Brennen nicht liegen. — Krank seit 12 Wochen, habe zu Haus viel Aufregung. Man trinke wohl etwas, sei manchmal benebelt. Ehe sei aber glücklich. Der Mann Sorge für sie, bringe ihr Stärkungsmittel mit, Lachs und Bison, Biomalz, das habe aber auch nur in der ersten Zeit geholfen, sie habe sich wohl durch Spazierengehen überanstrengt. Die Kinder machten auch Sorgen. Habe 2 Mädchen, die eine brenne gelegentlich durch, komme spät nach Hause. Die Jüngere sei nervös. — Früher immer blutarm und nervös seit 20 Jahren, dazwischen aber wieder besser, seit 12 Wochen Verschlimmerung.

5 Entbindungen, darunter 2 Fehlgeburten, 1 togebornes Kind, dabei viel Blut verloren. Nach jedem Wochenbett Blutsturz aus der Gebärmutter durch Erschlaffung. — Jetzt sei sie furchtbar schwach, als ob sie sterben

wolle. Sie sei viel zu nachsichtig, immer zufrieden. Mutter etwas nervös, an Unterleibskrebs gestorben, Vater wurde 91 Jahre. Kein Potus in der Familie, sie selbst Kopfschmerz seit Kindheit. Menses zessieren seit diesem August.

Gyn. Unters.: Portio schiefstehend, Uterus retroflektiert. Corpus uteri deutlich vergrößert.

Nachtrag: 1. 2. 13. Nach mehrwöchentlicher poliklinischer Behandlung völlig wohl, hat 13 Pfd. an Gewicht zugenommen, sieht gut aus, beschwerdefrei.

Zum Schlusse möchten wir nicht verfehlen, unseren hochverehrten Chefs, Herrn Geheimrat Siemerling und Herrn Professor Stoeckel, für die Anregung zu der vorliegenden Arbeit, die Ueberlassung des Materials sowie für die vielfache Unterstützung auch an dieser Stelle unseren ergebensten Dank auszusprechen.

Anmerkung bei der Korrektur: Während der Drucklegung sind die Mitteilungen von Bumke (Gynäkologie und Psychiatrie. Med. Klinik, 1913, Nr. 30) erschienen, der im wesentlichen zu denselben Anschauungen gelangt.

Literaturverzeichnis.

1. Angelucci und Pieraccini, zit. nach Peretti.
2. Bossi, Die gynäkologischen Läsionen bei der Manie des Selbstmordes und die gynäkologische Prophylaxe gegen den Selbstmord beim Weibe. Zentralbl. f. Gynäk. 1911. No. 36.
3. Derselbe, Die gynäkologische Prophylaxe bei Wahnsinn. Berlin 1912. O. Coblentz.
4. Derselbe, Meine Ansichten über die reflektorischen Psychopathien und die Notwendigkeit der Verbesserung des Irrenwesens. Wiener klin. Wochenschr. 1912. No. 47.
5. Cemach, Ueber die primären und Dauerresultate der operativen Myombehandlung. Beitr. z. Geb. und Gynäkol. Bd. 16. S. 390.
6. Hermkes, Ueber den Wert chirurgischer Behandlung von Neurosen und Psychosen. Arch. f. Psych. Bd. 39. H. 1.
7. Hobbs, zit. nach Peretti.
8. König, Zur Klinik der menstruellen Psychosen. Berliner klin. Wochenschrift 1912. No. 35.
9. Krafft-Ebing, Psychosis menstrualis. 1902.
10. Martin, Gynäkologie und Psychiatrie. Medizin. Klinik 1907. No. 1.
11. Meyer, Die Beziehung der funktionellen Neurosen spez. der Hysterie zu den Erkrankungen des weiblichen Genitalorgane. Monatsschr. f. Geburtsh. und Gynäk. Bd. 23. H. 1.

12. Münzer, Ueber die Einwirkungen der Blutdrüsen auf den Ablauf psychischer Funktionen. Berliner klin. Wochenschr. 1912. No. 13 und 14 und 1913.
 13. Ortenau, 7 Fälle von psychischer Erkrankung nach gynäkolog. Behandlung geheilt. Münchener med. Wochenschr. 1912. No. 44.
 14. Peretti, Gynäkologie und Psychiatrie. Medizin. Klinik. 1912. No. 46.
 15. Raimann, Zur Frage der kausalen Beziehungen zwischen Frauenleiden und Geistesstörungen. Festschrift f. R. Chrobak, Wien. A. Hölder 1904.
 16. Rohé, zit. nach Peretti.
 17. Ruckert, Gynäkolog. Leiden als Ursachen weiblicher Psychosen. Internat. mediz. Monatsh. 1912. No. 1 und 2.
 18. Sarvey, Ueber die primären Resultate und Dauererfolge der Myomoperationen. Arch. f. Gyn. Bd. 79. S. 277.
 19. Senn, Die Leistungsfähigkeit der abdominalen Totalexstirpation des myomatösen Uterus. Inaug.-Diss. Bern 1908.
 20. Siemerling, Bemerkungen zu dem Aufsatz von Prof. D. L. M. Bossi in Genua: „Die Gynäkologischen Läsionen bei der Manie des Selbstmordes usw.“ Zentralbl. f. Gynäk. 1912. No. 2.
 21. Schubart, 7 Fälle von psychischer Erkrankung nach gynäkologischer Behandlung geheilt. Erwiderung. Münchener med. Wochenschr. 1912. No. 48.
 22. Schultze, B. S. Zwei gynäkologische Preisaufgaben. Wiener med. Blätter. 1880. No. 41, 42.
 23. Derselbe, Gynäkologie und Irrenhaus. Zentralbl. f. Gynäk. 1911. No. 45.
 24. Derselbe, Für Diagnose und operative Behandlung der Genitalkrankheiten der weiblichen Irren. Zentralbl. f. Gynäkologie 1912. No. 14.
 25. Stoeckel, Besprechung von L. M. Bossi: „Die gynäkologische Prophylaxe bei Wahnsinn“. Zentralbl. f. Gynäkol. 1912. No. 27.
 26. Wagner v. Jauregg. Bemerkungen zu dem (in gleicher Nummer enthaltenen) Aufsatz des Herrn Professor Bossi. Wiener klin. Wochenschr. 1912. No. 47.
 27. Walthard. Ueber die Bedeutung psychoneurotischer Symptome für die Gynäkologie. Zentralbl. f. Gynäk. 1912. No. 16.
 28. Derselbe, Der Einfluss des Nervensystems auf die Funktionen der weiblichen Genitalien. Prakt. Ergebn. d. Geburtsh. u. Gynäk. 2. Jahrg. 2. Abt.
-