

## XVI.

Aus der psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel.  
(Geh.-Rat Siemerling.)

### Die Generationspsychosen des Weibes.

Von

Dr. W. Runge,

Assistenzarzt.



Mit den Generationspsychosen des Weibes hat sich die Psychiatrie von altersher deshalb so viel beschäftigt, weil sie eines der wenigen Gebiete unseres Faches bildeten, bei dem die Aetiologie klar vor Augen zu liegen schien, und weil man auf Grund dieser Aetiologie auch ganz bestimmte, charakteristische Krankheitsformen zu finden hoffte. Es ist bekannt, dass sich diese Hoffnung als trügerisch erwiesen hat und dass es während des Generationsgeschäftes des Weibes keine Psychosen gibt, die nicht auch unabhängig von demselben, ja auch beim Mann vorkommen kann. Es haben aber die Umwälzungen in der Psychiatrie in den letzten 20 Jahren weiter dazu angeregt, das Studium der Generationspsychosen unter neuen Gesichtspunkten zu betreiben. Während früher der Hauptwert auf den ätiologischen Gesichtspunkt gelegt wurde und man deshalb in der Hauptsache von Graviditäts-, Puerperal- und Lactationspsychosen sprach, dagegen aber wenig die eigentliche Form der vorkommenden Psychosen berücksichtigte, hat man in neuerer Zeit mehr diese, ihre Häufigkeit, ihr Vorkommen und ihre Prognose bei dem Generationsgeschäft und seinen einzelnen Phasen zu erforschen gesucht. Auch vorliegende Arbeit wurde unter dem Gesichtspunkt ausgeführt, die einzelnen Psychosenformen, die während des Generationsgeschäftes vorkommen, besonders zu berücksichtigen, festzustellen, welche ätiologischen Momente bei der Entstehung der einzelnen Formen besonders mitsprachen, welche Momente auf den Verlauf und die Prognose besonderen Einfluss hatten, ob ein solcher Einfluss überhaupt vorhanden war, ob bestimmte Generationsphasen besondere Psychosenformen bevorzugen. Um diese mannigfachen Beziehungen der einzelnen Psychosenformen zu dem Generationsgeschäft des Weibes genauer festzulegen und dadurch vielleicht auch in das immer noch so dunkle Gebiet der Abgrenzung der einzelnen Psychosenformen zu einander einzudringen, wurden diese Beziehungen

an möglichst kleinen Untergruppen studiert, dabei aber nebenher, um einen Vergleich mit den Resultaten anderer Autoren zu ermöglichen, die heute üblichen grossen Gruppen im allgemeinen beibehalten.

### Aetiologie<sup>1)</sup>.

Früher als man noch an das Vorhandensein spezifischer Generationspsychosen glaubte, sind zur Erklärung ihrer Entstehung sogar noch bis in die neuere Zeit hinein die gewagtesten Theorien aufgestellt worden. Von Hippokrates, Sydenham, Boissier, Savages, Hermbstädt, welche die Psychosen auf das Ausbleiben der Lochien und die Milchstauung, bei der die Milch in die Gehirngefässen eindringen und diese ausdehnen sollte, zurückführten, von Galen, Sennert, nach denen infolge der Erschütterung des Blutes und der Säfte durch die Geburt und den Lochienfluss „Vapores“ in den Kopf steigen, führt der Weg zu den heutigen Auto intoxikationslehren von Roth, Shdanow, Korsakow, Hallervorden, Knauer, Baracoff-Dimitre, nach denen es sich teils um Auto intoxikation vom Uterus, Darm, Nieren aus, teils um Bildung von Giften nach Gemütsbewegungen, teils um Ptomaine, teils um chemische Veränderungen im Blut handeln soll.

Pinel (s. Ripping) wies zuerst darauf hin, dass die Ursache der Puerperalpsychosen in der krankhaften Veränderung der durch die Niederkunft angegriffenen Organe, einer Entzündung der inneren Haut der Gebärmutter, der Scheide, des Bauchfells liege. Dieser Ansicht näherten sich Schneider, Burns, Gooch, Marcé, von denen der eine die Ursache in einer „erhöhten Vitalität der Genitalien“, der andere in einer Entzündung der Venen des Uterus, in einem gesteigerten Reizzustand der Genitalorgane und den daraus entspringenden sympathischen Störungen sucht. Burns, Macdonald, Reid, Webster dagegen glaubten an eine Entzündung des Gehirns und seiner Hämäte, an eine Kongestion des Gehirns in der Gravidität, an eine Hirnreizung. Einige von ihnen, wie auch Ideler, Mackenzie führen allgemeine Ursachen an, wie Schmerz, grosse Aufregung, Anämie.

In neuerer Zeit bildeten sich in der Aetiologiefrage im allgemeinen drei Gruppen: die erste bevorzugt die vorher erwähnte Auto intoxikationstheorie, die zweite, hauptsächlich durch Arndt vertretene, legt den Hauptnachdruck auf erbliche Belastung und Prädisposition: durch Geburt und Wochenbett sollte die psychopathische Disposition, die an und für sich schon das Resultat von Ernährungsstörungen sei, gesteigert werden. Die

1) Abkürzungen: G.-P. = Graviditätspyschosen. P.-P. = Puerperalpsychosen. L.-P. = Laktationspsychosen.

dritte grösste Gruppe nimmt an, dass die Hauptursache in exogenen Faktoren zu suchen seien. So schrieben Hansen, Siegenthaler, Kramer, Bottentuit, Olshausen und nach persönlicher Mitteilung auch Pfannenstiel der puerperalen Infektion bei der Entstehung der Puerperalpsychosen die grösste Bedeutung zu, während sie sich über die Entstehung der Psychosen in den anderen Generationsphasen nicht ausgesprochen haben oder dieselbe auf Erschöpfung zurückführten. Hoche, Schmidt, Fürstner sahen in der Anämie ein wichtiges Moment. Schmidt glaubte, dass in der Gravidität das Blut den Beckenorganen zugeführt und dadurch anderen Organen entzogen, das Gehirn blutärmer gemacht werde, wodurch es zu Verstimmungen, Reizbarkeit, Angst und Ohnmachtsgefühl komme. Auch sollen weiter die plötzliche Entleerung des Uterus, die dadurch hervorgerufene Druckschwankung im Abdomen, sowie der abnorme Gewichtsverlust und schliesslich auch die psychische Erregung deletär wirken.

Mit Recht wird in neuester Zeit nicht ein einzelnes ätiologisches Moment allein hervorgehoben, sondern neben Schwangerschaft, Wochenbett und Geburt an und für sich die ganze Reihe der in diesen Phasen des weiblichen Lebens vorkommenden Schädigungen und schwächenden Momente neben erblicher Belastung und Prädisposition als bedeutungsvoll angesehen. Garcia, Windscheid, Münzer, Aschaffenburg, E. Meyer, Reinhardt sind der Ansicht, dass Gravidität, Wochenbett und Laktation nur Gelegenheitsursachen bilden und dass dabei das Vorhandensein mehrerer ätiologischer Momente zugleich eine gewichtige Rolle spielt. Einen ganz exzessionellen Standpunkt nimmt in neuester Zeit Jaffé in seiner Dissertation ein, der die Puerperalpsychosen auch heute noch als spezifische Erkrankung ansieht und glaubt, dass sie durch Infektion zustande kämen.

Es ist wohl zwecklos, sich bei der Erörterung der Aetiologie der Generationspsychosen mit müsigen Hypothesen abzugeben. Bisher hat noch keine derselben zu einer weiteren Klärung der Sache beigetragen. Da es keine spezifischen Generationspsychosen gibt, kann die Fragestellung heute nur so lauten: ob und weshalb überhaupt relativ häufig gerade während des Generationsgeschäfts des Weibes die bekannten Psychosenformen auftreten. Bei Beantwortung der beiden Fragen können wir uns an Tatsachen halten. Eine genaue Beantwortung der zweiten Frage ist unmöglich. Tatsache ist zunächst, dass in der Tat relativ häufig im Generationsgeschäft Psychosen auftreten und Tatsache ist ferner, dass, wie wir sehen werden, bei der Mehrzahl der Generationspsychosen sowohl erschöpfende und infektiöse Momente wie auch erbliche Belastung und Prädisposition vorliegen, häufig beides vereint.

Die Häufigkeit der Generationspsychosen zeigt folgende Zusammenstellung. Danach fanden:

Marcé unt. 242 geisteskranken Frauen	9	=	3,72 pCt.	Generationspsychosen
Boyd . . . . .			4,6	"
Holm unt. d. aufgenommenen Frauen			11,45	" (Aarhuus)
Fürstner unter 6750 aufgen. Frauen	616	=	9,13	"
Ripping unt. d. aufgen. Frauen . .			21,6	" (Siegburg)
Leod unt. d. aufgen. Frauen . . .			6	" (England u. Wales)
Hoche unter den aufgen. Frauen . .	211	=	8,6	" (Friedrichsberg)
Hallervorden unt. d. aufg. Frauen			16,5	" (Königsberg)
E. Meyer unter 1104 aufgen. Frauen	51	=	4,62	" Puerperal- u. Laktat.- Psychos. (Tübingen)
Münzer unter den aufgen. Frauen .			8	" (Heidelberg)
Jaffé unter 1005 aufgen. Frauen . .	24	=	2,39	" (Gehlsheim)
Quensel unter den aufgen. Frauen .			5,47	" (Leipzig)
Reinhardt unter 1441 aufg. Frauen	129	=	8,95	" (Konradstein)
Wir unter 2550 aufgen. Frauen . .	106	=	4,16	" (Kiel)

Unser Prozentsatz ist wohl deshalb kleiner als bei den meisten, weil ein Teil der Aufnahmen in der hiesigen psychiatrischen und Nervenklinik von nervenkranken Frauen gebildet wird. Ueber die Häufigkeit der Generationspsychosen im Generationsgeschäft überhaupt fanden sich folgende Zahlen:

Leod fand unter 398 Wöchnerinnen	1	=	0,27 pCt.	Generationspsychosen
Hallervorden 6471	"	7	= 0,11	" G.-P.
Wir fanden unter 4945	"	ca. 10	= 0,21)	" G.-P. (Göttinger Frauen- klinik)

Münzer berechnete den Prozentsatz der Generationspsychosen unter den geisteskranken Frauen, die geboren hatten, mit 21 pCt., Quensel den unter den verheirateten geisteskranken Frauen mit 9,84 pCt. Berücksichtigt man bei der ersten Statistik, dass so hohe Zahlen wie 11, 16, 21 pCt. bei den neueren Autoren nicht mehr vorkommen, so kann man daraus schliessen, dass die Generationspsychosen abgenommen haben, wie das auch Hitzig, Pick, Alt, Siemerling konstatierten. Die Hauptursache hierfür ist wohl mit Recht in der Einführung der Asepsis zu suchen, in der besseren Ausbildung des Hebammenpersonals usw. Es stimmt mit dieser Annahme überein, dass Schönfeld in Riga keine Abnahme der Generationspsychosen konstatieren konnte, weil, wie er sagte, in dem kulturell tiefstehenden Bezirk von Littauen ein Mangel an geburtshilflicher Schulung bestünde. Dass in Frauenkliniken und

1) Diese Zahl ist nur annähernd richtig, da sich nicht in allen Fällen mit Sicherheit die Entstehung während des Generationsgeschäftes nachweisen liess.

Gebäranstalten die Prozentsätze der während des Generationsgeschäftes erkrankten Frauen so sehr gering sind, ist wohl zum Teil auf die strenge Durchführung der Asepsis, die sofortige Hilfe bei unvorhergesehenen Zwischenfällen und schliesslich auch auf das hygienische und sorgenfreie Leben der Hausschwangeren zurückzuführen, zum Teil aber natürlich auch darauf, dass die Wöchnerinnen meistens 10—12 Tage nach der Geburt entlassen werden und viele Psychosen erst später zum Ausbruch kommen.

Es geht also aus diesen Statistiken hervor, dass eine ganze Reihe von Frauen während des Generationsgeschäftes psychisch erkrankt.

Bei Betrachtung der Gründe dafür geht man am besten so vor, dass man die drei Generationsphasen zunächst gesondert betrachtet, da bei jeder verschiedene Ursachen mitspielen können, dieselben insbesondere in der Gravidität gänzlich andere als im Puerperium und der Laktation sein werden und ausserdem jede dieser Phasen schon an und für sich eine Ursache abgeben kann. — Die Generationspsychosen verteilen sich nun auf die einzelnen Generationsphasen folgendermassen. Es fanden:

		Grav.-Psych.	Puer.-Psych.	Laktat.-Psych.
Marcé	unter 79 Gen.-Psych.	18 = 22,78 pCt.	41 = 51,9 pCt.	20 = 25,32 pCt.
Holm	143	24 = 16,78 "	58 = 40,56 "	61 = 42,66 "
Fürstner	34	5 = 14,71 "	21 = 61,76 "	8 = 23,54 "
Ripping	168	32 = 19,05 "	89 = 52,98 "	47 = 27,97 "
Schmidt	264	47 = 17,80 "	130 = 49,82 "	87 = 32,59 "
Hoche	211	24 = 11,37 "	98 = 46,45 "	89 = 42,18 "
Siegenthaler	33	3 = 9,09 "	27 = 81,82 "	3 = 9,09 "
Behr	100	3 = 3,00 "	77 = 77,00 "	20 = 20,00 "
E. Meyer	51	—	33 = 64,71 "	18 = 35,29 "
Münzer	101	19 = 18,81 "	56 = 55,45 "	26 = 25,74 "
Herzer	221	46 = 20,18 "	106 = 77,96 "	69 = 31,22 "
Reinhardt	129	16 = 12,40 "	78 = 60,46 "	35 = 27,14 "
Quensel	112	23 = 20,54 "	61 = 54,36 "	28 = 25,00 "
Winter	69	3 = 4,35 "	56 = 81,16 "	10 = 14,35 "

1715 Gen.-Psych. 263 = 15,34 pCt. 931 = 54,29 pCt. 521 = 30,33 pCt.

Entgegengesetzt diesem Resultat fanden sich unter 106 Fällen der Kieler psychiatrischen und Nervenklinik und 4 Fällen der Göttinger Universitätsfrauenklinik mehr Graviditäts- wie Laktationspsychosen, nämlich im ganzen: 22 = 20,00 pCt. G.-P., 76 = 68,09 pCt. P.-P. und 12 = 10,91 pCt. L.-P. Die 4 Fälle der Göttinger Frauenklinik sind alle Puerperalpsychosen, so dass das Uebergewicht der Graviditätspsychosen nicht durch sie herbeigeführt wird. Der Grund hierfür ist eher darin zu suchen, dass in die hiesige Klinik vielfach auch ganz leichte Depressionen

hysterischer Natur, wie sie in der Gravidität häufig sind, aufgenommen wurden, die wohl sonst selten in Anstalten kommen. Ausserdem sind einzelne Fälle zu den Puerperalpsychosen gerechnet worden, bei denen die Prodromalsymptome bald nach der Geburt auftraten, der eigentliche Ausbruch der Psychose aber über 6 Wochen später, also in der Laktation erfolgte, weil eben hier noch augenscheinlich ins Puerperium gehörige Faktoren eher eine ätiologische Rolle spielten als die in der Laktation. Gemäss dem allgemein üblichen Brauch sind im übrigen alle Psychosen, die innerhalb der ersten 6 Wochen nach der Geburt ausbrachen, als Puerperalpsychosen, die, welche später begannen, als Laktationspsychosen bezeichnet. So lange soll ungefähr der Rückbildungsprozess in den Genitalien dauern. Obwohl dieser Einteilungsmodus ziemlich willkürlich ist, weil eben auch bei den Laktationspsychosen noch Faktoren mitwirken können, wie Infektionen, Anämien, Erschöpfungszustände, die noch von der Geburt oder dem Puerperium herstammen, so musste er doch, um einen Vergleich mit den anderen Autoren zu ermöglichen, mit der erwähnten Einschränkung beibehalten werden.

### Gravidität.

Grade zur Erklärung der Graviditätspsychosen, bei denen, da andere Ursachen nicht gefunden werden, Vermutungen weiter Spielraum gelassen ist, sind die gewagtesten Theorien aufgestellt worden. Folgende Tatsachen bestehen aber zu Recht: Viele Frauen haben in der Gravidität unter nervösen Beschwerden zu leiden. Eins der häufigsten ist das Erbrechen der Schwangeren, bei dem von einer Reihe von Autoren nervöser Ursprung angenommen wird (Alzheimer, Hermkes u. a.) und dessen psychogene Beeinflussbarkeit Alzheimer hervorhebt. Weitere nervöse Störungen sind Kopfschmerzen, Neuralgien des Trigeminus, neuralgische Schmerzen in den Gliedern, Kreuzschmerzen, perverse Geruchs- und Geschmacksempfindungen, Anfälle von Schwächegefühl, Ohnmachtsanwandlungen, die perversen Gelüste der Schwangeren nach gewissen Nahrungs- und Genussmitteln (M. Runge). Nach Neumann (s. M. Runge) findet sich bei fast allen Graviden eine Steigerung der Patellarreflexe. Unter 100 von Bauchwitz untersuchten Graviden wurden bei 38 Schwindelgefühl, bei 7 Ohnmachten, bei 9 Trigeminus- und Ischiadikusneuralgien, bei 66 Wadenkrämpfe, bei 27 Erhöhung der Sehnenreflexe, bei 40 Ekelgefühl vor den gebräuchlichsten Speisen, bei 37 traurige Verstimmung, davon bei 12 während der ganzen Gravidität, bei 16 in der ersten Hälfte festgestellt. 48 pCt. hatten abnorme Gelüste. 5 zeigten eine mehr zornig gereizte, 2 eine mehr heiter fröhliche Stimmung. Diese ganze Reihe nervöser Erscheinungen, die auf der

Grenze zwischen Physiologischem und Pathologischem liegen, weist daraufhin, dass bei graviden Frauen jedenfalls eine gewisse Disposition zu nervösen Erkrankungen vorliegt. Wie diese entsteht, lässt sich nicht sagen, man fühlt sich aber versucht, sie mit einer anderen bei Graviden ziemlich sicher nachgewiesenen Tatsache in Zusammenhang zu bringen, nämlich mit den Veränderungen im Stoffwechsel. Diese werden zunächst durch Veränderungen im Blut dokumentiert, wie Zunahme des Hämoglobingehalts, Zunahme der roten und weissen Blutkörperchen in den letzten Wochen vor der Geburt (R. Schröder, Zangemeister), Zunahme des Wassergehalts des Plasmas (Zangemeister, s. M. Runge), weiter durch die Verminderung der Zersetzungprodukte im schwangeren Organismus, Aufspeicherung von Stickstoff (Zacharjewski, s. M. Runge), Herabsetzung der Assimilationsfähigkeit für Traubenzucker besonders in den letzten Monaten der Schwangerschaft (Payer, s. Runge), Zunahme der Wasserausscheidung (Winkel), geringe Eiweissausscheidung in der zweiten Hälfte der Gravidität (Zangemeister). Nach Untersuchungen von Veit, Weichardt, Opitz scheint auch eine Verschleppung von Chorionzotten im Blut stattzufinden, die toxisch wirken sollen. Wenn auch alle diese Angaben noch etwas schwankend sind, so deuten sie doch immerhin auf Änderungen im Stoffwechsel hin, wie sie ja schon allein zur Fruchtbildung notwendig sind. Unterstützt werden diese Annahmen noch durch andere Beobachtungen, wie die von Freund, der in 45 von 50 Fällen eine Vergrößerung der Schilddrüse fand, die von Rokitanski, der die Osteophytenbildung an dem Schäeldach bei Graviden nachwies, die bei der Hälfte aller Schwangeren und besonders bei jugendlichen auftreten, und schliesslich durch die bekannten Beobachtungen von Pigmentablagerungen in der Haut von Graviden. Ob nun wirklich die bei den Graviden vorhandene nervöse Disposition mit diesen Stoffwechseländerungen in irgend einem Zusammenhang steht, bleibt hypothetisch. Leicht erklärlich aber ist, dass eine so disponierte Psyche Schädigungen, sei es nun exogenen oder endogenen Ursprungs, weniger Widerstandskraft entgegenzusetzen vermag, als eine vollkommen gesunde.

Da die in der Gravidität auftretenden Psychosen nicht spezifisch sind, bleibt auch weiter noch die Möglichkeit, dass es sich zuweilen um ein rein zufälliges Zusammentreffen von Psychose und Gravidität handelt, besonders auch dann, wenn sich nicht sicher nachweisen lässt, wann die Psychose eigentlich begonnen hat. Oft genug ist auch die Gravidität erst eine indirekte Folge der Psychose.

Ueber die Zeit, welche in der Gravidität für die Entstehung von Psychosen am günstigsten ist, gehen die Ansichten auseinander: Marcé beobachtete die meisten im 3. und 6. Monat, Hoche im 4.—7. Monat,

Siemerling, Raw, Münzer, Reichardt in der zweiten Hälfte der Gravidität. Holm dagegen sah ebenso viel in der ersten wie in der zweiten Hälfte auftreten.

Von Herzers Fällen begannen:  $10 = 12,74$  pCt. im Anfang,  $19 = 41,30$  pCt. in der Mitte,  $17 = 36,96$  pCt. am Ende der Gravidität; von Aschaffenburgs:  $7 = 36,84$  pCt. in der ersten,  $3 = 15,79$  pCt. in der zweiten Hälfte und  $9 = 47,73$  pCt. am Ende der Gravidität. Von unseren 22 Graviditätspsychosen begannen  $6 = 27,27$  pCt. am Anfang,  $3 = 13,64$  pCt. in der Mitte (4. bis 6. Monat)  $11 = 50$  pCt. am Ende der Gravidität, bei  $2 = 9,09$  pCt. war der Beginn der Psychose nicht genauer zu bestimmen. Demnach beginnt die Schwangerschaftspsychose also meist in der zweiten Hälfte der Gravidität, während dagegen die leichteren nervösen Störungen meist in der ersten Hälfte der Schwangerschaft beobachtet werden.

Uebereinstimmend mit Münzer, Holm, Herzer konnten auch wir feststellen, dass die Graviditätspsychosen meist in höherem Alter auszubrechen pflegen, wie Puerperal- und Laktationspsychosen. Es erkrankten nämlich:

$8 = 36,36$  pCt. im Alter von 18—25 Jahren,

$14 = 63,64$  " " " "  $25-40$  " (9 über 30 Jahre).

Dabei muss noch bemerkt werden, dass alle schweren Psychosen im Alter über 25 Jahren, im Alter unter 25 Jahren nur die Hysterie- und Chorea psychosen ausbrachen. Ebenso fanden sich unter den 6 Erstgebärenden nur 5 Chorea- und Hysteriepsychosen, während die Katanien und Melancholien sich auf die Zweitgebärenden, Drittgebärenden und die 7 mit noch mehr Geburten verteilten.

In einer grossen Anzahl von Fällen scheinen nun die Psychosen nicht allein auf dem Boden der Gravidität, sondern auch zugleich auf anderer Grundlage zu entstehen, nämlich der erblichen Belastung und Disposition. Die erbliche Belastung betrug:

bei Hoche . .  $58,63$  pCt. | bei Münzer . .  $12$  pCt.

" Holm . .  $50$  " " Reichardt .  $31,25$  "

Nach Ripping soll psychopathische Disposition bei den Graviditätspsychosen keine Bedeutung haben, nach Quensel dagegen hier am stärksten sein. Die Angaben sind also sehr schwankend. Um einen genauen Ueberblick zu gewinnen, wurden Fälle mit schwerer und leichter Belastung unterschieden: als schwer belastet wurden solche angesehen, bei denen in der nächsten Verwandtschaft, also bei Grosseltern, Eltern und Geschwistern Geisteskrankheiten oder Trunksucht vorgekommen waren, als leicht belastet solche, bei denen anamnestisch nur Nervosität oder auffallende Charaktere bei den nächsten Verwandten erwähnt oder Geistesstörungen bei entfernteren Verwandten wie Onkel und Tanten vor-

gekommen waren. Nur bei so strenger Sichtung wird man zu brauchbaren Resultaten komm. Es ergab sich Folgendes:

Belastet		Früher krank	Disponiert
schwer	leicht		
10	3	5 = 22,73 pCt.	2 = 9,09 pCt.
13 = 59,09 pCt.			

Von den Belasteten waren 2 schon früher an Psychosen erkrankt, 2 von Haus eigentümlich, im ganzen schienen also 16 = 72,73 pCt. erblich belastet, früher krank gewesen oder von Haus aus disponiert zu sein. In mehreren Fällen waren gleichzeitig mehrere dieser Faktoren nachzuweisen.

Diesem starken Ueberwiegen der endogenen ätiologischen Momente gegenüber traten die exogenen sehr zurück. Wenn Ripping Gemütsbewegungen und schlechten Ernährungsverhältnissen eine besondere Bedeutung beimass, so ist dies nach unseren Resultaten nicht richtig. Nur in 4 = 18,18 pCt. war der Ernährungszustand beim Ausbruch der Krankheit mässig, Gemütsbewegungen kamen nur in 2 Fällen in Betracht. Bei allen übrigen war der schlechte Ernährungszustand erst nach Ausbruch der Krankheit durch mangelhafte Ernährung und Nahrungsverweigerung entstanden. In drei der Fälle war die Gravidität ausserehelich entstanden, auch hier hatten vielleicht psychische Erregungen mitgewirkt. Die exogenen ätiologischen Momente spielen also bei den Graviditätspsychosen eine geringe Rolle und man kann nur Münzer beipflichten, der sagt, dass die Gravidität nicht zu Erschöpfungen führe, wie Puerperium und Laktation, dass hier vielleicht das höhere Lebensalter mehr betroffen werde, bei dem die Widerstandskraft geringer sei. Aus diesen Gründen sind auch die Psychosen, die auf dem Boden der Erschöpfung entstehen, hier ausserordentlich selten:

Name	Katatonie, Dem. praec.	Manie, Man.-depress. Irresein	Hysterie	Amentia- Delirien	Epilepsie	Chorea- psychose	Paralyse	Verschiede Unsicher	Summa	
Herzer . . .	pCt. 19=57,57	pCt. 4=12,12	pCt. 4=12,12	pCt. —	pCt. 3=9,09	pCt. 1=3,03 u. Imbec.	pCt. 1=3,03	pCt. 1=3,03	pCt. 1=3,03 Neurasth.	33
Münzer . . .	11=57,89	2=10,53	1=5,26	—	—	—	4=21,01	1=5,26	1=5,26	19
Reinhardt .	12=75	1=6,25	1=6,25	—	1=6,25	—	—	1=6,25	1=6,25 Imbec.	16
Quensel . . .	4=22,22	4=22,22	2=11,11	5=27,78	1=5,56	—	—	—	—	16
in Kiel . . .	8=36,36	2=9,09	7=31,82	1=4,09	—	4=18,18	—	—	—	22

Es überwiegen also hauptsächlich die Katatonien. Während dann bei den übrigen Autoren meist die manisch-depressive Gruppe folgt oder doch wenigstens den hysterischen Psychosen gleich kommt, sind in unseren Fällen die hysterischen Psychosen in der Ueberzahl. Selten sind Epilepsie, Paralyse; Chorea psychosen etwas häufiger besonders auch bei unserem Material.

### Geburt.

Auch die Geburt selbst kann scheinbar die unmittelbare Ursache einer Psychose, einer schnell vorübergehenden transitorischen Geistesstörung werden. Früher haben Jörg, Friedreich, Marcé u. a. betont, dass auch schon durch die Entbindungsarbeit allein infolge heftiger Schmerzen vorübergehende „Anfälle von Wahnsinn“, „ein maniakalisches Delir“ ausbrechen könne. Marcé behauptete, dass zuweilen gerade im Moment des Durchtritts des Kopfes oder auch während der Geburt der Plazenta eine geistige Störung eintreten könne, er selbst hatte aber nie Derartiges gesehen. v. Krafft-Ebing gibt an, dass es infolge Sorgen (bei Ausserehelichen) und Schmerzen während der Geburt leicht zu „höheren Graden des Affekts, zur Sinnesverwirrung, zur Verzweiflung“, zweitens auch durch den heftigen Wehenschmerz zur Störung des Selbstbewusstseins, zu heftigen Delirien kommen könne. Durch „Kongestivzustand zum Gehirn“ entstehe auch das Bild eines heftigen Wutanfalles mit völliger Amnesie. Alt, Hirsch sprechen von ähnlichen Zuständen. Sigwart brachte noch 1907 einen Fall, bei dem die Patientin infolge hochgradiger Todesangst während der Geburt einen Selbstmordversuch machte. Ob dabei eine Verwirrtheit vorgelegen hat, ist nicht gesagt. Nach Freyer, Debus kann infolge der Heftigkeit des Geburtsschmerzes einfache Ohnmacht eintreten, aber auch dies scheint sehr selten zu sein, wenigstens fand Freyer in der älteren Literatur nur drei derartige Fälle, von denen er einen als hysterisch ansieht, und Säxinger sah einen derartigen Ohnmachtszustand in der Prager Gebäranstalt unter 12215 Geburten nur einmal, Sarwey unter 10000 Geburten der Tübinger Klinik in 25 Jahren nur einmal. Hier gingen der Ohnmacht Halluzinationen vorher (siehe Siemerling).

Während die Möglichkeit einer Ohnmacht infolge starker anhaltender Schmerzen, wie man sie schliesslich auch sonst beobachten kann, ohne weiteres zugegeben werden muss, erscheint die Existenz von Verwirrtheits- und Tobsuchtszuständen, die allein infolge des Geburtsschmerzes und der Aufregung bei gesunden Frauen entstehen sollen, doch sehr in Frage gestellt. In der neueren Literatur finden sich auch keine derartigen Fälle mehr mit Ausnahme des Sigwartschen Falles, bei dem es sich aber vielleicht garnicht einmal um eine Verwirrtheit handelt. Man könnte

das Fehlen derartiger Fälle in der neueren Literatur vielleicht darauf zurückführen, dass die Therapie der Geburt allmählich eine bedeutend bessere geworden ist und bei exzessiv langdauernder und schmerzhafter Geburt fast immer lindernde Massnahmen ergriffen werden. Aber eine gewisse Skepsis in der Beurteilung dieser Fälle ist bei ihrem Fehlen in der neueren Literatur und bei der unvollkommenen Beschreibung in der älteren Literatur wohl angebracht und die Annahme wohl berechtigt, dass derartige Zustände nur auf hysterischer und epileptischer Basis, event. auch als Delirien bei Blutungen oder plötzlichen fieberrhaften Erkrankungen auftreten, wie sie auch bereits v. Krafft-Ebing neben den angeblich nur infolge Schmerz entstehenden erwähnt. Eine ähnliche Ansicht wird von Hoppe, Vallam, Plempel, Sury vertreten. Plempel konnte bei 6 Fällen von Kindsmord bei Unehelichen, bei denen der Entschluss zur Tötung des Kindes erst während der Geburt gekommen sein soll, keine pathologischen Erregungen feststellen und Sury gibt auf Grund seiner Erfahrungen am gerichtlich-medizinischen Institut zu Wien bei der Mehrzahl der Fälle von Kindsmord eine Sinnesverwirrung durch den erschöpfenden Einfluss der Geburt auf das Gehirn oder durch gesteigerte Affekte bei starken Wehen bei psychisch bisher gesunden Frauen nicht zu (auch Bischoff, s. Sury). Also selbst in solchen Fällen, bei denen doch ganz besonders genaue Nachforschungen ange stellt werden, war das Ergebnis ein ganz negatives.

Ueber das Vorkommen von epileptischen Verwirrtheitzuständen während der Geburt bei solchen Frauen, die früher schon epileptische Anfälle hatten, haben Hoppe, E. Meyer, Siemerling, Räcke berichtet. In dem Räckeschen Fall trat nach zwei epileptischen Anfällen ein Verwirrtheitzustand auf, während dem es zur Geburt kam. Erst zwei Tage nach der Geburt trat wieder Klarheit ein. — Deliröse Zustände hysterischer Natur während oder unmittelbar nach der Geburt, die nach  $\frac{1}{4}$  Stunde verschwunden waren, beobachtete Teilhaber. — Auch Weiskorn kommt in einer neueren Arbeit zu dem Schluss, dass während der Geburt dieselben Störungen wie sonst beobachtet werden, nämlich Fieber- und Kollapsdelirien, hysterisches und epileptisches Irresein, Geistesstörungen nach Eklampsie, maniakalische Erregungen und halluzinatorische Verwirrtheit. Von unseren Fällen liesse sich auch einer hierher zählen, bei dem in Verlauf einer Chorea graviditatis während der Geburt ein deliranter Verwirrtheitzustand auftrat, der bald nachher abklang. Von einigen (Lazar) sind während der Geburt plötzliche Gehirnblutungen mit Krämpfen und Lähmungen beobachtet. Es wäre denkbar, dass auch auf solchem Boden Verwirrtheitzustände ausbrechen könnten.

### Puerperium.

Die Häufigkeit der Puerperalpsychosen unter den in Anstalten geisteskrank aufgenommenen Frauen beträgt nach:

Schmidt . . .	8,6	pCt.
Ripping . . .	11,4	"
Weebers . . .	6,8	" (nach Literatur).

In der Kieler Klinik wurden unter 2550 Frauen  $73 = 2,08$  pCt. Puerperalpsychosen aufgenommen, dazu kommen noch drei Fälle aus der Göttinger Frauenklinik. Unter diesen 76 Fällen fanden sich nur  $11 = 14,47$  pCt., bei denen sich ausser dem normal verlaufenen Puerperium keine sonstigen endogenen oder exogenen ätiologischen Momente feststellen liessen. Hier kann nun entweder das Zusammentreffen vom Puerperium und Psychose ein rein zufälliges sein, oder dem Puerperium kommt irgend eine ätiologische Bedeutung uns unbekannter Art zu. In allen übrigen Fällen waren neben dem Puerperium auch sonstige ätiologische Momente vorhanden. Ueber die endogenen Momente sind in der Literatur folgende Zahlen verzeichnet: Es fanden:

Hoche unter	98	$32 = 32,65$ pCt.	erblich belastet (allgem. psychos.)
Siegenthaler unter	27	$11 = 40,7$ "	" path. Konstitution in 50 pCt.)
Ripping	" 82	$35 = 42,6$ "	"
Behr	" 77	$32 = 41,35$ "	"
Münzer	" 55	$28 = 50$ "	"
Quensel	" 51	$25 = 49,01$ "	"
In Kiel	" <u>76</u>	<u><math>27 = 35,53</math></u> "	"
	466	<u><math>220 = 47,21</math></u> pCt.	

Von den Belasteten der Kieler Klinik waren  $19 = 35$  pCt. schwer,  $8 = 10,53$  pCt. leicht belastet. Eine Reihe von Fällen hatten schon früher Eigentümlichkeiten gezeigt oder waren bereits „nervös“ gewesen. Solche fanden sich unter

76 Fällen . . .	15	$= 19,47$ pCt.
bei Quensel unter	51	" $19 = 37,25$ "
	127	<u><math>34 = 26,77</math></u> pCt.

Eine ganze Reihe von Fällen hatte schon früher psychische Erkrankungen durchgemacht:

bei Behr unter . . .	77	$4 = 5,19$ pCt.
„ Ripping unter . . .	82	$17 = 20,7$ "
in Kiel unter . . .	76	$9 = 11,84$ "
	235	<u><math>30 = 13,19</math></u> pCt.

Von den erblich Belasteten der Kieler Klinik waren 4 ausserdem früher bereits eigentümlich, 5 schon psychisch krank gewesen. Die Gesamtzahl unserer Fälle, die früher schon psychisch krank, erblich belastet oder von Haus aus eigentümlich gewesen waren, belief sich also auf  $42 = 55,22$  pCt. Darunter ist, wie gesagt, eine Anzahl von Fällen, bei denen mehrere dieser Faktoren gleichzeitig vorhanden waren.

Die exogenen Schädigungen, die ätiologisch bei der Entstehung der Puerperalpsychosen in Betracht kommen, waren folgende:

Name	Zahl d. puerp. Psychosen	Schwere Geburten	Puerperale Infektion			Sonst. Affekt, fieberh. Erkrank.	Blutung	Psychische Erregung
			schwere		leichte			
Siegenthaler .	27	pCt. 11=40,70	8	pCt. 17=62,96	9	pCt. 2	pCt. 3=11,11	pCt. 13=48
Hausen . . . . .	49	—	—	42=58,71	—	—	—	—
Behr . . . . .	77	8=10,39	—	22=28,57	—	2=2,59	—	16=20,18
Quensel . . . . .	51	23=45,10	—	—	—	37=72,55	—	13=25,49
In Kiel . . . . .	76	11=14,47	12	12=28,9	10	7=9,21	10=13,15	4=5,26

Von allen exogenen Faktoren scheinen also leichtere oder schwerere fieberrhafte Affektionen der Genitalien am häufigsten zu sein. Unter den 11 schweren Geburten unserer Fälle waren 5 Zangengeburten, 1 Kaiserschnitt wegen starker Blutung bei Placenta praevia mit folgender Kastration, 1 sehr lange dauernde Geburt bei alter Erstgebärender, 1 künstliche Frühgeburt bei engem Becken. In einem Fall handelt es sich nur um gehäufte, schnell aufeinander folgende Geburten, in zwei Fällen ist ausser „schwerer Geburt“ nichts Näheres angegeben. Unter den Infektionen sind verzeichnet 6 mal schwere allgemeine Sepsis, 3 mal Parametritis, 1 mal Peritonitis und 2 mal schwere gonorrhöische Infektion.

Bei den Fällen mit psychischer Erregung handelt es sich um Trauer über den Tod des Kindes (ohne dass dabei diesem Moment eine solche Bedeutung beigelegt werden kann, wie es Ripping tut), dann Angst vor den Misshandlungen des Mannes. Zieht man in Betracht, dass bei 10 Patienten mehrere dieser exogenen Faktoren gleichzeitig nachzuweisen waren, so ergeben sich im ganzen  $46 = 60,53$  pCt. Fälle mit exogenen ätiologischen Faktoren. Bei  $10 = 3,15$  pCt. war neben exogenen Momenten auch erbliche Belastung,  $4 = 5,62$  pCt. auch sonstige Disposition vorhanden. Nur in 6 Fällen war neben der normalen Geburt keine Komplikation nachzuweisen, ausserdem auch bei 5 Eklamp-

siepsychosen. Die aussereheliche Geburt ohne jeden anderen Faktor schien von geringer ätiologischer Bedeutung entgegen früher verbreiteten Ansichten. Hoche hatte unter seinen Fällen  $13=13,26$  pCt., bei denen aussereheliche Geburten vorlagen, unter unseren Fällen fanden sich  $8=10,53$  pCt. Bei 7 von diesen konnten teils endogene, teils exogene ätiologische Faktoren nachgewiesen werden neben der Geburt an und für sich. — Bei einer grossen Anzahl, nämlich  $33=43,42$  pCt. der Puerperalpsychosen, hatten zwei oder noch mehr ätiologische (endogene oder exogene) Momente ausser der Geburt bei der Entstehung der Psychose augenscheinlich mitgewirkt.

Im Puerperium scheint die günstigste Zeit für die Entstehung einer Psychose in etwas jüngeren Jahren zu liegen als bei der Gravidität. Von unseren Fällen standen

im Alter von 18—25 Jahren . . . . .	$30=39,47$ pCt.
" " 25—43 " . . . . .	$45=59,21$ "

Es wird aber das Alter bis zu 30 mit 64 pCt. bei weitem am meisten getroffen. Unter den im jugendlichen Alter Erkrankten sind hier im Gegensatz zu den Graviditätspsychosen fast ausschliesslich die schwersten Psychosen; das Ueberwiegen der Erkrankungen in jugendlichem Alter kommt hier hauptsächlich auf Rechnung der Amentia.

In der ersten Woche nach der Geburt scheint offenbar der günstigste Termin für den Ausbruch der Psychose zu liegen: nach Marcé begannen 75 pCt. der Puerperalpsychosen in den ersten 10 Tagen nach der Geburt, nach Clark 65 pCt. in der ersten Woche, nach Hoppe 66 pCt., nach Herzer 78 pCt. in den ersten beiden Wochen (auch Ripping, Münzer), nach Schmidt, Alt gleich post partum oder gegen Ende des ersten Monats, wenn die Menses wieder eintreten. Von unseren 76 Fällen begannen:

42=55,26 pCt. in der ersten Woche,
15=20,74 " " zweiten "
16=19,74 " " 3., 4. oder 5. Woche post partum.

Also begannen 75 pCt. in den ersten beiden Wochen. Der zeitliche Beginn der übrigen liess sich nicht genau feststellen. Eine Bevorzugung der Zeit des Wiedereintritts der Menses konnten wir nicht konstatieren. Nach Salgo sollen schon in Norma in den ersten Tagen nach einer Geburt eine Stimmungsänderung, Störung des Schlafs, Kephalalgien eintreten, auch fand M. Runge in den ersten Tagen post partum eine reizbare Schwäche.

Entsprechend der grösseren Anzahl von Jugendlichen unter den

Puerperalpsychosen sind auch die Erstgebärenden hier etwas stärker vertreten als bei den Graviditätspyschosen:

30=39,47	pCt.	waren	Erstgebärende,
7=9,21	"	2.	"
16=19,61	"	3.	"
11=14,47	"	4.	"
1=1,32	"	5.	"
1=1,32	"	6.	"
4=5,26	"	7.	"
je 1=1,32	"	8. u. 9. gebärende.	

Bei 4 war die Anzahl der Geburten unbekannt. Marcé hatte unter seinen Fällen 24,56 pCt. Erstgebärende, Hoche 29,59 pCt. Auch bei Reinhardt, Winter, Ripping sind die Erstgebärenden ziemlich zahlreich vertreten.

Zu all den disponierenden oder schwächenden Momenten kommt noch eins, das bisher ziemlich wenig berücksichtigt worden ist, nämlich das Stillen. Von unseren Fällen haben 45=59,21 pCt. gestillt, davon die meisten nur bis zum Ausbruch der Psychose, also nur ein paar Tage.

Bei 13 dauerte das Stillen 1—8 Tage,

"	10	"	"	"	8—14	"
"	4	"	"	"	14—22	"
"	1	"	"	"	4 Wochen,	
"	1	"	"	"	1½ Monate,	
"	1	"	"	"	2½	"
"	2	"	"	"	3	"
"	2	"	"	"	4 Monate.	

In den letzten Fällen wurde das Stillen fortgesetzt, trotzdem bei diesen bereits wenige Tage nach der Geburt sich die Anfänge der Psychose zeigten, wie auch in 10 anderen Fällen, die nur kürzere Zeit stillten. 17 hatten nicht gestillt, bei 11 stand die Dauer des Stillens nicht fest, bei 10 war anamnestisch über das Stillen nichts bekannt geworden. Unter denen, die nicht gestillt haben, finden sich drei Fälle, die nach Aborten erkrankten, eine Patientin, die im 6. Monat infolge Nephritis ein totes Kind geba, sowie der Fall, bei dem der Kaiserschnitt wegen starker Blutung ausgeführt wurde, das Kind aber nur tot zur Welt befördert werden konnte.

Wie man aus der folgenden Zusammenstellung ersieht, sind auch bei den eigentlichen Puerperalpsychosen die Formen der Katatonie- oder Dementia praecox-Gruppe am zahlreichsten vertreten. In

der Häufigkeit der anderen Formen gehen die Zahlen ziemlich entsprechend der Auffassung der verschiedenen Schulen auseinander. Während bei den einen zunächst die Gruppe der Melancholien und Manien oder wie sie zum Teil genannt werden: des manisch-depressiven Irresein folgt, überwiegen bei den anderen, so Quensel und uns, mehr die Fälle der Amentiagruppe, in die allerdings auch noch die Infektionsdelirien mit hineingenommen sind, als der Amentia verwandte Formen. Uebereinstimmend jedenfalls bei ziemlich allen Forschern ist die eine Tatsache, dass im Puerperium die auf dem Boden der Erschöpfung und Infektion entstehenden Formen mehr als in der Gravidität vertreten sind:

Name	Katat. Dem. praecox	Mel.. Man. depr. Irresein	Amentia und Delirium	Hyst. Psychose	Paralyse	Paranoia	Epilepsie	Eklampsie	Verschied. Unsicher.	Summa
Heidelberg:	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.	56
Münzer . . .	28=50	16=28,57	5=8,93	—	2=3,57	—	—	—	—	—
Basel:										
Herzer . . .	45=50	19=21,11	10=11,11	8=8,89	3=3,33	—	2=2,2	2=2,2	1=1,1	90
Leipzig:										
Quensel . . .	18=39,13	11=23,91	14=80,43	1=2,17	1=2,17	—	1=2,17	—	—	46
Konradstein:										
Reinhardt . . .	36=46,15	25=32,05	9=11,54	3=3,85	1=1,28	—	2=2,56	—	2=2,56	78
In Kiel . . .	28=36,84	15=19,74	19=25,00	6=7,89	—	1=1,32	—	5=6,58	2=2,6	76

### Laktation.

Auch der Prozentsatz der Laktationspsychosen unter den in Anstalten geisteskrank aufgenommenen Frauen hat offenbar gegen früher abgenommen. Es fanden:

Ripping . . . 6 pCt. L. P. unter den Frauenaufnahmen

Schmidt . . . 5,6 pCt. " " " "

Münzer . . . 1,9 " " " " "

E. Meyer . . . 1,6 " " " " "

In Kiel fanden sich unter 2550 Frauenaufnahmen 12=0,47 pCt. Die neueren Zahlen sind also erheblich kleiner als die älteren.

Entsprechend der Annahme, dass die Laktationspsychosen hauptsächlich auf dem Boden der Erschöpfung ausbrechen, sollte man glauben, dass sie in den meisten Fällen erst dann beginnen, wenn durch ein abnorm langes Stillen eine erhebliche Erschöpfung gesetzt worden ist. Das ist durchaus aber nicht immer der Fall, weil die Erschöpfung

oft noch von der Geburt und dem Puerperium herstammt und hier und da auch eine Infektion bei der Geburt mit zum Ausbruch einer Laktationspsychose beitragen kann, wenn die Infektion oder ihre Folgen nämlich länger als 6 Wochen nach der Geburt anhalten. Aber auch hier können wir nicht alle Psychosen auf Erschöpfung und Infektion oder sonstige exogene ätiologische Momente zurückführen.

Die günstigste Zeit für den Ausbruch der Laktationspsychose liegt nach Hoche und Schmidt in der Zeit vom 3.—5. Monat nach der Geburt, nach Münzer im 2.—5. Monat, nach Herzer im 3. Monat. Von unseren Fällen begannen:

3	im	2.	Monat	post	partum.
2	"	3.	"	"	"
3	"	4.	"	"	"
4	"	5.	"	"	"

Bei unseren Fällen ist also der 4. und 5. Monat am meisten vertreten, was ungefähr mit den übrigen Angaben übereinstimmt. In späteren Monaten kam kein Fall zum Ausbruch. Auch Herzer hat unter 69 Fällen nur 5, die im 9. und 10. Monat begannen. In späterer Zeit begannen keine mehr, obwohl doch ein längeres Stillen hier und da vorkommt.

Auch unter den Laktationspsychosen sind eine ganze Reihe vertreten, bei denen offenbar endogene ätiologische Momente eine Rolle spielten. Es waren bei:

		pCt.
Behr unter . .	40	4=20,00 erblich belastet,
Hoche " . .	89	35=39,33 " "
Münzer unter . .	26	10=38,00 " " pCt.
Quensel " . .	28	15=54,57 " " 19=67,86 psychopath. dispon.
In Kiel " . .	12	0 " " 1=8,37 " "
	<hr style="width: 100px; margin-left: 0; border: 0.5px solid black;"/>	
	175	67=36,37 pCt.
		20=11,42 pCt.

Solche, die bereits früher Psychosen durchgemacht hatten, fand

Behr unter . . . . . . . . . . . . 20 4=20 pCt.

Ripping . . . . . . . . . . . . . . . . . . 30 " "

Unter unseren Fällen fanden sich unter 12 2=16,77 pCt.

32 6=18,75 pCt.

Es liessen sich also bei unseren 12 Fällen im ganzen 3=25 pCt. endogene ätiologische Momente nachweisen, also sehr viel weniger als bei den anderen Generationsphasen.

An äusseren ursächlichen Momenten fanden sich in der Literatur und den Kieler Fällen folgende:

Name	Fieber-hafte puer-per. Affekt.	Sonst. fieber-hafte und nichtfieber-hafte Erkr.	Anämie durch Blutver-lust bei Geburt	Psychi-sche Er-regungen	Starke körper-lische Er-schöpfung	Summa
Hoche . . . . .	pCt. —	pCt. 13=14,60	pCt. —	pCt. —	pCt. —	89
Behr . . . . .	—	4=20,00	—	7=35,00	—	20
Quensel . . . . .	11=39,29	11=39,29	—	12=42,86	—	28
In Kiel . . . . .	2=16,67	—	2=16,67	4=33,34	1=8,33	12

Exogene ätiologische Momente waren also in 9=75 pCt. unserer Fälle nachzuweisen, mehr als in den übrigen Generationsphasen.

Das günstigste Alter für den Ausbruch von Laktationspsychosen liegt nach unserem Material ähnlich wie bei den Puerperalpsychosen in jüngeren Jahren. Es standen

im Alter von 18—25 Jahren 5=41,67 pCt.

“ “ “ 25—30 “ 4=33,33 “

“ “ “ 30—35 “ 3=25,00 “

Von Hoche ist ein starkes Ueberwiegen der Multiparae bei den Laktationspsychosen angegeben worden. Er hatte 14,60 pCt. Primiparae, 71=79,78 pCt. Multiparae. Auch von Holm wird dies bestätigt. Es fanden sich unter unseren Fällen:

1= 8,33 pCt. Erstgebärende,  
3=25,00 “ 2. Gebärende,  
4=33,33 “ 3. “  
2=16,67 “ 4. “  
1= 8,33 “ 6. “  
1= 8,33 “ 7. “

Unter den Laktationspsychosen finden sich also die wenigsten Erstgebärenden von allen Generationspsychosen. Es überwiegen hier die jungen Mehrgebärenden, aus welchem Grunde lässt sich mit Sicherheit nicht sagen.

Die symptomatischen Psychosen sind unter den Laktationspsychosen etwas weniger vertreten, als bei den Puerperalpsychosen. Während sie bei diesen zum Teil schon an zweiter Stelle kamen, be-

finden sie sich bei den Laktationspsychosen immer an dritter Stelle der Häufigkeit nach:

Name	Dem. praec. Kataktische Gruppe	Mel., Man., man.-depress. Irresein	Amentia- gruppe	Hyst. Psych.	Epilepsie	Unsicher, Verschiedenes	Summa
Münzer . . .	pCt. 14=53,85	pCt. 8=30,77	pCt. 1=3,85	pCt.	pCt.	pCt. 3=11,54	26
Herzer . . .	41=66,13	9=14,52	5=8,06	3=4,84	1=1,61	3=4,8 Neurasth.	62
Quensel . . .	15=53,57	8=28,75	5=17,85	—	—	—	28
Reinhardt . . .	23=65,71	7=20,00	4=11,43	—	—	1=2,86	35
In Kiel . . .	5=41,67	5=41,67	2=16,67	—	—	—	12

Man kann also zusammenfassend sagen: Während die Graviditätspsychosen einige Eigentümlichkeiten wie das Auftreten in etwas höherem Alter, bei Mehrgebärenden, das starke Ueberwiegen der idiopathischen Psychosen für sich haben, gehören die Puerperal- und Laktationspsychosen mit ihrem Auftreten in jugendlicherem Alter, mit dem Ueberwiegen exogener ätiologischer Momente und dem häufigeren Auftreten von symptomatischen Psychosen offenbar zusammen! Es wäre deshalb ein Gesamtüberblick über die Gesamtsumme der Generationspsychosen eigentlich überflüssig, da zwei so verschiedenartige Gruppen: die Graviditätspsychosen auf der einen, die Puerperal- und Laktationspsychosen auf der anderen Seite, in ihnen enthalten sind. Ein solcher Gesamtüberblick ist aber doch, um Vergleiche mit anderen Resultaten zu ermöglichen, durchgeführt worden:

### Aetiology der gesamten Generationspsychosen.

Ueber das günstigste Alter für die Entstehung von Generationspsychosen gehen die Ansichten sehr auseinander:

Fürstner	fand die meisten Generationspsychosen im Alter von	25—35
Ripping	" " "	" " "
Schmidt	" " "	" " "
Knauer	" " "	" " "
Winter	" " "	" " "
Münzer	unter 101 Fällen 56=55,45 pCt.	" " "
Jaffé	" " 25 " 16=64 pCt.	" " "
Reinhardt	fand, 129 " 66=51,16 pCt.	" " "

Unter unseren Fällen befanden sich:

4=3,64	pCt.	im Alter von	18—20
37=33,64	"	"	20—25
31=28,18	"	"	25—30
20=18,18	"	"	30—35
14=12,73	"	"	35—40
3= 2,72	"	"	40—43, in einem Fall war das Alter unbekannt.

Es begannen also 72=65,46 pCt. im Alter bis zu 30 Jahren und es scheinen doch demnach, obwohl manche Autoren andere Resultate hatten, die Jugendlichen mehr gefährdet werden wie die älteren. Damit stimmt überein die auffallend starke Beteiligung der Erstgebärenden an den Generationspsychosen:

Marcé	hatte unter	57 Fällen	14=24,56 pCt.	Erstgebärende,
Fürstner	"	34	" 18=52,94	"
Hoché	"	211	" 47=22,27	"
Knauer	"	66	" 46=69,70	"
Münzer	"	101	" 23=22,77	"
		469 Fällen	168=35,82 pCt.	

Siemerling hatte unter 332 Fällen 40 pCt. Erstgebärende gefunden, Leod 34 pCt., Idanoff 45 pCt. Unter unseren Fällen waren:

	Erstgeb.	Mehrgeb.	Fraglich
G. P. . . .	6=27,27 pCt.	16=72,72 pCt.	—
P. P. . . .	30=39,47 "	42=55,26 "	4=5,26 pCt.
L. P. . . .	1=8,33 "	11=91,67 "	—
	37=33,64 pCt.	69=62,73 pCt.	4=3,64 pCt.

Unsere Zahl der Erstgebärenden ist also der aus der Literatur annähernd gleich. Vergleicht man die Erstgebärenden mit den einzelnen Zweit-, Dritt- usw. -Gebärenden, so lässt sich das starke Hervortreten der Erstgebärenden bei den Generationspsychosen noch deutlicher erkennen. Es waren unter unseren Fällen im ganzen:

17 2. Gebärende

22	3.	"
16	4.	"
3	5.	"
2	6.	"
6	7.	"
2	8.	"
1	9.	"

Die Erst- und Drittgebärenden scheinen danach am häufigsten zu sein. Das Verhältnis der Erstgebärenden zu den Mehrgebärenden beträgt sonst nach Berechnungen von Winckel (in Sachsen) in Privathäusern 1:3,5, während das Verhältnis bei unseren psychisch kranken Fällen 1:1,9 war, also die Erstgebärenden hier viel häufiger sind. Es ist dies wohl darauf zurückzuführen, dass Erstgebärende nach Orthmann viel häufiger Kunsthilfe bei der Geburt nötig haben, bei ihnen viel konstanter eine Reihe von Verletzungen der äusseren Genitalien vorhanden ist, alles Faktoren, die eine grössere Infektionsdisposition des Individuums herbeiführen. Es ist deshalb auch die Mortalität der Erstgebärenden schon an und für sich grösser und man kann mit Recht annehmen, dass, da die Erstgebärenden während der Geburt gefährdet sind, auch leichter Psychosen bei ihnen vorkommen, zumal wie wir sehen werden, gerade bei den Erstgebärenden die symptomatischen Psychosen besonders vertreten sind.

Die äusseren Schädlichkeiten, die bei der Entstehung der Generationspsychosen in der Gesamtheit mitwirken, sind folgende:

Name	Puerperale Infekt.	Somat. z. T. feberhafte Erkrankungen	Schwere Geburt	Blutungen	Allg. Schwäche schlechte Ernährung	Gemütsbeweg.	Ges. Zahl der Fälle
Shdanow . . .	pCt. 70	pCt. —	pCt. —	pCt. —	pCt. —	pCt. 27	53
Hoche . . .	43=29,38	—	—	—	—	—	211
Idanoff . . .	35=66	—	—	—	—	54	53
E. Meyer . . .	5=15,15	9=27,27	—	—	—	12=36,3	8
Siemerling	24	8	7,2	—	16	4,3	332
Jaffé . . .	3=12,5	6=25	—	—	—	3=12,5	24
Münzer . . .	5=4,95	12=11,88	12=11,88	—	—	24=23,7	101
Reinhardt . . .	18=13,95	—	12=9,3	12=9,3	7=5,34	22=17	129
In Kiel . . .	24=21,81	8=7,27	11=10,0	16=14,55	—	10=9,09	110

Unter den Kieler Fällen unter der Rubrik „Blutungen“ sind auch solche, die schwer anämisch und erschöpft waren, bei denen aber keine eigentliche Blutung vorausging. Wir sehen also, dass am konstantesten puerperale Infektionen und psychische Erregungen als ursächliche Momente bei den Generationspsychosen angegeben sind, allerdings in so verschiedenen Prozentsätzen, dass sich ein genauer Ueberblick nicht gewinnen lässt. Man kann aber wohl sicher sagen, dass Zahlen wie 66 und 70 pCt. puerperale Infektionen wohl heute wenigstens in Deutschland nicht mehr vorkommen dürfen, wie ja auch die Zahlen der deutschen Autoren im allgemeinen viel geringer sind. In 11 von unseren Fällen

waren mehrere dieser exogenen ätiologischen Momente gleichzeitig nachzuweisen; die Gesamtsumme der Fälle, bei denen äussere Schädigungen bei der Entstehung der Psychose mitwirkten, beträgt also  $58=52,73$  pCt.

Ueber erbliche Belastung und andere endogene ätiologische Momente bei den Generationspsychosen in der Gesamtheit ist Folgendes bekannt geworden:

Fürstner	fand unter	34	21=51,76	pCt. hereditär Belastete,
Ripping	"	168	71=44,2	"
Schmidt	"	264	92=35,8	"
Hoche	"	211	76=36,97	"
Shdanow	"	53	30=56	"
Knauer	"	88	54=66	"
Münzer	"	101	50=50	"
Siemerling	"	332	81=25,3	"
Reinhardt	"	129	36=27,90	"
Winter	"	69	21=30	"
Quensel	"	87	51=58,26	"
In Kiel waren unter		110	40=36,36	"
		1646	628=37,84	pCt.

Die aus allem gewonnene Zahl würde also mit unserer ziemlich übereinstimmen. Die Verteilung auf schwere und leichte Belastung war unter den Kieler Fällen folgende:

	schwer	leicht	Summa
G. P. . . . .	10	3	13=59,09 pCt.
P. P. . . . .	19	8	27=35,53 "
L. P. . . . .	0	0	0
	29=26,36 pCt.	11=10 pCt.	40=36,36 pCt.

Berücksichtigt man, dass Koller bei Geistesgesunden eine erbliche Belastung von 58,9 pCt. fand (siehe E. Meyer), so muss die erbliche Belastung bei den Generationspsychosen mir ca. 38 pCt. als sehr gering erscheinen, zumal sonst nach Diem die Gesamtbelastung bei Geisteskranken ca. 77 pCt. beträgt. Auch die schwere Belastung mit 26,36 pCt. in unseren Fällen erscheint nicht sehr hochgradig. Wie folgende Zahlen zeigen, wird die Zahl der durchschnittlichen Belastung bei Geisteskranken von 77 pCt. bei den Generationspsychosen nicht einmal erreicht, wenn alle endogenen Momente zusammengenommen werden.

Solche Fälle, die bereits früher psychisch krank gewesen waren, fanden sich nämlich

bei Winter	unter	69	16=23,19	pCt.
„ Münzer	„	101	22=19,80	„
In Kiel	„	110	16=14,5	„
		280	54=19,29	pCt.

Solche, die durch Eigentümlichkeiten schon früher auffielen, demnach bereits disponiert erschienen, waren unter unseren:

G. P. . . . .	2=	9,09	pCt.
P. P. . . . .	15=	19,47	„
L. P. . . . .	1=	8,33	„
		18=	16,36 pCt.

Zahlen aus der Literatur konnten hier nicht angeführt werden, da diese Disposition meist nicht berücksichtigt ist und bei anderen unter „Disposition“ nicht näher angegeben ist, was darunter verstanden wird. Berücksichtigt man, dass von den Belasteten 10 bereits früher psychisch krank waren, 6 die oben erwähnte Disposition zeigten, 2 von diesen ebenfalls bereits früher krank waren, so ergibt sich, dass in der Gesamtheit bei 56=50,19 pCt. der Fälle endogene ätiologische Momente nachzuweisen waren. Es scheint also nach allem Tatsache zu sein, dass bei den Generationspsychosen in der Gesamtheit die endogene ätiologischen Momente weniger als bei den Psychosen sonst vertreten sind, dass aber bei etwas mehr Fällen, nämlich bei über der Hälfte exogene ätiologische Momente nachzuweisen sind, was damit übereinstimmt, dass eben die Psychosen, deren Entstehung wir auf äussere Schädigungen zurückführen, wie Amentia, Delirien unter den Generationspsychosen besonders stark vertreten sind.

Bei einer ganzen Reihe unserer Fälle, nämlich 18=16,46 pCt. liessen sich endogene und exogene ätiologische Momente gleichzeitig nachweisen. Bei 14=12,27 pCt. fehlten neben der normalen Schwangerschaft, Geburt oder Laktation alle übrigen ätiologischen Momente, während im ganzen in 96=87,27 pCt. solche nachzuweisen waren. Eine ungelöste Frage bleibt es aber, ob alle diese Momente wirklich bei der Entstehung der Generationspsychosen mitgewirkt haben. Wir sind nur berechtigt auf die grosse Zahl solcher Momente hinzuweisen.

### Formen und Verlauf der Generationspsychosen.

Die Abgrenzung der verschiedenen Formen der funktionellen Psychosen gegeneinander und insbesondere die Vergleichung der gewonnenen Resultate mit den Ergebnissen anderer Arbeiten auf diesem Gebiete ist dadurch zur Zeit noch ausserordentlich erschwert, wenn nicht in manchen Fällen unmöglich, dass eben diese Abgrenzung von den ver-

schiedenen Schulen unter so verschiedenen Gesichtspunkten betrieben wird. Wenn es auch in der jüngsten Zeit fast den Anschein hat, als wenn sich die verschiedenen Meinungen einander näherten, wenn auch der Kern mancher Gruppen festzustehen scheint, so sind doch die weiteren Umrisse derselben trotz aller Arbeit noch sehr verschwommen. In jüngster Zeit gingen die Bestrebungen hauptsächlich dahin, einzelne Gruppen auf Kosten der anderen ins Unendliche zu vergrössern, wie Arbeiten von Dreyfuss über das manisch-depressive Irresein, von Urstein über die Dementia praecox, von Stransky über die Amentia u. a. zeigen. Gegen diese Bestrebungen haben sich aber in letzter Zeit gewichtige Stimmen erhoben und insbesondere Hoche warnt vor der Aufstellung so grosser Krankheitsgruppen und meint, dass man eher weiter kommen werde, wenn man Einheiten zweiter Ordnungen: „gewisse immer wiederkehrende Symptomverkuppelungen“ zu finden suchte. So sind auch bei dieser Arbeit, wie bereits hervorgehoben, im Rahmen der grösseren Gruppen, die zum Vergleich mit den Resultaten anderer Arbeiten beibehalten werden mussten, möglichst kleine Untergruppen aufgestellt, bei denen bestimmte Vereinigungen von Symptomen besonders hervortraten, um durch diesen im Rahmen dieser Arbeit allerdings nur unvollkommen und grob durchzuführenden Versuch gewisse Anhaltspunkte über Verlauf und Prognose zu gewinnen. Bei dem Vergleich mit den Resultaten anderer Arbeiten muss im übrigen der

Name	Katatonie, Dem. praecox	Melancholien, Manien, manisch-depressives Irresein	Amentia-gruppe	Infektions-del., Fieber-del.	Chorea-psychosen
Hoppe . . . . .	—	13 Melancholien 8 Manien 3 zirkuläre } 24 %	63=63 %	—	—
Meyer . . . . .	14 Kat. 2 Hebe- } = 31,37 phren.	11 Mel. = 21,57 4 Man. = 7,84 3 zirkulär 5,88 } 25,29	9=17,64 %	—	—
Münzer . . . . .	53=52,48 %	26 = 25,74 %	6=5,94 %	—	—
Siemerling . . . . .	—	Melanch. = 12,5 % Manien = 5 %	55,4 %	13 %, Del. u. Kat. = 4,5 %	2,5 %
Winter . . . . .	38=55,07 %	19=27,54 %	—	—	—
Herzer . . . . .	107=48,41 %	32=14,48 %	15=6,79 %	—	1=0,45 %
Reinhardt . . . . .	71=58,91 %	33=25,58 %	13=10,08 %	—	—
Quensel . . . . .	37=38,14 %	8 einf. affektive Psychosen 15 periodische Psychosen } 23,71 %	20=20,62 %	9=9,28 %	—

betreffende Einteilungsmodus des Autors berücksichtigt werden, nach dem dann die eine oder andere Gruppe besonders stark überwiegt.

Bei der Einteilung der Generationspsychosen liesse sich der von Olshausen inaugurierte Einteilungsmodus durchführen, nämlich eine Einteilung in Infektionspsychosen, Intoxikationspsychosen und idiopathische Psychosen. Derselbe ist aber insofern nicht praktisch, als nur ein Teil der Amentiafälle nach dem heutigen Stand der Kenntnisse auf Infektion zurückzuführen ist, ein anderer aber wahrscheinlich auf Erschöpfung, so dass die Amentiagruppe dadurch getrennt würde. Weiter würden die Infektionspsychosen und Intoxikationspsychosen (Eklampsiepsychosen) gegenüber den idiopathischen Psychosen eine unendlich kleine Gruppe bilden. Besser wäre daher eine Einteilung nach folgendem Modus:

1. **Symptomatische Psychosen**, die auf Grund einer durch Gravidität, Geburt, Puerperium oder Laktation gesetzten Schädigung, nämlich einer Intoxikation, Infektion oder Erschöpfung entstehen. Zu ihnen gehören die Chorea- und Eklampsiepsychosen, die Amentia und Delirien.

2. **Idiopathische Psychosen**, deren Ursache ebenso wie die Art der Mitwirkung der Gravidität, der Geburt, des Wochenbetts und der Laktation bei ihrer Entstehung unbekannt ist. Zu ihnen gehören die Katatonien, die Melancholien und Manien, die Hysterie- und Epilepsiepsychosen.

Ueber die Häufigkeit der Hauptgruppen der Generationspsychosen gibt folgende Tabelle Aufschluss:

Hysterie, Neurasthenie	Paranoia-gruppe	Epilepsie	Eklampsie	Paralyse	Imbec.	Unsicher	Summa
Hy = 1 %	1 = 1 %	5 = 5 %	—	—	—	—	100
1 Hy = 1,96 %	5 = 9,80 %	2 = 3,92 %	—	—	—	—	51
1 Hy = 0,99 %	—	—	—	6 = 5,94 %	—	9 = 8,91 %	101
—	—	—	5,4 %	—	—	—	332
—	—	—	—	1 = 1,45 %	—	11 = 15,94 %	69
18 Hy = 8,14 %	—	—	—	—	—	—	221
5 Neurasth.	—	—	—	—	—	—	221
2,22	—	—	—	—	—	—	221
4 Hy = 3,10 %	—	11 = 4,90 %	2 = 0,90 %	4 = 1,80 %	1 = 0,45 %	12 Alc.	221
—	—	—	—	—	—	13 Unsicher	221
3 Hy = 3,09	—	3 = 2,33 %	—	1 = 0,78 %	2 = 1,55 %	2 = 1,55 %	129
—	—	—	—	—	—	—	129
—	—	2 = 2,06 %	—	3 = 3,09 %	—	—	97

Wir sehen also die drei Gruppen der Katatonien, der Melancholien und Manien, unter diesen die Melancholien und schliesslich die der Amentia überwiegen. Nach den neueren Arbeiten sind die Katatonien am zahlreichsten. Unsere Fälle waren folgendermassen verteilt:

		GP.	PP.	LP.	Summa
Symptomatische Psychosen	Amentia . . . .	1	14	2	17=15,45 pCt.
	Delirien . . . .	—	5	—	5=4,55 "
	Choreapsychosen . .	4	—	—	4=3,63 "
	Eklampsiepsychosen	—	5	—	5=4,55 "
Idiopathische Psychosen	Katatoniegruppe . .	8	29	4	41=37,27 "
	Gruppe d. Melanchol. und der Manien . .	1	13	4	22=20 "
	Hysteriepsychosen . .	1	1	2	13=11,82 "
	Paran. chron. . . .	7	6	—	1=0,91 "
	Unsicher . . . .	—	8	—	2=1,82 "
		22	76	12	110

Im ganzen ist also auch in unseren Fällen die Reihenfolge der Häufigkeit nach genau so wie in allen neueren Arbeiten. Etwas geringer an Zahl wie bei den meisten anderen sind die Katatonien, etwas häufiger die Amentia und die Hysteriepsychosen. Unsere Zahlen kommen denen Quensels am nächsten. Unsere Resultate bestätigen die alte Erfahrung, dass es keine spezifischen Generationspsychosen gibt.

### Symptomatische Psychosen. Amentiagruppe.

1875 trennte Fürstner von dem damaligen Sammelbegriff der Puerperalmanien zum ersten Mal ein neues Krankheitsbild, das halluzinatorische Irresein der Wöchnerinnen ab. Während dieses in den nächsten Arbeiten über Puerperalpsychosen noch unbeachtet blieb, beschrieb Meynert ein ähnliches, das auch unabhängig vom Puerperium und zwar auf dem Boden der Erschöpfung durch Inanition der Nervenzellen und -Bahnern infolge Ermüdung zustande kommen sollte und das er Amentia nannte. Beide Krankheitsbilder waren in der Hauptsache durch eine mehr oder minder starke Bewusstseinstrübung und Verwirrtheit sowie mannigfache Reizerscheinungen auf sensorischem und motorischem Gebiet charakterisiert. In beiden Krankheitsbildern war neben manchen anderen Formen das enthalten, was wir im allgemeinen heute unter Amentia verstehen. Wie immer nach dem Auftauchen neuer Psychosenformen, wurde der Begriff Amentia zunächst sehr weit gefasst, um schliesslich wieder sehr eingeeengt zu werden. Ein Teil der Beobachter wie v. Krafft-Ebing, Schüle, Kraepelin, Ziehen, Hoche, Sieemerling, Quensel, Jahrmärker will die Diagnose Amentia oder

akutes halluzinatorisches Irresein nur dann gestellt wissen, wenn sich infolge einer greifbaren äusseren Schädlichkeit der der Amentia charakteristische Zustand traumhafter Verwirrenheit ausbildet, während nach Sommer, Pilcz, Reichardt, Stransky, E. Meyer dieselbe auch ohne diese äussere Schädlichkeit entstehen kann. Bisher wurde diese greifbare äussere Schädlichkeit in einer körperlichen oder geistigen Erschöpfung oder in einer Infektion gesucht. Jedoch wurde bereits von Raecke darauf hingewiesen, dass wirklich scharfe Grenzlinien zwischen Erschöpfungs- und Infektionspsychosen nicht zu ziehen seien. Eine ähnliche Auffassung bekundet Stransky, der Amentia und das dieser verwandte Kollapsdelirium sowie infektiöse Formen amenten Charakters zu einer Amentiagruppe zusammenfasst, ähnlich wie Binswanger und Berger. Bonhoeffer geht nun noch weiter und betont in seiner neuesten Arbeit, dass, wenn man das klinische Material der als Erschöpfungspsychosen beschriebenen Erkrankungen durchgehe, konstatiert werden könne, dass es sich so gut wie niemals um eine eindeutige Aetiologie der Erschöpfung handle. Bei den von ihm selbst beobachteten Amentiafällen habe sich gezeigt, dass niemals Fieberbewegungen gefehlt hätten. Auch Pfannenstiel hat nach ihm gemachten Mitteilungen bei den ganz kurz dauernden puerperalen Amentiafällen und Delirien nie Fieber und eine infektiöse Aetiology vermisst. Kraepelin hat, wie es nach der neuesten Auflage seines Lehrbuches scheint, die unter dem „Erschöpfungsirresein“ aufgeführte Amentia ganz aufgegeben und beschreibt nur eine Amentia auf infektiöser Basis. Mag die Ansicht, dass bei allen Amentiafällen eine infektiöse Aetiology nachzuweisen sei, vorläufig noch zu weitgehend und schwer zu beweisen sein, so konnten doch auch in den meisten unserer Fälle infektiöse Momente gefunden werden, so dass es unter diesen Umständen oft unmöglich war, zu entscheiden, ob Infektion oder Erschöpfung die Psychose verursacht hatte. Wie bei der Amentia ist auch bei den Inanitions-, Kollaps- und Infektionsdelirien eine strenge Trennung nicht möglich (Bonhoeffer, Siemering, Raecke). Da die Delirien nun den Amentiaformen nahe verwandt sind, da es ferner Fälle gibt, bei denen man schwankend sein kann, ob sie noch zur Amentia oder den Delirien rechnen soll — es sei nur an die Fälle mit tiefer Verwirrtheit und hochgradiger Unruhe erinnert, die nach kurzer Zeit letal endigen — so sind hier Amentia und Delirien als Untergruppen einer grossen Amentiagruppe zusammengefasst.

Die Häufigkeit der eigentlichen Amentia unter den Generationspsychosen ist entsprechend der engen Umgrenzung durch Kraepelin und Jahrmarkter bei Aschaffenburg mit 6=5,08 pCt. (darunter ein Fall:

von Kollapsdelirium) und Winter, der unter 69 Fällen keine Amentia sah, sehr gering. Nach der bisherigen Ansicht Kraepelins fehlen bei der Amentia starrer Negativismus, Verbigeration, Mutazismus, Stellungsstereotypien und Manieren, auch nach Jahrmarkt und Winter sollen die meisten dieser katatonen Symptome nur bei der Katatonie vorkommen, wie auch vorübergehend im Krankheitsbild auftretende Klarheit mehr für die Katatonie spreche. Kraepelin meint weiter, dass die Entwicklung einer ausgesprochenen Hemmung oder einer manischen Erregung gegen Amentia spreche. Demgegenüber ist von Stromeyer, Stransky u. a., zuletzt von Bonhoeffer, der ausführlich derartige Fälle mitteilt, das Vorkommen ausgeprägter katatoner Erscheinungen auch bei der Amentia nachgewiesen worden. Entsprechend dieser weiteren Fassung sind die Zahlen bei anderen wie Meyer mit 17,64 pCt. und Quensel mit 20,62 pCt. grösser. Wir, die wir unter der Amentia ein Krankheitsbild verstehen, bei dem auf dem Boden — sei es nun der Infektion oder Intoxikation, sei es der körperlichen und psychischen Erschöpfung nach einigen Prodromalsymptomen ziemlich akut eine mehr oder minder schwere Bewusstseinstrübung entsteht mit Desorientiertheit, Ratlosigkeit, ev. auch deutlich nachweisbarer Inkohärenz, mit zahlreichen Sinnestäuschungen auf allen Gebieten und wechselnden Wahnideen, mit motorischen Erscheinungen mannigfacher Art, mit allmählich nach kürzerer oder längerer Zeit auftretender Aufhellung, in der sich eine deutliche Herabsetzung der Merkfähigkeit bemerkbar macht, auch mit weitgehenden Remissionen im Beginn, mit schliesslicher völliger Heilung oder durch interkurrente Erkrankungen erfolgendem Tod fanden unter 110 Generationspsychosen 17=15,45 pCt. Amentiafälle.

Für die Aetioologie ist es wichtig, dass 14=82,35 pCt. im Puerperium, nur 2=10 pCt. in der Laktation und 1=7,65 pCt. in der Gravidität begannen. Natürlicher Weise treten im Puerperium die meisten Fälle auf. Bei dem einen Fall, der zu den Graviditätspseudosen gerechnet ist, begannen in der Gravidität eigentlich nur die Prodromalsymptome. Die Kranke, die schwer belastet war, von ihrem trunksüchtigen Mann sehr schlecht behandelt wurde, während der Schwangerschaft viel über Leibscherzen klagte, soll schon während dieser Schmerzen zuweilen einen leicht verwirrten Eindruck gemacht haben. Der eigentliche Ausbruch der Amentia erfolgte erst, nachdem die Frau noch 3 bis 4 Wochen nach der leichten Geburt gestillt hatte. Wir würden also auch hier genügend Momente haben, die den Ausbruch der Krankheit verständlich machen. Wie wir gesehen haben, begannen auch die in der Literatur niedergelegten Fälle in überwiegender Mehrzahl im Puerperium.

Wichtig ist ferner, dass 9=53 pCt. in der ersten Woche nach der Geburt, 5=29 pCt., in der zweiten Woche nach der Geburt begannen, also zu einer Zeit, in der sich die Folgen der Geburt im Verein mit etwaigen Infektionen am meisten bemerkbar machen. Die beiden Laktationspsychosen begannen 6 Wochen bzw. 5 Monate nach der Geburt.

Bei dieser Psychosenform sind die Erstgebärenden mit 9=53 pCt. am stärksten beteiligt, während die gesamten Mehrgebärenden nur mit 8=47 pCt. vertreten waren. Wie bereits früher ausgeführt, ist der Grund dafür darin zu suchen, dass die Erstgebärenden eben äusseren Schädigungen noch mehr ausgesetzt sind, als die Mehrgebärenden. Es fanden sich unter den Erstgebärenden außerdem drei ausserehelich Geschwängerte, bei denen etwaige psychische Einwirkungen noch hinzukommen. Entsprechend diesen Tatsachen befanden sich auch die meisten Amentiafälle in jugendlichem Alter, nämlich 6=36 pCt im Alter von 20—25, 3=18 pCt. im Alter von 25—30 Jahren.

Die äusseren Schädigungen, die neben dem Generationsgeschäft bei der Entstehung der Psychose mitgewirkt zu haben schienen, waren folgende:

	Infektion		Fieber- hafte Er- krankung	Blutung, Anämie	Psych. Erregung	Deutliche Inanition
	leichte	schwere				
GP. . . .	—	—	—	—	1	—
PP. . . .	4	6	1	3	—	5
LP. . . .	—	—	—	—	—	1

Bei den 6 schweren Infektionen handelte es sich um allgemeine Sepsis, Parametritis, Infektion nach Retention von Plazentastücken und einmal um eine schwere gonorrhoeische Infektion mit Gelenkerkrankungen bald nach der Geburt. Bei den 4 leichteren Infektionen bestand kurz nach der Geburt einige Zeit Fieber, zum Teil auch übelriechender Ausfluss, ohne dass zu Haus genauere ärztliche Untersuchungen vorgenommen wären. Unter den 6 schweren Geburten befinden sich zwei Zangen geburten, eine Zwillingssgeburt, eine schwere Geburt bei einer alten Erstgebärenden, eine schwere Geburt infolge grossen Kindes. Einmal ist ohne nähere Angabe erwähnt, dass die Geburt schwer war. Die eine fieberrhafte Erkrankung war eine schwere Nephritis. Bei den fünf unterernährten Kranken, die alle schwere Geburten durchmachten, hatte diese Unterernährung schon vor Einwirken dieser Schädigung bestanden.

Bei dem einen Fall mit Laktationspsychose war die Unterernährung anscheinend erst infolge des 5 monatigen Stillens entstanden. 12 der Kranken waren von mehreren der erwähnten Schädigungen gleichzeitig betroffen. Im ganzen liessen sich exogene Schädigungen bei 15=88 pCt. nachweisen. Die eine Frau, bei der diese fehlten, war erblich belastet, die Psychose brach nach 6 wöchentlichem Stillen aus. Bei einer Puerperalamentia fehlten sowohl exogene wie endogene ätiologische Momente.

Endogene Momente waren sehr gering vertreten:

	Schwere Belastung	Disposition
GP. . . .	1	1
PP. . . .	1	1
LP. . . .	1	—

Die Mutter der einen im Puerperium erkrankten Patientin war ebenfalls im Wochenbett psychisch erkrankt und durch Suizid gestorben. Von den zwei disponierten Fällen hatte einer als Kind Krämpfe, einer Veitstanz. Keine von den Patientinnen war bereits früher psychisch krank gewesen. Im ganzen wiesen diese endogenen Momente 4 Kranke auf, von denen aber drei ausserdem durch exogene Schädigungen betroffen wurden. Es scheinen also in der Hauptsache exogene Schädigungen in Betracht zu kommen. 13 hatten gestillt, davon aber 8 nur bis zum Beginn der Erkrankung, also meist nur wenige Tage, 5 dagegen hatten trotz der Prodromalsymptome weiter gestillt. Hier kann das Stillen auch noch weiter schwächend gewirkt haben.

Der eine Fall, bei dem ausser der Geburt weder exogene, noch endogene ätiologische Momente nachgewiesen werden konnten, ist ein zweifeloser Amentiafall, der noch jetzt nach 8 Jahren, wie durch persönliche Nachuntersuchung festgestellt werden konnte, völlig gesund ist.

Unsere Amentiafälle lassen sich in drei Gruppen einteilen: In der ersten Gruppe sind 6 Fälle, bei denen die Inkohärenz im Sprechen und Handeln deutlich zu Tage trat, in der zweiten 4, bei denen die Halluzinationen auf allen Sinnesgebieten überwogen, in der dritten 7, bei denen mannigfache katatone Erscheinungen beobachtet wurden. Es ist bei dieser Einteilung im Auge zu behalten, dass die Hauptsymptome der einen Gruppe nicht nur bei dieser, sondern auch bei allen übrigen vorkommen konnten, aber in viel geringerem Masse.

In der Gruppe der inkohärenten Form sind 4 typische Amentiafälle, 2, bei denen vorübergehend deliriose Episoden vorkamen und die

augenscheinlich zu den Delirien überleiten. Charakteristisch für die erste Kategorie ist Fall 1:

Die 26jährige Frau erkrankte am 2. Tage des 2. Wochenbetts nach einer infolge der Grösse des Kindes etwas schweren Geburt mit einer leichteren puerperalen Infektion mit Schüttelfrost und Fieber, das nach ca. 10—12 Tagen abfiel. Am 6. Tage brach wie meist in diesen Fällen ganz akut die Psychose aus mit einer heftigen Erregung, lebhafter motorischer Unruhe, Rededrang, lebhaften Gesichtstäuschungen schreckhafter Art, Wahnsieden und Angstvorstellungen. Charakteristisch ist dabei die Bewusstseinstrübung mit ausgesprochener Inkohärenz, Desorientiertheit und Personenverkennung. Im Anfang kamen noch kurze klarere Augenblicke vor, zeitweise schien flüchtig die örtliche Orientierung wiederzukehren, wobei aber die trotzdem weiter bestehenden Personenverkennungen sowie die Unfähigkeit, sich über die Zeit zu orientieren, darauf hinwiesen, dass die Bewusstseinstrübung keineswegs ganz geschwunden war. Die Stimmungslage war anfangs eine mehr ängstliche, dann eine mehr gehoben-heitere, jedoch traten auch später in den Reden Andeutungen ängstlicher und schreckhafter Vorstellungen hervor: so sprach sie viel vom Teufel, Hexen usw. Gegenüber der Annahme, dass es sich vielleicht um eine Manie handeln könnte, wozu vielleicht in der länger anhaltenden heiteren Verstimmung eine gewisse Begründung zu suchen wäre, muss auf die Lebhaftigkeit der Halluzinationen im Beginn, die Inkohärenz und besonders auf den Umstand hingewiesen werden, dass, als nach 12 Tagen die Erregung nachliess, doch die Desorientiertheit und Personenverkennung noch lange anhielt. Gerade in diesem leidlich ruhigen Stadium war die Bewusstseinstrübung besonders auffallend. Wie meist in diesen Fällen trat die Aufhellung in der Weise ein, dass zunächst die Orientierung wiederkehrte und zwar zuerst die örtliche, während die Personenverkennungen noch anhielten und auch einzelne flüchtige Gehörstäuschungen noch fort dauerten. Ein gewisses Misstrauen gegen die Umgebung, eine gewisse Reizbarkeit und lebhafte Stimmungsschwankungen zeichneten dieses Stadium weiterhin aus. Erst ganz allmählich wurde die Frau dankbarer und zutraulicher, die Stimmung gleichmässiger. Die Dauer der ganzen Psychose betrug nur  $2\frac{1}{2}$  Monate. Die Frau ist jetzt nach Angabe des Mannes  $3\frac{1}{2}$  Jahr gesund geblieben. Das Körpergewicht nahm im Anfang bei der Erregung ab, dann im ganzen 6 Pfund zu.

Nicht in allen diesen Fällen trat die Inkohärenz so hervor wie in diesem. Zuweilen war die Erregung hochgradiger, zahlreichere Halluzinationen machten das Bild unklarer. Bei einer Patientin war jedoch die Inkohärenz so stark, dass sie nur sinnlos einzelne Worte und Silben

hervorstiess, wobei es auch zum Verbigerieren kam. Der Verlauf war bei allen so, dass zweimal nach schwerer Geburt, einmal nur bei schwerer Belastung die Erkrankung in der ersten Woche nach der Geburt mit Prodromalsymptomen wie Reizbarkeit, schnell vorübergehender leichter Verwirrtheit, trauriger Verstimmung begann, dann nach einigen Tagen akut eine heftige Erregung ausbrach mit völliger Verwirrtheit, Rededrang, motorischer Unruhe. Die Inkohärenz trat dann in den Reden deutlich hervor. Vorübergehend zeigte sich auch deutliche Ideenflucht. Verbigerieren, Reimen, sinnloses Schreien, zusammenhangsloses Singen war häufig. Hier und da zeigte sich Echolalie, an Aeusserungen der Umgebung wurde vielfach angeknüpft. Die motorische Unruhe war stets sehr hochgradig, meist zerissen die Kranken Bettwäsche und Kleider. Immer war völlige Desorientiertheit vorhanden: teils glaubten die Kranken entsprechend ihrer gehobenen Stimmung im „Himmelreich“ zu sein, hielten die Aerzte für Kaiser, Obersten, teils mehr ihrer schreckhaften Stimmungslage entsprechend in einer „Räuberhöhle“ usw. Dabei wechselten die Angaben über die Orientierung fortwährend. Hier und da, aber immer nur flüchtig, wurden einzelne Angaben über Halluzinationen und Wahnideen gemacht: so glaubten die Kranken den Teufel, einen schwarzen Mann im Zylinder, die Hand Gottes, den Untergang der Welt zu sehen, Stimmen hinter dem Bett zu hören. Teilweise schien es sich hier nicht um echte Halluzinationen, sondern um halluzinatorische Verfälschung des Wahrgenommenen zu handeln. Eine Kranke behauptete, ganz Kiel sei hinter ihr bergelaufen, eine andere, ihr Mann sei tot, man wolle sie vergiften, es passiere ein Unglück. Die Desorientiertheit hielt meist die ganze Zeit an, nur einige Male tauchte schnell vorübergehende Klarheit auf: so gab eine Kranke schon nach einer Stunde wieder ganz falsche Antworten auf Orientierungsfragen. Meist war während dieser scheinbaren Klarheit die Orientierung auch nicht auf allen Gebieten vorhanden. Einige Male kam es teils infolge der Verkennung jedes Vorgangs in der Aussenwelt, teils aus ängstlichen Vorstellungen heraus zur vollständigen Nahrungsverweigerung, so dass zur Sondenfütterung gegriffen werden musste. Die Stimmung war sehr wechselnd, teils herrschte eine mehr heitere, teils eine mehr ängstliche oder gereizte vor. Nach kürzerer oder längerer Zeit, meist erst nach Wochen trat allmähliche Beruhigung ein, zuweilen kamen aber auch dann noch hier und da wieder einzelne Erregungen vor. Charakteristisch ist es nun, dass in dieser ruhigen Zeit noch die völlige Desorientiertheit sowie einzelne Halluzinationen anhielten. Dies ist, wie bereits hervorgehoben, zur Unterscheidung gegenüber der Manie bei den Fällen mit gehobener Stimmung wichtig. Langsam pflegte die Orientierung,

zunächst die örtliche, dann die zeitliche wiederzukehren. Bei einzelnen blieben die Personenverkennungen noch längere Zeit bestehen, wurden aber dann auch korrigiert. Es soll in dieser Periode die Herabsetzung der Merkfähigkeit besonders deutlich sein, jedoch ist das nicht aus allen Fällen zu ersehen, da nicht immer spezielle Untersuchungen daraufhin vorgenommen waren. Längere Zeit blieb gewöhnlich eine erhöhte Reizbarkeit und eine labile Stimmung zurück. Wie Raecke bei den Erschöpfungspsychosen können also auch wir bei diesen puerperalen Amentiafällen im allgemeinen 4 Stadien unterscheiden: 1. ein Prodromalstadium, 2. ein Stadium des Ausbruchs der Psychose mit schwerer Bewusstseinstrübung, 3. ein amphiboles Stadium, in dem die sich anbahnende Aufhellung noch mit Zeiten stärkerer Verwirrtheit und Unruhe abwechselt und sich die Herabsetzung der Merkfähigkeit zeigt, 4. ein eigentliches Rekonvaleszenzstadium mit Krankheitseinsicht, aber noch erhöhter Reizbarkeit.

Der Ausgang der Fälle war folgender: Ein Fall wurde auf der Höhe der Erregung nach 4monatlicher Krankheitsdauer von den Angehörigen aus der Klinik geholt und soll 2 Jahre später völlig gesund gewesen sein. Nähere Auskunft war nicht zu erlangen. Die 3 übrigen sind nach  $2\frac{1}{2}$ -, 6- und 7monatlicher Krankheitsdauer geheilt worden, davon konnte der eine Fall im ersten Jahre nach der Entlassung noch nicht recht arbeiten, war leichter erregbar wie früher, arbeitet aber wie die übrigen seitdem ebenso gut wie früher. Die Heilung hat bis jetzt 8 bzw. 4 Jahre angehalten.

Die beiden Amentiafälle mit deliriösen Zügen brachen während einer schweren infektiösen Erkrankung (Parametritis), bzw. während einer schweren Nephritis mit späterer allgemeiner Sepsis und multiplen Abszessbildungen aus. Als Beispiel dieser Formen sei ersterer Fall (Nr. 2) angeführt: Die 26jährige Frau erkrankte einen Tag nach einer schweren Zangengeburt mit Schüttelfrost. Zugleich wurde sie völlig verwirrt, desorientiert, verkannte die Umgebung, halluzinierte augenscheinlich, war sehr schwer besinnlich bei sehr hohem Fieber. In der Klinik kann sie sich nicht entsinnen, wie sie hergekommen ist, zeigt wechselnd Klarheit und Benommenheit. Während sie sich tagsüber ziemlich ruhig verhält, wird sie, wie man es auch bei Deliriumkranken sieht, nachts unruhig, drängt aus dem Bett. Einen delirierenden Eindruck machte es auch, wie sie plötzlich unter die Bettdecke fasst und dort ein kleines Kind zu fühlen glaubt. In der Zwischenzeit aber, wo sie sich ruhiger verhält, aber eine deutliche Herabsetzung der Merkfähigkeit zeigt, sieht das Krankheitsbild wieder mehr wie eine Amentia aus. Nach fünftägigem Bestehen der Psychose tritt Klarheit ein, die Erinnerung an

die Krankheitsvorgänge fehlt vollkommen. 2 Tage später fällt das durch die Parametritis hervorgerufene Fieber ab. Die Stimmung ist noch längere Zeit labil und es besteht auch wieder ein gewisses Misstrauen gegenüber der Umgebung. So zeigt sich dieser Fall, der wegen der geringen deliriösen Unruhe und der doch meist vorhandenen Bewusstseinstrübung und Desorientiertheit zur Amentiagruppe gerechnet worden ist, gewissermassen als Uebergangsfall zu den echten Infektionsdelirien. Während dieser Fall seit  $3\frac{1}{2}$  Jahren geheilt geblieben ist, endigte der andere, der ebenfalls nur zeitweise einen delirierenden Eindruck machte, in der Zwischenzeit aber ganz wie eine Amentia aussah, nach dreimonatlicher Dauer infolge einer croupösen Pneumonie letal.

Sahen wir schon bei den inkohärenten Formen der Amentia einzelne flüchtige katatone Erscheinungen wie Echolalie, Verbigerieren, stereotype Bewegungen, so treten diese noch viel mehr bei den katatonen Formen hervor. Auch diese zerfallen wieder in zwei Gruppen, von denen die erste von solchen gebildet würde, die in der Hauptsache einen längeren oder kürzeren Stuporzustand zeigten, die zweite von denen, die sonstige katatone Erscheinungen in grösserer Menge aufwiesen. Als Beispiel für die erste Gruppe kann Fall 3 gelten: Die 23 jährige Frau, die als Kind Krämpfe gehabt hatte und am 3. Tag nach der 3. Geburt mit Fieber erkrankte, soll zwei Tage später ohne Besinnung gelegen haben: vielleicht handelt es sich auch hier schon um einen stuporartigen Zustand. Danach äusserte sie bei hohem Fieber, bald heiter bald ängstlich erregt, Verfolgungsideen und war dann in der Klinik, wo Erysipel und Phlegmone am Gesäss festgestellt wurden, dauernd ängstlich, ratlos, gehemmt, völlig mutazistisch und verweigerte zeitweise die Nahrungsaufnahme. Während dieses stuporartigen Zustandes war sie wie aus spärlichen Antworten hervorgeht, desorientiert, hatte infolge der illusorischen Verkennung der Umgebung Angstvorstellungen und Gehörstäuschungen. Die Stimmung war in dieser Zeit sehr labil, die Kranke weinte sehr viel. Erst nach  $1\frac{3}{4}$  monatlicher Dauer wurde sie wieder etwas lebhafter, die ängstliche Spannung liess nach, es zeigte sich wieder Interesse für die Familie. Fieber war nur in den ersten 3 Wochen des Stuporzustandes und dann später noch einmal einige Tage vorhanden, Erysipel und Phlegmone heilten ab. Gegen Katatonie spricht hier die anhaltende Ratlosigkeit, der dauernd lebhafte Affekt. Die Frau ist auch jetzt bereits 4 Jahre völlig gesund geblieben. In den beiden andern Fällen war der Verlauf ähnlich. Bei beiden brach die Erkrankung nach sehr schweren Geburten aus, davon bei einer Kranken, kurze Zeit nachdem sie von ihrem Mann gonorrhöisch infiziert war und infolgedessen hohes Fieber und später schwere Endokarditis bekam, der sie erlag.

Im ersten Fall dauerte der Stuporzustand nur wenige Tage, im letzteren etwa 1 Monat, unterbrochen von leichten ängstlichen Erregungen. Immer liess sich aus vereinzelten Aeusserungen auf völlige Desorientiertheit schliessen. Immer herrschte eine ängstliche Stimmungslage vor. Eine Kranke zeigte auch leichte Stereotypien. Zwei der Stuporzustände heilten völlig, einer endete infolge der Infektion letal. Die Krankheitsdauer war durchschnittlich kürzer als bei der inkohärenten Form nämlich:  $3\frac{1}{2}$  Monate, 1 Monat, 2 Wochen, Stransky hat das Zustandekommen derartiger Stuporzustände bei der Amentia dadurch zu erklären versucht, dass er eine vollständige Coupierung der assoziativen Prozesse annahm; seltener sei die Entstehung durch Halluzinationen. Diese Erklärung hat etwas sehr Verlockendes, jedoch lässt sich leider selten nachweisen, auf welcher Grundlage der Stupor entstanden ist. Jedenfalls scheint die Unfähigkeit, sich über die Vorgänge in der Aussenwelt zu orientieren und die daraus entspringende Angst und Ratlosigkeit eine Rolle bei der Entstehung zu spielen. Warum aber die einen Kranken mit Erregung, die andern mit Stupor reagieren, ist nicht klar. Man könnte annehmen, dass beim Stupor die Bewusstseinstrübung stärker wäre, was auch bei der Frau mit der gonorrhoeischen Infektion der Fall zu sein schien, sich aber bei den andern nicht nachweisen lässt.

Die Unterscheidung der folgenden 4 Fälle von der Katatonie ist wegen des gehäuften Auftretens katatoner Symptome sehr schwer. Alle diese sind zur Amentia gerechnet, weil die Bewusstseinstrübung mit Desorientiertheit, Ratlosigkeit usw. eine sehr weitgehende war, weil diese in allen Fällen nicht nur während der Erregung, sondern auch in ruhigen Zeiten vorhanden war, weil der Ausbruch der Psychose sich bei allen mit Ausnahme eines Falles, der schwer belastet war, an äussere Ursachen anschlosss, wie Infektion, psychische Erregung, weil der ganze Verlauf genau wie bei den übrigen Amentiafällen war, in einigen Fällen noch vor der Entlassung Krankheitseinsicht eintrat und schliesslich alle bis auf einen, der auf der Höhe der Erregung an der puerperalen Infektion starb, geheilt wurden und bis jetzt geheilt geblieben sind. Aus allen diesen Gründen dürfte die Diagnose ziemlich sicher sein. Als Beispiel für diese Amentiaform sei Fall 4 angeführt: Die schwer belastete 33 jährige Frau erkrankte, nachdem sie 6 Wochen nach der 7. Geburt gestillt hatte, akut mit Verwirrtheit und Erregung, zeigte Rededrang, schien zu halluzinieren. Ob eine Infektion vorgelegen hat, liess sich nicht feststellen, die Kranke hatte aber bei der Aufnahme in der Klinik 6 Wochen nach der Geburt leichtes Fieber. Wegen Erregung der Kranken war weitere Temperaturmessung nicht möglich. Bei der Aufnahme schien die Patientin desorientiert, am nächsten Morgen aber

klarer zu sein. Jedoch ergab die nähere Exploration wie öfter in derartigen Fällen die Unrichtigkeit dieser Annahme: die Kranke glaubte eben erst aufgenommen, die Nacht zu Haus gewesen zu sein, sie gab als ihren Namen ihren Mädchennamen an, war zeitlich schlecht orientiert, wusste nicht, wer sie gebracht hatte. Auch ihre Antworten machten einen inkohärenten, konfusen Eindruck. Dabei zeigte sie bereits Neigung zu stereotypen Bewegungen, zum Verbigerieren. Auch flüchtige Gesichts- und Gehörstäuschungen kamen vor. Im weiteren Verlauf steigerte sich die motorische Unruhe hochgradig, zugleich mehrten sich die stereotypen Bewegungen, die Neigung zu Reimereien. Hinzukamen negativistische Erscheinungen wie Nahrungsverweigerung. Die sprachlichen Aeusserungen wurden hochgradig unzusammenhängend und verworren. Schliesslich bot die Patientin das Bild hochgradiger Verwirrtheit, war sehr erotisch, unsauber, zerriss alles. Charakteristisch ist nun auch hier, dass sie, als nach 2½ Wochen allmählich Beruhigung eintrat, trotzdem noch unklar und desorientiert blieb und auch schon vor Eintritt der hochgradigen Erregung unklar und desorientiert war. Das spricht gegen das Vorliegen einer Katatonie. Die Personenverkennung hielt hier wie bei den andern Amentiafällen noch am längsten an. Erinnerung an die Erregung fehlte. Nach vierwöchiger Krankheitsdauer zeigte die Patientin völlige Krankheitseinsicht und eine dauernd gleichmässige Stimmung. Auch dieser baldige Ablauf der Psychose, der frühzeitige Eintritt der Krankheitseinsicht machen die Diagnose Amentia wahrscheinlich. Die Frau ist jetzt drei Jahre völlig gesund geblieben und macht ihre haus- und landwirtschaftlichen Arbeiten genau so gut wie früher.

Bei den übrigen Fällen dieser Art zeigten sich neben den am häufigsten beobachteten stereotypen Bewegungen auch Echopraxie (und zwar bei einem zweifellosen Fall von Amentia), Befehlsautomatie, Grimassieren, Stellungen. Zuweilen machte es den Eindruck, als wenn alles dies ein Ausfluss der Ratlosigkeit sei. Alle zeigten wochenlang lebhafte motorische Unruhe bis auf einen, der bereits nach 3½ Wochen letal endete und zuletzt mutistisch war. Katatone Symptome mit Ausnahme der Hemmung scheinen also hauptsächlich bei erregten Amentiakranken vorzukommen. Die sprachlichen Aeusserungen waren ganz inkohärent, auch zuweilen etwas ideenflüchtig. Stets liess sich weitgehende Desorientiertheit nachweisen. Hier und da kamen einzelne flüchtige Gehörs- und Gesichtstäuschungen vor. Zwei Kranke waren nach der allmählichen Aufhellung noch leicht reizbar, eine zeigte ein ausgesprochenes Nörgelstadium. Einige Male liess sich auch deutlich Herabsetzung der Merkfähigkeit nachweisen. Heilung trat im ganzen in

3 Fällen ein und dauerte bis jetzt  $\frac{3}{4}$ , 3 und 5 Jahre. Alle machten ihre Arbeiten ebensogut wie vor der Krankheit. Die seit  $\frac{3}{4}$  Jahren geheilte Patientin ist noch etwas vergesslich. Sonstige pathologische Erscheinungen wurden in keinem Fall mehr beobachtet. Die Krankheitsdauer betrug zweimal 2 Monate und einmal  $\frac{1}{2}$  Jahr, also ungefähr so lange wie bei der inkohärenten Form. Ein Fall endete nach  $3\frac{1}{2}$  wöchiger Krankheitsdauer letal infolge allgemeiner Sepsis. Wir können uns auf Grund dieser Fälle nicht der weitgehenden Auffassung Jahrmarkers und Winters anschliessen, dass starrer Negativismus, Verbigeration, Mutazismus, Stellungsstereotypien, Manieren bei der Amentia nicht vorkommen, und können in Uebereinstimmung mit Stransky und Bonhoeffer wie letzterer davor warnen, den katatonen Symptomen eine zu übertriebene Bedeutung für die Diagnosestellung der Katatonie beizulegen. Wichtig war auch in unseren Fällen wie bei Bonhoeffer als Unterscheidungsmerkmal der stärkere Wechsel der Symptome, das Flüchtige in den Erscheinungen und die begleitende Benommenheit bei der Amentia.

Die dritte und letzte Gruppe der Amentia wird von 4 Fällen gebildet, bei denen die Halluzinationen auf den verschiedenen Sinnesgebieten besonders hervortraten. Am deutlichsten war dies in Fall 5: Ganz akut erkrankte die bis dahin gesunde 25jährige Frau am 9. Tage nach der ersten Geburt mit Verwirrtheit, verkannte ihre Umgebung, blieb aber noch ruhig. Erst mit den 2 Tage später einsetzenden Gehörstäuschungen wurde sie erregt und hörte nun von allen Seiten Stimmen, war völlig verwirrt. Ihre Aeusserungen waren vollkommen inkohärent, Fragen fasste sie kaum auf. Die Stimmungslage war eine ängstliche. Sie äusserte einzelne ängstliche Vorstellungen und Versündigungsideen, dazwischen machten sich aber immer wieder die Halluzinationen des Gehörs und Gesichts bemerkbar: sie glaubte, ihren Papagei, ihren Mann, überall „von Gott im Himmel“ singen, telephonieren zu hören, Störche zu sehen usw. Es machte den Eindruck, als wenn die Kranke von allen Seiten Stimmen hörte und dadurch noch verwirrter wurde. Auch hier liess sich schwer unterscheiden, was wirkliche Halluzinationen, was illusionäre Verfälschungen des Wahrgenommenen sind, aber im ganzen schien doch erstere zu überwiegen. Nachdem etwas Beruhigung eingetreten war, halluzinierte die Kranke nicht mehr so lebhaft, es machten sich nur noch vereinzelte aber bestimmtere Halluzinationen bemerkbar wie: „Da ist die dumme Frau K.!“ Beinträchtigungs- und Verfolgungsideen waren hier häufiger als in den andern Fällen; sie sind wohl ebenfalls grösstenteils auf Halluzinationen und Verkennung der Umgebung und Situation zurückzuführen. So gab

die Kranke an, sie sei in der Badestube aufgeschlitzt, sie sei schon halb tot, sie werde schlecht behandelt, es werde auf sie geschossen, sie solle aufgehängt werden, sei mit Gas vergiftet. — Die Orientierung fehlte meist gänzlich, war nur in den ersten Tagen vorübergehend da. Auf dem Höhepunkt der Krankheit wollte die Kranke fliegen, machte Fliegebewegungen, schien also gänzlich über Umgebung und eigene Person im Unklaren. Einzelne Halluzinationen bestanden auch noch als nach  $2\frac{1}{2}$  Wochen die Orientierung wiedergekehrt war, aber noch die Neigung zu Personenverkennungen geblieben war. Als auch diese schwanden, war die Kranke wie in den meisten Amentiasfällen zunächst verschlossen und misstrauisch. Sie ist jetzt, wie persönliche Nachuntersuchung ergab, seit 8 Jahren völlig gesund geblieben, verrichtet ihre Arbeiten wie früher, hatte nur in den ersten Jahren nach der Entlassung viel unter Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit zu leiden. Auch hier ist der Verlauf also, abgesehen von den zahlreichen Halluzinationen, nicht wesentlich verschieden wie bei den andern Amentiaformen. Die drei übrigen Fälle begannen ebenfalls akut, zwei bald nach der Geburt bei puerperaler Infektion, einer bei Erschöpfung nach 5 monatlichem Stillen. Nur einmal gingen Prodromalsymptome wie leichte Erregbarkeit vorher, ein anderes Mal begann die Psychose mit einem Ohnmachtsanfall, nach dem die Verwirrtheit einsetzte. In allen Fällen waren die Halluzinationen nicht das erste Symptom, sondern soweit sich feststellen liess, zeigte sich zuerst eine gewisse Inkohärenz und Verwirrtheit. Eine Kranke machte zunächst eigentümliche Aeusserungen hypochondrischer Art: „Sie sei ohnmächtig“, „habe einen Plock im Hintern“. Gewöhnlich wurden die ersten Aeusserungen über Halluzinationen erst gemacht, wenn die Erregung schon einen gewissen Grad erreicht hatte, traten aber dann sehr zahlreich auf. Dabei waren Gesichtstäuschungen mindestens ebenso häufig wie Gehörstäuschungen. Meist waren die Halluzinationen schreckhaften Charakters, unbestimmt, flüchtig. Daneben wurden ebenfalls flüchtig Beeinträchtigungsideen geäußert, die oft mit den Halluzinationen im engen Zusammenhang standen. Auch im Stadium der Aufhellung, als schon Beruhigung eingetreten war, wurden flüchtig einzelne Beeinträchtigungsideen geäußert, Halluzinationen angegeben. In allen Fällen trat völlige Heilung ein und besteht jetzt bereits seit 2,  $2\frac{1}{2}$ , 3 und 8 Jahren. Irgend welche leichten psychischen Störungen wurden nicht beobachtet, alle arbeiteten ebenso wie früher. Die Krankheitsdauer betrug 1 Monat, 2 Monate und 2 mal  $2\frac{1}{2}$  Monate. Die stuporösen und halluzinatorischen Formen hatten nach unseren Fällen also die kürzeste Dauer.

Der Ausgang unserer gesamten Amentiafälle war folgender:

Geheilt	Gestorben	Ohne Katamnese
G.-P. . . . —	—	1
P.-P. . . . 10	3	1
L.-P. . . . 2	—	—
12 = 71 pCt.	3 = 18 pCt.	2 = 11 pCt.

Dabei ist zu bemerken, dass einer von den Fällen, über den nur unvollkommene Katamnese zu erhalten war, nach 2 Jahren gesund gewesen sein soll, dass der andere ziemlich geheilt entlassen wurde, beide also wahrscheinlich günstig ausgingen, sich die Zahl der günstig Ausgehenden also auf 88 pCt. erhöhen würde. 3 von diesen 12 günstig ausgegangenen Fällen sollen nach Aussage der Angehörigen etwas leichter erregbar sein als vor der Erkrankung, was schliesslich nach Ueberstehen einer so schweren Gehirnkrankheit nicht weiter verwunderlich ist. Da aber alle diese Fälle eben so gut arbeiteten wie vor der Erkrankung, auch sonst keine Eigentümlichkeiten zeigten, sind sie doch zu den Geheilten gerechnet worden, ebenso eine Frau, die jetzt nach  $7\frac{3}{4}$  Jahren, wie durch persönliche Nachuntersuchung festgestellt werden konnte, eine gewisse Uneinsichtigkeit gegenüber manchen ihrer damaligen Krankheitsscheinungen hat, aber doch ihre Arbeiten genau so gut wie früher verrichtet und dasselbe Interesse für ihre Angehörigen zeigt. In allen übrigen Fällen waren keine Änderungen in dem psychischen Verhalten gegen früher zu bemerken, insbesondere konnten Ausgänge in sekundäre Demenz, sekundären halluzinatorischen Wahnsinn, chronische Amentia, chronisch-halluzinatorische Paranoia, wie Stransky, Strohmeyer, Ziehen, Schüle u. a. sie fanden, nicht festgestellt werden. Die Heilung währt bis jetzt

bei 2 . . . . .	bis $1\frac{1}{2}$ Jahre
„ 4 . . . . .	$2\frac{1}{2}$ — $2\frac{3}{4}$ „
„ 3 . . . . .	$3\frac{1}{4}$ — $3\frac{3}{4}$ „
„ 1 . . . . .	$5\frac{1}{4}$ „
„ 2 . . . . .	$7\frac{1}{2}$ „

Die Dauer betrug 1 mal  $1\frac{1}{2}$  Monat, 8 mal  $1\frac{1}{2}$ — $2\frac{1}{2}$ , 1 mal  $3\frac{1}{2}$ , 2 mal 6 und einmal 7 Monate bei den Geheilten. Die Dauer der verstorbenen Fälle war bis zum Tode  $1\frac{1}{2}$ , 1, 3 Monate. Von den Fällen, bei denen sich exogene ätiologische Momente fanden, ging ein etwas höherer Prozentsatz günstig aus, als von denen mit endogenen Momenten, jedoch lässt sich natürlich bei der geringen Zahl von Fällen daraus kein be-

stimmter Schluss ziehen. 6 von den Geheilten machten später noch Geburten durch, davon 4 eine, 2 zwei. Ausserdem war noch eine Frau zur Zeit der Erhebung der Katamnese gravida. 4 dieser Fälle stillten auch. Alle sind psychisch vollkommen gesund geblieben. Die drei letal endigenden Fälle kamen infolge Pneumonie, gonorrhoeischer Endokarditis und allgemeiner Sepsis zum Exitus. Die Prognose der puerperalen Amentia ist also günstig, wenn die Kranken nicht schon zu sehr geschwächt in Behandlung kommen, wenn die vorhandenen körperlichen Erkrankungen wie die puerperale Sepsis noch einige Aussicht auf Heilung bieten; auch ist sehr mit interkurrenten Krankheiten zu rechnen. Vorübergehend auftretende katatone Zeichen sind prognostisch ohne Bedeutung. Von einer Einwirkung der verschiedenen Generationsphasen auf die Prognose kann höchstens insofern gesprochen werden, als eben im Puerperium die schweren die Prognose verschlechternden Infektionen vorkommen. Liegt eine in der Gravidität entstandene Psychose vor, so muss bei der Seltenheit der Amentia in der Gravidität zunächst immer an eine andere Psychose wie Katatonie usw. gedacht werden. Wiedererkrankungen kamen in unsren Fällen nicht vor. Theoretisch genommen, sind sie wohl möglich, aber auch hier verstärkt sich dann der Verdacht, dass es sich eher um eine andere Psychose handelt. Es ist hier absichtlich auf die Gruppe der Amentia etwas ausführlicher eingegangen, um zu zeigen, dass diese von mancher Seite so stark eingeschränkte Krankheitsform gerade im Puerperium nicht so selten ist, dass man zwar mit der Diagnosestellung der Amentia sehr vorsichtig sein muss, sich aber nicht durch das Auftreten einzelner Symptome, wie einer heiteren gehobenen Stimmungslage, von katatonen Symptomen verleiten lassen darf, den Fall ohne weiteres den grossen „Krankheitstöpfen“ des manisch-depressiven Irreseins oder der Katatonie zuzuweisen.

Als Unterform der Amentiagruppe haben wir die Delirien angesehen. Liebermeister, Adler, Kräpelin u. a. suchten bei den Delirien in der gesteigerten Körpertemperatur und den begleitenden Veränderungen in der Zirkulation ätiologische Faktoren. Bonhoeffer dagegen hält es nicht für nachweisbar und nicht wahrscheinlich, dass die Temperatursteigerung die Delirien verursache. Er weist darauf hin, dass dieselben Delirien, wie sie anschliessend an Temperatursteigerung aufräten, auch gelegentlich vor dem Fieberbeginn zu beobachten seien, dass sie sich häufig keineswegs an Fieberhöhe und die höchsten Temperaturen anschliessen, wie auch an unsren Fällen beobachtet wurde. Wenigstens deckte sich hier die Tiefe der Bewusstseinstrübung nicht mit der Höhe der Temperatur, es trat sogar während der höchsten

Temperatur Klarheit ein. Deshalb muss Reichardt zugestimmt werden, der sagt, dass Fieber und Toxinwirkung sich nicht trennen lassen, sondern vielmehr Fieber und psychische Störung aus derselben Ursache, nämlich aus der Infektion hervorgehen. Will man trotzdem die Existenz von wirklichen Fieberdelirien zugeben, so muss doch hervorgehoben werden, dass eine scharfe Trennung sowohl der Symptomatologie wie auch der Aetiologie nach nicht möglich ist (Bonhoeffer). Deshalb sei hier auch nur von Infektionsdelirien gesprochen. Da nachgewiesen ist, dass die Form der Delirien wenig von der Grundkrankheit abhängig ist (Siemerling u. a.), höchstens die eine oder andere Form bei bestimmten Krankheiten häufiger auftritt, so können wir auch bei der puerperalen Infektion keine spezifischen Delirien erwarten. In den Arbeiten über Generationspsychosen sind nun Delirien sehr wenig erwähnt. Es mag das daran liegen, dass sie infolge ihres schnellen Ablaufs wenig in Beobachtung von Anstalten kamen, wie ja auch die genauere Beschreibung der Delirien zunächst den innern Klinikern vorbehalten blieb. Unter den Generationspsychosen fand Siemerling 13 pCt. Infektionsdelirien, Quensel 9,2 pCt. Noch geringer ist unsere Zahl mit 5—4,5 pCt. Unter diesen befinden sich ausschliesslich Puerperalpsychosen. In allen Fällen entstanden sie auf dem Boden der schweren puerperalen Infektion, einmal hatte außerdem eine schwere Zangengeburt stattgefunden, zweimal schwere Blutungen. Bei drei Kranken bestand schwere Belastung, zwei schienen von diesen außerdem dadurch disponiert, dass sie von jeher leicht aufgeregten waren, resp. zu Depressionen neigten. Das starke Hervortreten der endogenen ätiologischen Momente neben den exogenen, stimmt mit den Angaben Adlers überein, der bei den im Zusammenhang mit Infektionskrankheiten auftretenden Geistesstörungen in  $\frac{3}{4}$  aller Fälle ererbte oder erworbene psychische Disposition fand. Auch Bonhoeffer konstatierte, dass psychopathische Individuen leichter delirieren als psychisch robuste NATUREN.

Als Beispiel für die Infektionsdelirien kann Fall 6 gelten: Die 38jährige, psychisch disponierte Frau wurde in der 4. Nacht nach der zweiten Geburt (Zangengeburt) plötzlich kurze Zeit verwirrt, sprach durcheinander, äusserte Angst, war aber bald darauf wieder klar. Auch hier begann die deliriose Verwirrtheit, wie das häufig beobachtet wird, nachts. Am folgenden Tage kam es weiter zu erneuten kurzen, flüchtigen Verwirrtheitszuständen mit interkurrenter Klarheit. Erst 24 Stunden später begann das Fieber, man könnte demnach von Initialdelirien sprechen. Mit dem Fieber steigerte sich die Verwirrtheit, die Orientierung ging verloren, lebhafte flüchtige Gesichtstäuschungen, Angst-

vorstellungen traten auf. In phantastischer, abenteuerlicher Weise glaubte die Kranke bald im Himmel, bald in der Hölle zu sein, in einen Brunnen gefallen zu sein. Die Verwirrtheit steigerte sich weiter, sodass schliesslich auch das Persönlichkeitsbewusstsein verloren schien: die Kranke glaubte, sie sei von Glas, solle durchschnitten werden. Eine Fixation der Kranken war bei der hochgradigen Inkohärenz nicht mehr möglich. Deutlich zeigte sich hier die Neigung zum Perseverieren, die Herabsetzung der Merkfähigkeit, die von Bonhoeffer hervorgehobene Neigung zu Augenblickskonfabulationen mit Herabsetzung der Aufmerksamkeit. Aus einzelnen Aeusserungen ging hervor, dass die Kranke auch ein gewisses Krankheitsgefühl hatte. Einhergehend mit der Ausbildung der Symptome der schweren allgemeinen Sepsis nahm die deliriöse Unruhe zu und ging der letzte Rest von Auffassungsfähigkeit verloren. Erst in den letzten 24 Stunden vor dem Tode war die Unruhe geringer. Bei einer Temperatursteigerung bis auf 41,5 trat der Exitus ein. Die von Liebermeister bei den Typhusdelirien aufgestellten vier Stadien, waren hier nicht zu unterscheiden.

In zwei weiteren Fällen war der Verlauf ähnlich, nur kam die eine Kranke bereits moribund in die Klinik. Bei dieser waren zwei Tage nach Fieberbeginn hysteriforme Krämpfe aufgetreten, wie sie auch von Siemerling, Bonhoeffer erwähnt sind. Einen Tag später war die Kranke verwirrt, wollte einen Selbstmordversuch machen. Im dritten Fall zeigte die Kranke bereits vor Fieberbeginn Tätigkeitsdrang, Euphorie, Rededrang, war exaltiert, schien also zu der von Bonhoeffer, Bleuler, erwähnten Gruppe von Fällen zu gehören, bei denen als Initialerscheinung ein manisches Zustandsbild hervortritt. Nach 2 epileptiformen Anfällen war die Kranke dann ängstlich verwirrt, äusserte Verfolgungs- und Versündigungsideen, die Orientierung kehrte zeitweise wieder. Auffallend ist auch hier, dass trotz des sehr hohen Fiebers am Ende doch eine grössere Klarheit bestand, als am Anfang bei geringem Fieber.

Etwas anders geartet sind die zwei letzten Fälle, die sich am besten mit den von Bonhoeffer neuerdings beschriebenen infektiösen epileptiformen Erregungszuständen vergleichen lassen. Bei beiden kam es, einmal vor, einmal mit Fieberbeginn, zu akuten heftigen Erregungen: die eine Kranke äusserte dabei, sie müsse sterben, könne nicht mehr reden, werde hingerichtet, komme ins Zuchthaus. Die andere wurde heftig erregt, drängte fort, äusserte, die Leute sprächen über sie, tobte zeitweise. Da beide erst später in die Klinik kamen, konnte nicht festgestellt werden, ob sie gleich im Beginn die örtliche und zeitliche Orientierung verloren hatten, wie das bei epileptischen Dämmerzuständen vorkommt; nach ihrem ganzen Verhalten scheint es aber so. An Stelle

der Erregung setzte dann in dem einen Falle 20 Stunden, in dem andern drei Tage nach Beginn der Erregung ein Stuporzustand ein, in dem die Kranken desorientiert und benommen waren und Einwirkungen von aussen heftigen Widerstand entgegen setzten. Zuweilen wurden schreiend einzelne inkohärente Aeusserungen hervorgebracht wie: „ich bin oben im Himmel, da fliegen wir als Kaffeemühle oben auf dem Dach — ich kriege alles, alles, alles — —“. Trotz des sehr hohen Fiebers wurde dann auch hier die eine Kranke ziemlich klar und in diesem Zustande, ohne dass noch irgend eine Aussicht auf Heilung bei der schweren Sepsis bestand, nach Haus geholt, während die andere Kranke nach 5 tägiger Dauer des Stuporzustandes zum Exitus kam, nachdem noch hier und da stereotype Bewegungen vorgekommen waren. Da auch bei den beiden letzten Fällen deutlich delirante Züge vorkamen, ist eine scharfe Abtrennung dieser von den vorher erwähnten Fällen nicht möglich. Bonhoeffer fasst die mit sinnloser Angst, Fortdrängen und mit nachfolgendem Stuporzustand auftretenden heftigen Erregungen ebenso wie die epileptiformen Anfälle als zerebrale Reaktion auf die infektiöse Schädigung auf. Zu erwähnen ist noch, dass bei einigen Fällen deutliche Symptome bestanden, die auf eine organische Veränderung im Zerebrum hinwiesen, wie leichte Fazialisschwäche, Pupillendifferenz.

Alle Infektionsdelirien endeten in der Klinik letal, bis auf einen Fall, der aber wahrscheinlich draussen noch zum Exitus gekommen ist. Die Todesursachen waren zweimal allgemeine Sepsis, zweimal eiterige Peritonitis immer ausgehend von der puerperalen Wundfläche. Dreimal waren die deliranten Symptome schon vor Fieberbeginn aufgetreten, als erstes Zeichen der Infektion neben der starken Pulsbeschleunigung.

Anhangsweise seien hier bei der Amentia zwei Fälle besprochen, die wahrscheinlich zur Amentiagruppe gehören, die aber noch nicht abgelaufen sind und bei denen die Diagnose sich bisher nicht mit völliger Sicherheit stellen liess. Der eine Fall zeigt auch jetzt noch eine ausserordentlich starke Inkohärenz. Die 28jährige, leicht belastete, bis dahin gesunde Frau erkrankte, nachdem sie bereits seit der ersten Geburt depressiv gestimmt gewesen war, nach 6 wöchigem Stillen mit Verwirrtheit und ängstlicher Erregung, äusserte Verfolgungsideen und ängstliche Vorstellungen. Bei der Aufnahme zeigte sie lebhafte motorische Unruhe, stand der Umgebung mit einer völligen Verständnislosigkeit gegenüber und fasste kaum irgend welche Vorgänge auf. Die Stimmung wechselte sehr, war bald gehoben heiter, bald traurig oder mehr indifferent. Während des nun 8 monatigen Aufenthalts in der

Klinik wechselten erregtere Zeiten mit ruhigeren ab, in denen sich die Kranke sehr ablehnend verhielt, wenig Neigung zum Sprechen zeigte. Bis in die letzte Zeit hinein hielt aber die völlige Verwirrtheit mit Desorientiertheit, Personenverkennung, illusionärer Umdeutung des Wahrgekommenen und vor allem mit stärkster Inkohärenz an. Zuweilen tauchten flüchtig einzelne Halluzinationen des Gehörs und Gesichts mit stark illusionärem Charakter auf, anfangs wurden auch flüchtige katatone Erscheinungen, wie stereotype Bewegungen mit den Armen bemerkt. Die starke Inkohärenz, die hochgradige Verwirrtheit und die Orientierungsstörungen lassen sich aus folgenden systematisch vorgenommenen Untersuchungen gut erkennen. Es wurden dabei auch Versuche mit den Heilbronnerschen Bildern gemacht, die aber an der völligen Verständnislosigkeit der Kranken scheiterten:

16. 2. (Wo hier?) Weiss ich nicht . . . im Hotel zum Kronprinzen.

(Wer bin ich?) Herr Horn.

(Welcher Tag heute?) Geburtstag.

(Welcher Monat jetzt?) . . .

(Jahr?) Ich hev dat Geld nich krägen.

(?) Ach ich will dat erst hören.

(Was?) Ich hör was trommeln.

(Wie heissen Sie?) Ja ich will es wissen . . . och hier sind ja alle verrückt.

(Wer sind Sie?) Ich soll was stehlen . . . und das sollen sie mir nicht sagen.

(Haben Sie Kinder?) Och ich will es wissen.

(Wie alt?) Och ich will es aber wissen.

Der Patientin werden Bilder vorgelegt, die sie bezeichnen soll:

(Ente?) Ich will es aber wissen . . . Sie wissen es ja nicht.

(Fisch?) Ach ich will es aber sagen.

(?) Ach ich will es doch sagen . . . der Ludwig . . . ich weiss nicht, was da los ist.

(Rabe.) Ach ich will es hören.

(Trompete.) Der Pastor ist tot . . . das will ich sehn . . . Anna Rohwer.

(Rad.) Ich will es aber sehn, ich will es sagen . . . (lächelt).

(Pferd.) Ich will es sehn. (Greift nach allem, was man ihr vorhält, ist kaum zu fixieren, horcht fortwährend auf Geräusche in ihrer Umgebung.)

20. 2. Weint, stöhnt laut, spricht zuweilen vor sich hin: O Mensch, Mensch, ganz verrückt, o Gott, o Gott . . . ne . . . Jürgen Mordhorst . . . o was soll ich denn nu gesagt haben . . . o ne ne viel Geld . . . Du . . . man bloss. (Reibt sich fortwährend mit den Händen auf den Oberschenkeln, ratloser Gesichtsausdruck, ängstlich.)

(Wo hier?) Eine preussische Maschine bin ich . . .

(Haus hier?) Weiss wohl, wo ich bin, in Frau Ms. Hause (Name der Patientin).

(Welche Stadt hier?) Ich muss immer meine böse Stadt abschneiden.

(?) Elly Mordhorst will ich scheiden sehn . . . so will ich auch in den Graben geworfen werden, wie deine liebe Cousine . . . du all kenn ich sie.

(Jahr?) Ne ich kann es nicht sagen . . . Elisabet Lüthje alle besoffen sind wir wieder . . .

(Wie heissen Sie?) Elisabeth Lüthje (falsch, Dora M.).

(Sind Sie verheiratet?) Ja das sing ich immer meiner lieben Cousine vor.

(Wie heisst Ihr Mann?) Elisabeth Wasch . . . aber ihren Namen kann ich nicht wieder sehn.

(?) Frl. Mordhorst.

(Haben Sie Kinder?) 16 . . . Trauerbriefe.

(Ja?) Ja.

(Wie viel?) Ich heisse Elisabeth Lüthje.

(?) Ich hab den Sarg gebrochen.

(Wie alt?) Ich heisse Elisabeth Lüthje . . . fix aufmarschieren . . . immer wird der Sarg gebrochen . . .

(?) Ich heisse Elisabeth Lüthje und bin aus Berlin mit der grössten Feuerwehr ausgerückt.

(?) 21 Jahre (28).

(Haben Sie eine Geburt durchgemacht?) . . . Ja Geld haben wir noch und ich krieg immer Trauerbriefe . . . Schreit: Schleswig-Holstein soll ich aber tüchtig bekannt gemacht haben . . . meine liebe Cousine das ganze Hotel brennt auf . . . Hexe von Endor steht da du!

(Wo?) Wo die Cousine ist . . . von Endor . . . alle Gräber bricht sie an.

(Wo?) In einer Nervenklinik.

(In der Nervenklinik?) Ja das weiss ich, sie haben sich immer bankrott gefressen bei Elisabeth Lüthje.

(Haus hier?) In einer Nervenklinik, 1200 Jahr muss ich hier gesessen haben, Hexe von Endor haben sie gesagt.

(Stadt hier?) Ich wohne in Berlin . . . und denn schreien sie immer zu mir, ich heisse die Hexe von Endor.

(Hören Sie Stimmen?) Ja, die Hexe von Endor sagen sie zu mir.

(Wer?) . . .

(Wer bin ich?) Ich bin Generalleutnant durch Ihnen geworden.

(Was tue ich hier?) Sie machen hier falsche Zeugnisse.

(Sind Sie wrr im Kopf?) Ja ganz verrückt.

(Wodurch?) In einer Nervenklinik bin ich schon gewesen.

(Was hören Sie jetzt?) Ist denn kein Stuhl da für meine Hulda.

(?) 2 Stimmen. (Was sagen die?) Adieu Frl. Schröder.

(Wann hergekommen?) Ich bin in einer Nervenklinik . . . Elisabeth Lüthje.

(Wie lange hier?) 112 Jahre.

(Weshalb?) Wegen Elisabeth Lüthje.

Bilder: (Pferd.) Frau M. ihr Pferd ist noch nicht tot.

(Fisch.) Ich soll Fische braten. Hexe von Endor hat jemand zu mir gesagt.

(Ente.) Ganz falsch . . . Trauerbriefe! (Das Bild ist ein Schattenriss.)

(2 Hunde.) 2 Kaiser haben sie tragen müssen.

(Pfau.) Sie sollen immer 2 Vögel machen.

(Fuchs.) Die falsche Katze, die Hexe von Endor.

(Geige.) Das schreibe ich nicht wieder auf.

(Schmetterling.) Haben Vögel abgegeben . . . das sollen sie aber nicht sagen sie zu ihrem Mann.

(Buchstaben SY.) Was sind das für Buchstaben?

Macht plötzlich eigentümliche Bewegungen, indem sie sich mit jeder Hand abwechselnd an den Mund fasst, dann wieder am Knie reibt. Redet fortwährend inkohärent vor sich hin.

Knüpft an vorgesprochene Worte an:

(Gold.) . . .

(Tinte.) Halten Sie man gleich still mit ihrer blauen Tinte . . .

Macht vorgemachte Bewegungen nicht nach. Wehrt zuerst nicht ab, als sie mit ihrer Nadel gestochen wird, tut es erst beim zweiten Mal. Als nebenan von einer Patientin „Deutschland, Deutschland über alles“ gesungen wird, fällt sie plötzlich in diese Melodie ein, bringt sie richtig zu Ende, aber mit falschem, gänzlich unsinnigem Texte.

(6 . 7?) Mensch, das soll sie aber nich.

(6 . 7?) . . . 6 . 7 . . . wie viel sind das . . . 42.

(3 . 4?) Sind 4 . . . und . . .“

(3 . 4?) 64 Jahre.

(2 . 2?) 2 . 2 o Gott, o Gott kannst Du denn gar nicht rechnen.

(Wo hier?) In der Nervenklinik.

(Stadt?) Friedrichstrasse.

(?) Ich weiss nicht . . . och das is ja närrisch.

(?) Ich glaube, es ist eine Kaiserin, die kann gar nicht gut sehen. Och da lachen Sie mich aus . . .

(Wie lange in der Nervenklinik?) Weiss ich nicht.

(Haben Sie mich schon gesehen?) Ich welchem Jahr weiss ich nicht.

(Wer bin ich?) Eine Gouvernante.

(?) Sie machen immer falsche Entbindungen.

(Jahr?) Kann ich nicht ganz genau sagen.

(Monat?) Ich weiss nicht genau.

(Tag?) Nein, verrückt bin ich schon.

(Wie alt?) Weiss ich nicht (weint).

(2 . 3?) Sind . . . (weint).

(2 . 3?) . . .

(Was frug ich eben?) Wo ich Pfingsten wohne . . . Kapitän . . . General sagte ich da . . .

Knüpft an vorgesprochene Worte an:

(Rose.) O ne, das macht doch eine kleine Cousine.

(Apfel.) Ja Apfel oder so etwas.

(König.) Und Kaiser und Alles.

(Sonne.) Sonne . . . o nee, das ist ja ganz verkehrt.

(Pfleger.) Pflegerin.

(Gras.) O ich muss was anderes gesehen haben . . . Onkel Max seinen . . .

Bringt zwischendurch lauter abgerissene Aeußerungen vor, in denen einige Ausdrücke immer wiederkehren.

Heilbronnersche Bilder: I. Schiff.

- 1) Beafsteak.
- 2) Och . . . is das Beafsteak gegraben . . . ne ich will nicht . . .
- 3) Ne . . . Frau Plambeck.
- (?) Apfelsine und so was.
- 4) Ach das is ja ein Hotel.
- (?) Das is Kiel.
- 5) Milchsuppe glaube ich, Hotel zum Kronprinzen . . . Schornstein.

II. Kirche:

- 1) Kirche.
- 2) Nu will ich das noch sagen: Sie sind Ortsvorsteher.
- 3) Ach ich weiss es nicht genau.
- 4) . . . Kirche.
- 5) . . . Weiss ich nicht . . . oha ich kann nicht schön rechnen.

Soll vorgehaltene Gegenstände bezeichnen:

(Federhalter.) Und dann meint meine Tante immer, ich schreib so schlecht, und dann hab' ich das Bettzeug verloren.

(Buch.) Eine Nervenklinik . . . o ne, ich bin in die schlechte Strasse gekommen in Kiel.

(Schlüssel.) Richtig.

(Knopf.) Richtig.

(Löscheblatt.) Richtig.

Bilder: (Radfahrer.) Radfahrer.

(Kühe.) O ne, geht bloss weg, ich muss Kühe melken.

(Pferd.) Klingelbahn . . . och ne . . . Meiereimädchen . . . hier is keine, ich weiss gar nicht, was ich sein kann.

(Schmetterling.) Na das sind . . . wie heisst es man noch . . . Kartenspiele.

(Pfau.) Das ist eine Königin.

Sagt plötzlich: Hier ist ja überhaupt keine Nervenklinik in dieser grossen Stadt. Sie lügen mich ja so viel vor.

1. 3. 10. (Wo hier?) Ich bin Eckernförde.

(?) In Mau . . . in Kiel in der Ringstrasse (Gefängnis).

(Stadt?) Kiel.

(Haus?) Weiss ich nicht.

(Was sind das für Leute hier?) Ich bin Rohwinkel.

(Monat?) Kann ich nicht mehr sagen, kann nicht schön kopfrechnen.

(Jahreszeit?) Frühling.

(Kennen Sie mich?) Ja aber mein Vater schreibt sich immer so böse Briefe mit einem Kutscher.

(Wie heissen Sie?) Ich weiss es nicht . . . Petersen . . . ne der is hier nich gewesen.

(Wie alt?) Ich bin aus Stobbdendorf (falsch).

(Wie alt?) Ich bin den 24. . . . wie alt denn — 14 Jahre oder 16.

(Sind Sie verheiratet?) Ja, das bin ich . . . natürlich.

(Mit wem?) Mit Frl. Plambeck . . . ne.

(Wie heisst Ihr Mann?) . . . Die Hexe von Engelau . . .

(Haben Sie Kinder?) Ne ich kann noch schön kopfrechnen.

(Wann Geburtstag?) 31. 8. (richtig).

(In welchem Jahr geboren?) . . .

(Wie lange sind Sie hier?) Ich soll immer Aufwaschmädchen werden, das will ich aber nicht.

(Sind Sie krank?) Nein, krank bin ich nicht, aber schneidet sich alles aus der Zeitung.

( $2 \times 2$ ?)  $2 \times 2$  sind 4.

( $2 \times 3$ ?) Sind 6.

(Was vorher gefragt?) Vorher haben Sie gefragt . . . warum haben Sie die Blumen abgeschnitten.

Sagt, als es draussen klingelt: Eine Klingelbahn haben sie sich angeschafft . . . sie wollen mich immer tot machen.

Gegenstände bezeichnen:

(Schlüssel.) . . .

(Federhalter.) Lacht . . . Das kommt ganz falsch heraus.

(Buch.) Das is ein . . . das bekommt man beim Pastor.

(Arzttmantel.) So was müssen die Aerzte anhaben.

(Bin ich Arzt?) Ja. — (Wo sind Sie denn hier?) In Neukirchen in der Nervenklinik.

(Weshalb?) Weiss ich nicht.

(Kopfkrank?) Ne ich will mir den Kopf nicht abhauen lassen.

Bilder: (Kühe.) Will nicht so ein dummes Kaiserspiel haben.

Als nebenan gesprochen wird, antwortet sie.

(Pferd.) Richtig.

(Kaffeemühle.) Richtig.

(Schmetterling.) Sommervogel.

(Fisch.) Richtig.

(Papagei.) Kapitän oder General oder so irgend etwas.

(Fliege.) Ach was weg mit dem Kerl.

(?) Sommervogel.

(Licht und Buch.) Katze . . . und denn ne falsche Bibel.

(Kartenspiel.) Richtig.

(Krug.) Das is ein was sagen se man da noch zu.

(Hühner.) Hammel.

(?) Das sind kleine . . . die haben die Busdorfer Ziegelei.

(?) Das sind Jungens . . . ne das sind Hähne.

(Jahr?) Herbst nich . . . (sieht zum Fenster hinaus) ne Frühling.

(Monat?) Fängt an zu weinen.

(Weshalb weinen?) Sie sagen immer zu mir, ich habe die Kühe nicht rein ausgemolken.

(Wie lange hier?) Weiss nicht. — (Wie hergekommen?) Weiss nicht.

(Kennen Sie mich?) Ja.

(Wer bin ich?) Mein Bruder, mein Schwager.

(Was tue ich hier?) Sie machen ein Beefsteak, fürstliche Beefsteaks.

(Wie alt?) Sie haben mich ja ganz verrückt gemacht, muss ja immer weinen.

(Wann Geburtstag?) 31. 8.

(Sind Sie verheiratet?) Ja.

(Wie heisst Ihr Mann?) . . . Emma Hus.

(?) Kann ich nicht sagen, müssen Sie meinem Vater sagen.

(?) Ja Sie machen einen ja ganz wahnsinnig.

(Haben Sie Kinder?) Ja. — (Wie viel?) 1 (richtig). — (Name des-selben?) Habe ich immer gesagt, weiss ich nicht.

(Mädchen oder Junge?) Der Briefträger untersucht es . . . sie wissen nicht was.

(Heisst Ihr Mann M.?) Ja.

(Wie heissen Sie dann?) Elisabeth Lüthje.

(?) Dann heiss ich ebenso.

Bezeichnet die Heilbronnerschen Bilder jetzt meist richtig.

Bilder: (Ente.) Richtig.

(Hühner.) Richtig.

(Rad.) Ring . . . ne Fahrer.

(Rabe.) Vogel.

(Wo hier?) Weiss ich nicht.

(?) Lacht . . . Nervenklinik.

(Stadt?) In der Nervenklinik.

Knüpft an vorgesprochene Worte an:

(Gold.) Ja Gold.

(Himmel.) Himmel hoch . . . ich weiss es noch genau, was da ist.

(Hölle.) . . . Siegerkranz.

Soll ihren Namen aufschreiben, schreibt ihren Mädchennamen auf, ver-gisst Silben, weiss das Geburtsdatum nicht.

Liest ein kleines Gebet aus der Fibel richtig vor.

(Was haben Sie eben gelesen?) Ich . . . wusste Geburtstag nicht.

17. 3. 10. (Wo hier?) Ja in der Nervenklinik.

(Stadt?) Weiss ich nicht ganz genau.

(?) Ich will den Siegerkranz selbst haben . . . und die andern die Leute will ich alle weglassen.

(Monat?) Weiss ich nicht ganz genau.

(Tag?) Weiss ich nicht ganz genau.

(Jahreszeit?) Ich bin jetzt in der Nervenklinik.

Sagt zum Arzt: Ja Du bist mein Schwager.

(Wie heissen Sie?) Dora Hamann.

(?) Nein, das weiss ich nicht genau.

(Sind Sie verheiratet?) Nein, verheiratet bin ich nicht.

(Wie alt?) . . . Weiss ich nicht.

(Wann haben Sie Geburtstag?) Wie mein Bräutigam hier . . . .

wie . . .

(Wie heisst Ihr Mann?) Weiss ich nicht. . . . Sie machen mich immer so dumme Geschichten. Sie haben mich verklagt.

(Wie lange hier?) Weiss ich nicht . . . vom Kieler Markt . . . haben Sie mich immer was eingegeben.

(Weshalb hier?) Weiss ich nicht.

(Krank?) Ja.

(Was fehlt Ihnen?) Ach ich traue keinem Menschen mehr hier, ich laufe gleich weg.

(Hören Sie Stimmen?) Ja, ich höre jetzt.

(Was für welche?) Ja wir wären hier gleich alle weggestorben.

Liest auf Aufforderung eine kleine Geschichte vor, liest dann ohne Pause und ohne Verständnis gleich die nächste weiter.

Bilder: (Ente.) Richtig.

(Rabe.) Krähe.

(Licht.) Ne Lampe . . .

(Krug und Glas.) . . . das is ne Lampe . . . ich weiss nicht genau, dass da etwas versteckt is.

(Violine.) . . .

(Giesskanne.) . . . Scheint sehr ermüdet.

2. 4. 10. (Wo hier?) Ja ich weiss, ich soll es sagen.

(?) Ich bin im Streit in der Nervenklinik, und nu is die Tante Emma so böse, dass sie nichts mitgekriegt hat.

(Stadt?) Nervenklinik.

(?) . . .

(Wie lange in der Nervenklinik?) Schon lange und ich wollte immer aufspringen . . .

(?) Ich habe immer unten brummen müssen.

(Kennen Sie mich?) Meine Schwägerin, mein Schwager.

(Monat?) Weiss ich nicht.

(Jahr?) Weiss ich nicht.

(Wie alt?) Weiss ich nicht.

(Wie beissen Sie?) Stange heisst mein Vater (falsch).

(Vornamen?) Nennt ihren Vornamen . . . Nein . . .

(Sind Sie verheiratet?) Ja.

(Mit wem?) Weiss ich nicht . . .

(Kinder?) Ja.

(Wie viel?) Weiss ich auch nichs.

Gibt sehr langsam Antwort, starrt versunken vor sich hin, spricht ab und zu abgerissene Sätze. Macht ratlosen, traumhaft benommenen Eindruck. Hört beim Sprechen zuweilen mitten im Satz auf, versinkt dann wieder.

Bilder: (Kühe) . . .  
(Rabe.) Hahn.  
(Pferd.) Richtig.  
(Ente.) Hahn.  
(Rad.) Ich kann ebenso gut . . .  
(Fisch.) Richtig.  
(Leiter.) . . .  
(Schmetterling.) Das kann ich mir selbst, brauch ich mir gar nicht . . .

Feder.

Soll vorgehaltene Gegenstände bezeichnen:  
(Federhalter.) Lütje das is ein Ferder.  
(Tintefass.) . . . Das . . . is . . . ein Feder.  
(Knopf.) . . . Richtig.  
(Hand.) . . . Richtig.  
(Wo ist das Ohr?) . . .

Zunächst ist es bemerkenswert, dass die Orientierungsstörungen sehr weitgehend sind, sich nicht auf Ort, Zeit und Umgebung, sondern auch auf die eigene Person erstrecken: sie kann ihren Namen nicht angeben, nennt dafür irgend einen beliebigen fremden, zuweilen auch ihren Mädchennamen, sie weiss nicht, ob sie verheiratet ist, kann den Namen ihres Mannes nicht angeben, weiss nicht, wieviel Kinder sie hat. Sie sagte zwar richtig bei den letzten Expektorationen, dass sie in der Nervenklinik sei, zeigte aber im übrigen absolut kein Verständnis für ihre Umgebung und war auf anderen Gebieten so desorientiert, dass man annehmen muss, dass sie diese Antwort rein mechanisch gelernt hatte. Infolge der äusserst geringen Merkfähigkeit wechselten ihre Angaben fortwährend. Das ausserordentlich Inkohärente, Sprunghafte des Gedankenganges zeigte sich in den abgerissenen Aeusserungen, bei denen sie oft mitten im Satze stecken bleibt und auf etwas anderes übergeht, das mit dem ersten in keinem Zusammenhang steht. Auf Fragen, die erst gewöhnlich nach mehrfacher Wiederholung einigermassen aufgefasst werden, wird infolge der hochgradigen Störung aller Assoziationsleistungen irgend etwas Beliebiges, Sinnloses geantwortet, das in keinem Zusammenhang mit der Frage steht. Zuweilen machte die Kranke bei ihrer Unfähigkeit, die einfachsten Gegenstände zu bezeichnen, den Eindruck einer sensorisch Aphatischen. Bei alledem schien sie sich wirklich Mühe zu geben, um sich über die Umgebung zu orientieren und an sie gerichtete Fragen aufzufassen. Sehr ausgeprägt waren die auf Grund der illusionären Verfälschung des Wahrgenommenen aufgetretenen ängstlichen Wahnvor-

stellungen; sie jammert, was sie denn gesagt haben solle, sie hält schwarze Zeichnungen für Trauerbriefe, sagt zum Arzt, er mache immer falsche Entbindungen, sie sei in Kiel in die schlechte Strasse gekommen, es sei keine Nervenklinik hier, es werde ihr nur etwas vorgelogen. Ob neben diesem noch wirkliche Halluzinationen bestanden, ist nicht sicher nachzuweisen. Deutlich war auch das Hängenbleiben einzelner Vorstellungen, die immer wieder vorgebracht wurden. Im Anfang deutengewisse Aeusserungen wie „ihr habt mich ja alle verrückt gemacht, och hier sind alle verrückt, ganz verrückt bin ich schon“ usw. auf ein gewisses Krankheitsgefühl, auf eine gewisse Empfindung der Kranken dafür, dass sie sich über die Vorgänge in der Aussenwelt nicht klar werden kann.

Im weiteren Verlauf hielt die völlige Verwirrheit bei der Kranken noch an; es fehlte ihr jede Fähigkeit, sich über die Umgebung zu orientieren und noch jetzt verkennt sie vollständig die Personen der Umgebung. Geordnete Antworten waren von ihr bis in die letzte Zeit hinein nicht zu erhalten, vielmehr machte sie nur ganz inkohärente, sinnlose Aeusserungen. Auffallend ist der hochgradige Mangel an Merkfähigkeit, der zeitweise direkt das Bild der Korsakowschen Psychose hervorruft, sowie die Erinnerungs- und Gedächtnisdefekte: Sie kann auch jetzt noch nicht ihren Mädchennamen angeben, weiss nicht, dass sie verheiratet ist, dass sie ein Kind hat, wie ihr Heimatort heisst, wie lange sie hier ist. Dabei vergisst sie ein aus dem Buch vorgelesenes Stück sofort, kann Rechenaufgaben nicht behalten, nur die allereinfachsten Rechenaufgaben lösen. Als der Name ihres Geburts- und Wohnortes genannt wurde, schien nach einiger Zeit plötzlich einige Reminiszenzen aufzutauchen: sie gab an, wo ihre Mutter, wo ihr Vater wohnte. Bei längerer Exploration ermüdet sie sichtlich, ihre Angaben werden wieder ganz konfus, während im Beginn der Exploration doch einige richtige Antworten zu erhalten waren, was vielleicht auf eine Besserung hindeutet. Die Stimmung ist nach wie vor schwankend, bald heiter, bald heiter-läppisch, oft macht die Kranke auch einen apathischen teilnahmslosen Eindruck, ohne dass man aber von einer gemütlichen Abstumpfung bisher sprechen könnte. Trotzdem die Erkrankung bereits im 9. Monat besteht, kann eine Heilung doch noch nicht ausgeschlossen werden. Die Diagnose Amentia ist wohl nach dem bisherigen Verlauf trotz der langen Dauer ziemlich sicher, während eigentlich ausser einem zeitweise vorhandenen läppisch-albernen Wesen bisher nichts für Katatonie spricht. Die Möglichkeit eines ungeheilten Falles von Amentia kann hier auch nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden.

In dem zweiten unbestimmten Fall brach die Psychose fünf bis sieben Wochen nach einer wegen Placenta praevia mit starker Blutung

ausgeföhrten Totalexstirpation des Uterus mit den Adnexen aus. Sie begann mit heftiger Erregung und Verwirrtheit, mit Inkohärenz. Die Kranke ist heute noch völlig verwirrt, nach über 1 Jahr in einer Anstalt, ruhigere Zeiten wechselten mit erregteren. Auch hier liegen für die Annahme einer Katatonie nicht genügend Anhaltspunkte bisher vor, vielmehr würde der Verlauf eher für eine Amentia sprechen.

### Choreapsychosen.

Da die Choreapsychosen eine so grosse Aehnlichkeit mit den Formen der Amentiagruppe haben, wie in neuern Arbeiten von Viedenz, Bonhoeffer und mir nachgewiesen ist, mögen sie sich hier gleich anschliessen.

Eine Reihe von Tatsachen weist darauf hin, dass die Chorea gravidarum, wie auch von den meisten angenommen wird, mit der gewöhnlichen Chorea minor identisch ist. Zahlreiche Fälle von Chorea gravidarum haben schon in der Jugend eine Chorea minor durchgemacht (Ziemssen u. a.). Wie bei der Chorea minor lässt sich auch bei der Chorea gravidarum ein häufiger Zusammenhang zwischen Chorea, Endokarditis und Polyarthritis acuta nachweisen, nach Jolly ebenso häufig, wie bei der Chorea der Erwachsenen überhaupt. Kroner fand, dass bei 48 von 126 Fällen von Chorea gravidarum Jugendchorea, bei 19 Herz-erkrankungen, bei 31 Rheumatismus vorhergegangen war, French und Hicks konnten bei 19 von 29 Fällen Chorea und Rheumatismus anamnestisch feststellen. Dazu kommt ferner, dass nicht alle Fälle von Chorea gravidarum mit der Geburt ausheilen, sondern dieselbe lange überdauern und sogar noch letal ausgehen können wie Quensel in drei Fällen sah. Auch in einem unserer Fälle wurden die Zuckungen nach der Geburt geringer, hörten aber nicht auf, sondern steigerten sich einen Monat nach der Geburt zu einem so hohen Grade, wie sie vorher nie gewesen waren, auch kam es erneut zu dem Ausbruch einer Psychose. Vielfach heilt die Chorea auch vor Beendigung der Gravidität ab, nach Jolly sogar in den meisten Fällen. Kroner fand, dass von 151 Fällen 47 vor der Geburt, 31 durch die Geburt heilten. Von Schrocks Fällen liesen 41 vor der Geburt, 22 kurz nach der Geburt, 24 erst später ab. Alles dies deutet darauf hin, dass jedenfalls in vielen Fällen die Chorea gravidarum nicht allein von der Schwangerschaft abhängig ist und dass mit grosser Wahrscheinlichkeit Chorea gravidarum und Chorea minor identisch sind, die Gravidität also wohl nur eine Disposition schafft. Einzelne Eigentümlichkeiten bleiben aber doch der Chorea gravidarum vorbehalten: so die von Anton hervorgehobene Tatsache, dass der Prozentsatz der leichteren Formen bei der Chorea gravidarum ein viel

geringerer ist als bei der Chorea minor, dass bei der Chorea gravidarum häufiger Psychosen vorkommen sollen, wie bei der kindlichen Form. Immerhin ist die Identität eine sehr weitgehende und man muss notgedrungen auch die Chorea gravidarum auf dieselben oder wenigstens ähnliche ätiologische Momente zurückführen wie die Chorea minor. Bekanntlich neigt man in der neuern Zeit dazu, die Entstehung der Chorea minor auf eine Infektion zurückzuleiten (Leube, Koch, Bechterew, Heubner, Wollenberg, Strümpell, Möbius, Neumann, H. Meier, Cramer und Többen). Bechterew und Duckworth nehmen dasselbe bei der Chorea gravidarum an. Eine weitere Tatsache, die dafür spricht, ist: dass die bei Chorea minor wie die bei Chorea gravidarum auftretenden Psychosen sich genau gleichen, andererseits aber auch den Infektionspsychosen, der Amentia und den Infektionsdelirien ähneln.

Die Chorea gravidarum soll am häufigsten im Alter von 18 bis 23 Jahren entstehen (Frank, French und Hicks, Dakin und Ziemssen). Kroner fand Fälle im Alter von 15 bis 36 Jahren, unsere waren 21 bis 25 Jahre, einer 30 Jahre alt. Nach Gowers, Frank French und Hicks, Dakin, Ziemssen, Kroner überwiegen die Erstgebärenden: bei Kroner waren 69 pCt. Erstgebärende, bei French und Hicks 62 pCt. Unter unsrern Fällen waren keine Erstgebärende, 2 Zweitgebärende, 1 Viert- und 1 Fünftgebärende.

In den meisten Fällen soll die Chorea in der ersten Hälfte der Gravidität entstehen (Ziemssen, Anton, Dakin). Unsere Fälle begannen im 2., 3., 4. und 6. Monat der Gravidität.

Endogene Disposition liess sich einige Male nachweisen; ein Fall war schwer belastet, der Vater war Potator, die Mutter hatte angeblich seit der Kindheit an Veitstanz gelitten, ebenso hatte eine Schwester als Kind Chorea gehabt. Im übrigen waren ausser der Gravidität keine ätiologischen Momente weiter nachzuweisen. Auffallend ist, dass eine Frau, die in der 4. Gravidität erkrankte, bereits zweimal Totgeburten hatte und auch im 8. Monat der betreffenden Schwangerschaft wieder ein totes Kind gebar. Aus welchen Ursachen heraus so viele Todgeburten erfolgten, liess sich nicht feststellen. Anhaltspunkte für Lues waren nicht vorhanden. In der Literatur ist erwähnt, dass Chorea häufig zum Tode der Frucht führt, nicht aber, ob etwa der Fruchttod zuweilen vielleicht aus denselben Ursachen erfolgt, aus denen die Chorea entstanden ist. Nachforschungen in dieser Richtung wären wohl wünschenswert.

In den meisten Fällen von Chorea gravidarum lassen sich psychische Störungen nachweisen. Wie bei der Chorea minor kann man auch hier leichte und schwere psychische Störungen unterscheiden. Die leichteren

bestehen einerseits in einer erhöhten Reizbarkeit, einer stärkeren Reaktion auf äussere Reize, in Labilität der Stimmung mit Neigung zum Weinen, nach andern auch in einer gehobenen Stimmung, z. T. mit Neigung zu Zornausbrüchen (Kleist, Bonhoeffer), andererseits in Zeichen einer erhöhten zerebralen Erschöpfbarkeit wie: geringe geistige Leistungsfähigkeit, Gedächtnisschwäche, Herabsetzung der Merkfähigkeit, Mangel an Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeit, Zerstreutheit. Einzelne Patienten erscheinen wohl deswegen apathisch, stumpf, interesselos. Nach Kleist und Bonhoeffer soll jedoch diese Apathie, „der Mangel an Spontaneität“ auch primär vorkommen.

Weiter gibt es Fälle mit psychischen Störungen, die Uebergangsformen von den leichteren zu den schwereren darstellen. Nach Jolly kommt es bei solchen zu Tränen, Zornausbrüchen, Uebelnehmen, Missdeutungen, „deutlichen Ansätzen zum Verfolgungswahn“. Kleist erwähnt solche Fälle, die bereits Halluzinationen, Angstvorstellungen, hochgradige Affektbewegungen zeigen, auch Ruppel beschreibt Fälle mit flüchtigen Gesichtstäuschungen. Eine Kranke, die zu dieser Kategorie gehört und hier beobachtet wurde, bekam mit 21 Jahren im Beginn der zweiten Gravidität choreatische Zuckungen und wurde sehr reizbar. Im weiteren Verlauf der Erkrankung traten sehr heftige Affektausbrüche auf, heftiges Weinen bei der geringsten Gelegenheit, dann flüchtige Gesichtstäuschungen: Sehen von schwarzen Blumen, Ansätze zu wahnhaften Umdeutungen, wie man aus der Aeusserung der Patientin schliessen kann, sie werde immer voller, sie glaube, das komme von den Tropfen, die sie hier erhalten habe. Ihrer Umgebung gegenüber war die Kranke misstrauisch. Die ängstliche Stimmung herrschte vor, auch Ansätze zu ängstlichen Vorstellungen zeigten sich öfter. Diese Uebergangsfälle haben viel Aehnlichkeit mit dem von Liebermeister beschriebenen 2. Stadium der Fieberdelirien, bei dem die Kranken zu hypnagogem Halluzinieren, zum optischen Illusionieren neigen, die Stimmung sehr wechselt und profuses Weinen wie übertriebenes Lachen oft vorkommt.

In der Literatur über die ausgesprochenen Psychosen bei Chorea minor herrschten bis vor kurzem noch grosse Differenzen. Von Ruhemann, Dixon, Fiedler, Siemerling, Kröner sind deliriantartige Bilder beschrieben worden, bei denen auch tobsüchtige Erregungen beobachtet wurden. Festenberg, Bonhoeffer sahen auch Bilder mit manisch gehobener Stimmung, Ideenflucht, die sich schliesslich zu inkohärenter Verwirrtheit steigerte, wie sie auch bei den Infektionspsychosen vorkommen. Möbius, Wollenberg schlossen aus ihren Beobachtungen, dass die Psychosen bei Chorea minor den toxischen Delirien gleichen, Viedenz und ich, dass teils amentiaartige, teils

delirienartige Bilder ähnlich den Infektionspsychosen vorkommen, wie wir es zuweilen in einem Fall sahen, ebenfalls verbunden mit epileptiformen Erregungen.

Die 4 hier in Betracht kommenden Fälle von Chorea minor sind bereits in einer früheren Arbeit verwandt, trotzdem sei aber Fall 7 als gutes Beispiel noch einmal mitgeteilt: Es kam hier, nachdem die etwas imbezille 24jährige Frau im 3. oder 4. Monat der 4. Gravidität an Chorea erkrankt war, im weiteren Verlauf zu einer ängstlichen Verstimmung, wohl dadurch zu einem etwas zurückhaltenden Wesen, zu Angstvorstellungen, zur illusionären Verfälschung des Wahrgenommenen, zu Halluzinationen, hauptsächlich Gehörstäuschungen. Im Anfang wurden auch hochgradige Affektausbrüche, wie „Schreianfälle, Lachkrämpfe“ vom Manne beobachtet, ähnlich wie wir sie bei den Uebergangsfällen sahen. Die Kranke wollte keine Erinnerung an diese Ausbrüche haben. Die Gehörstäuschungen waren meist ängstlichen beschimpfenden Inhalts: So hörte die Kranke sagen, sie sei unheilbar, müsse mit Peitschen geschlagen werden, sie stinke; bei dem späteren Rezidiv, das ähnlich verlief, hörte sie: Sie solle sich schämen, sie solle unschuldig hingerichtet werden, es sei Gift im Essen, der Hals solle ihr abgeschnitten werden, die Pulsadern geöffnet, die Augen ausgestochen werden. Die besonders für die Chorea psychosen charakteristischen, auch schon von Wollenberg, Bonhoeffer erwähnten, infolge der zahlreichen Kontraktionen, den dauernden Bewegungen und der dadurch hervorgerufenen Hauthyperämie entstehenden Sensationen waren hier besonders häufig: Die Kranke glaubte, die Blase springe, die Geburt gehe los, sie verblute, verbrenne. Vom Verbrennen wurde gerade dann besonders gesprochen, wenn die Zuckungen am stärksten waren. Dass vermischt mit den übrigen auch Geruchs-, Gesichts-, Geschmackstäuschungen bestanden haben, zeigen Aeusserungen wie: Es sei Gift im Essen, das ganze Zimmer sei voll Rauch und Feuer, sie, die Patientin stinke. Mehrfach nahmen die Halluzinationen mit vorübergehender Steigerung der Zuckungen zu. Oft machte es den Eindruck, als wenn es sich nicht um echte Halluzinationen, sondern mehr um Illusionen handelte. — Die Zuckungen begannen bald nach der Entlassung wieder, hielten in leichterem Grade bis zur Geburt an, besserten sich danach, wurden aber einen Monat später wieder viel schlimmer. Ausgesprochne psychische Störungen begannen erst jetzt wieder. Gegenüber dem misstrauischen Verhalten bei der ersten Erkrankung überwog jetzt eine mehr ängstliche Stimmungslage. Bei der hochgradigen Unruhe hatte die psychische Störung dieses Mal vorübergehend einen delirienartigen Charakter. Auf eine Bewusstseinstrübung konnte nur aus der dauernden illusionären Ver-

kennung der Aussenwelt geschlossen werden. Eine eigentliche Desorientiertheit liess sich nicht nachweisen, trotzdem kann man sich aber des Eindrucks nicht erwehren, als wenn eine solche doch ganz vorübergehend bestanden hat, wenigstens zur Zeit der hochgradigsten Unruhe. Mit Abklingen der Zuckungen hörten die Halluzinationen langsam auf, es blieb jedoch ein misstrauisches Wesen mit Neigung zu wahnhaften Umdeutungen genau wie bei der Amentia noch längere Zeit bestehen. Der ganze Verlauf war nicht genau wie der der Amentia, die Bewusstseinstrübung war nur vorübergehend deutlich, die Verwirrtheit nicht so hochgradig, trotzdem aber besteht eine gewisse Aehnlichkeit sowohl mit der Amentia wie auch episodenweise mit den Delirien.

Eine kürzere delirienartige Verwirrtheit, bei der die Bewusstseinstrübung jedoch auch nicht so tief war, wie bei den gewöhnlichen Delirien, setzte in einem anderen Falle, bei dem die Zuckungen und eine sich steigernde Reizbarkeit bereits einige Monate bestanden hatten und zwei Tage vor der Geburt Neigung zur wahnhaften Verkennung der Aussenwelt, Angstvorstellungen bemerkt waren, bei Beginn der Wehen mit lebhafter Erregung, angstvollem Fortdrängen, illusionären Geschmacks- und Geruchstäuschungen ein. Bereits einige Stunden nach der Geburt stellte sich wieder Beruhigung und mehr Klarheit ein, die ängstliche Verstimmung, das misstrauische Wesen schwanden jedoch erst mit Aufhören der Zuckungen 6 Tage nach der Geburt. Es handelt sich hier also um einen transitorischen Verwirrtheitzustand während der Geburt bei Chorea.

Bei den Infektionsdelirien sahen wir Bilder, die grosse Aehnlichkeit mit epileptiformen Erregungen hatten. Auch bei der Chorea kommen solche Erregungen vor, wie Fall 8 zeigt: Die Erkrankung begann hier zunächst genau wie in den anderen Fällen, indem sich zu den im 4. Monat entstandenen Zuckungen allmählich eine ängstliche Verstimmung, Angstvorstellungen, illusionäre Verfälschung des Wahrgenommenen und schliesslich Halluzinationen, hauptsächlich Gehörstäuschungen gesellten; die Orientierung blieb zunächst erhalten. Das Bild änderte sich aber dann vollständig, indem sehr hochgradige ängstliche Erregungen ausbrachen, die erst noch auf Zuspruch schwanden, dann aber ohne jeden äusseren Anlass mit sinnloser Aggressivität und tiefer Bewusstseinstrübung auftraten. Die Lichtreaktion der Pupillen war dabei erloschen, was aber auf Duboisinwirkung beruhen kann. Nach Ablauf der Erregungen bestand völlige Amnesie. Sie wiederholten sich in der Nacht und am nächsten Vormittag noch 4 mal, bis schliesslich unter starker Temperaturerhöhung der Exitus eintrat. Die Wahrscheinlichkeit des Vorliegens epileptiformer Erregungen wird noch vermehrt durch die

Tatsache, dass die Kranke zu Hause einen kurzen „Ohnmachtsanfall“ von einer Minute Dauer, bei dem „sie sich streckte“, also wahrscheinlich einen epileptischen Anfall gehabt haben soll. Ein weiterer Anfall ist möglicherweise in der Klinik unbemerkt aufgetreten, da sie tief benommen mit einer Bisswunde an der Zunge gefunden wurde, Stuhl und Urin waren dabei unbemerkt abgegangen. Die sinnlose Gewalttätigkeit bei diesen Erregungen trägt ebenfalls einen epileptischen Charakter. Das Vorkommen epileptischer Anfälle ist auch von Gowers, Koch, Sachs und anderen beschrieben.

Neben den eben beschriebenen können bei der Chorea minor auch stuporöse Amentiaformen auftreten. Erwähnt sei, dass der Höhepunkt der Psychose nicht immer mit der grössten Intensität der Zuckungen zusammentrifft, und dass die Psychose nicht immer mit den Zuckungen aufhört, wie ein Fall von Bloch zeigt.

Immer wieder ist in der Literatur auf die schlechte Prognose der Chorea gravidarum hingewiesen worden, auf die hohe Mortalitätsziffer und die daraus zu ziehenden Konsequenzen, wie Einleitung der künstlichen Frühgeburt. Die Mortalität beträgt nach:

Buist (s. Pilcz)	17,6	pCt.
Wenzel (s. Ziemssen)	27,3	"
Gowers	20—25	"
Kroner	21,9	"
Tarnier (s. Pilcz)	20	"
Lantos („ „ )	27,4	" (auf Grund engl. Statistiken)
Damberg (s. Windscheid)	29	"
Müller („ „ )	32	"
Fehling („ „ )	28	"
Zweifel	25	"
Schrock	22	" (nach Fällen aus d. Literatur)
Frank	23,6	" ( „ „ „ „ )
Oui	17—25	" (nach französischen Autoren)
French und Hicks	7—10	"

Ruhemann dagegen meint, dass die Prognose quoad vitam günstig sei, der Tod erfolge fast nie durch die Chorea selbst, sondern durch Komplikationen. Auch Fiedlers Fälle starben alle an septischen Erscheinungen, 2 infolge Endo- und Perikarditis. Oui hält die Mortalität von 17—25 pCt. bei den französischen Autoren für zu hoch gegriffen und French und Hicks glauben, dass die Prognose im allgemeinen als zu ungünstig hingestellt sei. Frank dagegen konstatierte keine Abnahme der Mortalität. Da aber die meisten Statistiken auf alten Fällen

aus der Literatur beruhen und da die neuere von French und Hicks erheblich bessere Zahlen aufweist, kann man auf eine Abnahme der Mortalität schliessen. Vorsicht in der Beurteilung scheint aber immerhin im Hinblick auf unseren so rapide verlaufenden Fall geboten. Die drei anderen kamen zur Heilung, die bei zweien, über die Nachricht zu erhalten war, drei Jahre dauert. Die geistige Störung hat hier keine Spuren hinterlassen. — Besonders günstig sollen die Fälle verlaufen, bei denen eine Jugendchorea vorherging (Ruhemann, Schrock), ungünstiger die, bei denen schon in früheren Graviditäten Chorea aufgetreten (Schrock, Martin), die sieberten (French und Hicks), bei denen die Bewegungen im Schlaf fortbestehen, ausgesprochene psychische Störungen, Komplikationen mit Anämie und Ernährungsstörungen auftreten (Oui). Auch das höhere Alter soll die Prognose ungünstig beeinflussen.

#### Eklamptische Psychosen.

Es gehört nicht in den Rahmen dieser Arbeit, auf die Aetiologie der Eklampsie näher einzugehen. Die eigentliche Ursache ist bekanntlich noch nicht gefunden, aber allgemein wird jetzt doch eine Autoxikation in dem durch die Schwangerschaft veränderten Organismus der Mutter als sehr wahrscheinlich angenommen. Man kann daher die Eklampsiepsychosen zu den symptomatischen Psychosen rechnen.

Martin fand bei 2,4 pCt. der Fälle von Eklampsie eine Psychose, Olshausen bei 5,5 pCt., Braun (s. Weebers) bei 8,33 pCt., Wiegers (s. Weebers) bei 7,14 pCt. Unter den Generationspsychosen fand Siemering 5,4 pCt. eklamptische Psychosen, Knauer 3,17 pCt. Diese geringen Prozentsätze und das teilweise vollkommene Fehlen der Eklampsiepsychosen in neueren Statistiken lässt sich daraus erklären, dass diese Psychosen meist schnell vorübergehen, daher meist nur in geburtshilflichen Anstalten oder in der Praxis draussen beobachtet werden, aber nicht zur Aufnahme in Irrenanstalten kommen. Unter unseren Generationspsychosen fanden sich 5—4,55 pCt. eklamptische Psychosen, von denen aber zwei aus der Göttinger Frauenklinik stammten. Zwei standen im 21. Lebensjahr, drei im 35.—44. Zwei waren Erstgebärende, eine Zweit- und eine Viertgebärende. Bei einer war die Zahl der Geburten unbekannt. Nach Olshausen überwiegen im allgemeinen die Erstgebärenden. Heredität oder sonstige endogene ätiologische Momente fanden sich in den drei Fällen, bei denen speziell danach geforscht war, nicht, ebenso wenig wie exogene. In zwei Fällen brachen die eklamptischen Anfälle kurze Zeit nach der Entbindung, in einem 24 Stunden danach, in zwei während derselben aus.

Die Psychose beginnt nach Olshausen meist 1—2 Tage nach dem Erwachen aus dem Koma, zuweilen auch gleich nach dem Erwachen aus dem Koma (Olshausen, Alexander, Fürstner, Hoppe, Sander) und schliesslich zuweilen gleich nach den Anfällen oder zwischen den Anfällen (Hoppe, Siemerling). Bei einer Kranken Heilbronnern traten schon vor den Anfällen im 7. Monat der Gravidität Erregungszustände auf, ein Tag nach dem Erwachen kam es dann zu lange dauernden psychischen Störungen. Auch bei dreien unserer Fälle waren die psychischen Störungen gleich nach dem Erwachen aus dem Koma deutlich, in einem von ihnen waren aber auch schon psychische Störungen zwischen den Anfällen bemerkt. In einem 4. Fall begannen die psychischen Störungen erst  $1\frac{1}{2}$  Tage nach dem Erwachen aus dem Koma und in einem 5., bei dem 10 Tage nach dem Auftreten der ersten Anfälle erneute Krämpfe begannen, zeigten sich die psychischen Störungen erst während dieser zweiten Anfallsserie. Da die meisten Eklampsien während der Geburt zum Ausbruch kommen, fallen die psychischen Störungen meist in die ersten Tage des Wochenbettes. — Siemerling und Olshausen sahen ein periodisch gehäuftes [Auftreten vom Eklampsiepsychosen.

Als Formen der Eklampsiepsychosen wurden in älteren Arbeiten (Weebers, Fritz) einfach Tobsucht, Manie, Verblödung angegeben oder sie wurden, wie heute noch in England (Watt), unter den Sammelbegriff „Puerperalmanie“ gefasst. Fürstner erst trennte sie von den übrigen Formen ab. Fürstner, Olshausen, Hoppe, Sander beschrieben halluzinatorische Erregungen mit Verwirrtheit und nachfolgender Amnesie, Siemerling halluzinatorische Delirien von kürzerer oder längerer Dauer, Study, Knauer tobsüchtige Erregungen. In dem Heilbronnernschen Fall bestand Verwirrtheit mit Rededrang, Echolalie, Perseverieren, Ablenkbarkeit und Halluzinationen. Meist läuft die Geistesstörung in wenigen Tagen ab, Siemerling sah aber auch ungünstigen Ausgang in ein unheilbares Stadium der Verwirrtheit. Selten soll nach Olshausen eine mehrmonatige Dauer sein.

Als Beispiel dieser Psychosen sei Fall 9 angeführt: Bei der 36jähr. Zweitgebärenden traten bei der Nachgeburt die eklamptischen Anfälle auf, nachdem bereits in der Gravidität Eiweiss im Urin ausgeschieden und über Kopfschmerzen geklagt wor. Die Anfälle wiederholten sich 16 mal, in den Zwischenzeiten war die Kranke komatos. In der Nacht nach dem Aufhören der Anfälle wurde die Kranke unruhig, verwirrt, war desorientiert, schwer besinnlich, verkannte die Umgebung, hatte schreckhafte Gesichts- und Gehörstörungen, äusserte Beeinträchtigungsideen. Im allgemeinen herrschte ein apathisches Verhalten vor,

aus dem die Kranke zuweilen aufschreckte. Halluzinationen und Wahnvorstellungen trugen wie bei den Delirien einen sehr flüchtigen Charakter. Deutlich nachzuweisen war die Herabsetzung der Merkfähigkeit. Die beginnende Aufhellung wurde durch das Hinzutreten eines Erysipels augenscheinlich etwas verzögert. Die ganze Psychose dauerte 14 Tage. Nach Ablauf des Erysipels wurde die Kranke sofort klar. Seit 2 $\frac{1}{2}$  Jahren ist sie völlig gesund geblieben, auch bei einem Abort sind keine Anfälle wieder aufgetreten.

Bei den übrigen Fällen war die Krankheitsform fast genau ebenso. Bei zweien war wegen der Anfälle die künstliche Entbindung durch vaginalen resp. abdominalen Kaiserschnitt ausgeführt worden, das Kind aber schon tot gefunden. In allen Fällen fand sich Albumen, bei 3 auch granulierte Zylinder. Die psychische Störung schien auf Grund der noch von den Anfällen herrührenden Bewusstseinstrübung zu entstehen. Die Halluzinationen waren immer ängstlicher, schreckhafter Art, meist Gehörs- und Gesichtstäuschungen, vermischt mit Illusionen, Angstvorstellungen, Beeinträchtigungsideen. Alles hatte einen sehr flüchtigen Charakter wie bei den echten Delirien. Nur bei einer Frau war nichts von Halluzinationen zu bemerken. Die Kranke war aber unruhig, zeigte ebenfalls Bewusstseinstrübung, ausserdem deutliche Neigung zum Perseverieren beim Sprechen und Lesen. Eine gewisse Unruhe zeigte sich ausserdem in 2 anderen Fällen, zuweilen verbunden mit einem deutlichen Rededrang. Auffallend ist, dass bei 3 ein gewisses Gefühl der Unsicherheit, des Schwindels bestand: die eine Kranke äusserte: „jetzt schwebt ich wieder, die Bettstelle fällt um“. Später gab sie an, sie habe das Gefühl gehabt, als wenn alles im Bett hochgehe, als wenn sie gegen die Decke gehoben würde. Siemerling hat angegeben, dass er die hochgradige Gewalttätigkeit, die plötzlichen Suizidversuche der Epileptiker bei diesen Verwirrtheitszuständen vermisste. Nur eine unserer Kranken wurde etwas erregt und aggressiv. Andere Autoren fanden, dass die Halluzinationen und Wahnideen nicht einen derartig religiösen Charakter trugen, wie häufig bei den Epileptikern. Auch in unseren Fällen wurde diese religiöse Färbung ganz vermischt. Die Aufhellung begann nach einigen Tagen. Zuweilen schwankten die Angaben über Orientierung längere Zeit, um dann endgültig korrigiert zu werden. In 2 Fällen, bei denen diesbezügliche Explorationsen angestellt waren, liess sich ausgesprochene retrograde Amnesie nachweisen. Die Kranken konnten sich nicht an die Geburt erinnern, obwohl die Anfälle erst nach derselben ausbrachen. Die Erinnerung an die Verwirrtheit selbst war nur sehr summarisch. Die psychischen Störungen dauerten 6—8 Tage, nur bei dem Mädchen, bei

dem dieselben erst nach der zweiten Serie von Anfällen 10 Tage nach der Geburt begannen, dauerten sie 3 Wochen, waren aber der Form nach ebenso wie die übrigen.

Die grosse Gruppe der symptomatischen Generationspsychosen ist mit den Eklampsiepsychosen abgeschlossen. Alle diese verschiedenen Formen haben doch eine gewisse Aehnlichkeit mit einander und viele Züge gemeinsam. Als Grundlage besteht bei allen die mehr oder minder tiefe Bewusstseinstrübung, auf deren Boden dann die übrigen Krankheitserscheinungen, wie Inkohärenz, Herabsetzung der Merkfähigkeit, Orientierungsstörungen, illusionäre Verkennung des Wahrgekommenen, Halluzinationen, Wahnideen, Hemmungs- und Erregungszustände erwachsen.

### **Idiopathische Psychosen.**

#### **Katatoniegruppe.**

Das, was heute unter dem Namen Katatonie verstanden wird, hat sich im Laufe der zwei letzten Jahrzehnte aus der von Kahlbaum gegebenen Beschreibung entwickelt. Kahlbaum verstand unter Katatonie eine „Gehirnkrankheit mit zyklisch wechselndem Verlauf, bei der die psychischen Symptome „der Reihe nach das Bild der Melancholie, der Manie, der Stupesenz, der Verwirrtheit, des Blödsinns bieten“; von diesem psychischen Gesamtbild sollten aber eine oder mehrere Phasen fehlen können. Neben den psychischen Symptomen erscheinen, wie Kahlbaum sagt, Vorgänge im motorischen Nervensystem mit dem allgemeinen Charakter des Krampfes als wesentliches Symptom. Kraepelin, der die Zusammengehörigkeit sämtlicher von Kahlbaum aufgestellter Krankheitsbilder bezweifelte, erkennt doch die grössere Mehrzahl jener Fälle als Beispiele einer eigenartigen Krankheitsform an. Er fasste diese Krankheitsform mit den von Hecker und Daraskiewicz beschriebenen Bildern der Hebephrenie und mit zahlreichen Formen der Paranoia, bei denen neben einer sich rasch entwickelnden psychischen Schwäche unter vollkommen erhaltener Besonnenheit Wahnvorstellungen und meist auch Sinnestäuschungen viele Jahre hindurch das hervorstechendste Symptom bilden, zu der grossen Gruppe der Dementia praecox zusammen. Wie der Name sagt, soll die Eigentümlichkeit dieser in dem überwiegenden Auftreten in jugendlichem Alter, sowie dem Ausgang in eigentümliche Schwächezustände bestehen. Mucha, Ilberg, Aschaffenburg, Gaupp, Moravcsick, Jahrmärker, Reichardt u. a. sind der Ansicht, dass die Dementia praecox, also auch die Katatonien, immer in Verblödung übergehen. Gaupp glaubt sogar, dass diagnostische Irrtümer vorliegen, wenn angeblich einmal

die Katatonie günstig ausgehe, und Reichardt meint ebenso: „Wenn die Dementia praecox günstig ausgeht, war es keine Dementia praecox“. Jahrmarkter, der ebenfalls nicht an eine völlige Heilung glaubt, gibt aber zu, dass sich einzelne Dementia praecox-Fälle in staunenerregender Weise erholen können, dass die Besserung in einigen Fällen so weitgehend war, „dass sie als Genesung imponieren konnte“. Bleuler spricht sogar bei Fällen mit offensichtlicher Heilung von latenter Demenz; Kraepelin, der die Möglichkeit der Heilung in einer kleinen Anzahl von Fällen zugibt, fügt noch hinzu, dass die tatsächlich vorliegenden Beobachtungen wegen Unsicherheit der Diagnose und aus anderen Gründen für anfechtbar gehalten werden. Häufiger sei jedenfalls die Heilung mit Defekt, bei der nach Verschwinden sämtlicher Krankheitszeichen eine einfache gradweise Abschwächung der psychischen Leistungen, wie Abnahme des Verstandes, gemütliche Abstumpfung, Einbusse der Willensfestigkeit und Tatkraft zurückbleibe.

Allen diesem gegenüber ist von Schüle, E. Meyer, Raecke, Thomsen u. a. geltend gemacht worden, dass wirkliche Heilungen in grösserer Anzahl vorkommen, und dass auch Fälle, die noch leichtere Eigentümlichkeiten und nervöse Beschwerden zeigen, Fälle, in denen vielfach ein „Defekt“ angenommen wurde, doch als geheilt in praktischem Sinne zu gelten hätten. Unter dem, was von manchen als Dementia praecox verstanden wird, finden sich nun ihrem Verlauf nach sehr verschiedene Krankheitsbilder, die hauptsächlich des gemeinsamen Ausgangs in Verblödung wegen zu dieser Gruppe gezählt waren. Man wird nun, wenn die Tatsache eines gemeinsamen Ausgangs bei manchen fortfällt, noch leichter geneigt sein, kleinere Gruppen, einheitlichere Untergruppen zu schaffen, wie ja auch Raecke, Cramer und Kraepelin selbst auf diese Forderung hingewiesen haben. Zunächst ist deshalb hier die Paranoiaform, die zwar sehr langsam in eine Art Schwachsinn übergeht, aber doch keine katatonen Symptome aufweist, ganz unabhängig von der Katatonie gelassen, während die, die zwar zeitweise paranoisch erschienen, bei denen aber ein rapider Zerfall mit hochgradiger Zerfahrenheit und teilweise auch katatonen Erscheinungen sehr schnell auftrat, zur Katatonie gerechnet wurden. Die Katatonie lässt sich dann noch in mehrere kleine Untergruppen einteilen, weshalb hier nur von einer „Katatoniegruppe“ gesprochen sei. Es besteht bei dieser Methode nur die Schwierigkeit, dass in einer Reihe von Fällen bereits früher Schübe aufgetreten waren, über deren Form nichts Näheres zu erfahren war. Da aber die einzelnen Schübe sich in ihren Formen vielfach gleichen und man öfter, weil in der Zwischenzeit völlige Gesundheit herrschte, eher von erneuter Erkrankung als von „Schub“

sprechen konnte, wurde die Einteilung nach der gerade vorliegenden im Generationsgeschäft entstandenen Form vorgenommen.

Kraepelin fand, dass eine grosse Anzahl seiner Fälle, nämlich 24 pCt. in ätiologischem Zusammenhang mit Gravidität und Wochenbett standen. Die Katatonie ist auch unter den Generationspsychosen mit der grössten Anzahl vertreten, selbst in den Arbeiten, in denen die Katatonie sehr eng umgrenzt wurde. Es fanden nämlich:

Winter unter den Generationspsychosen 55,07 pCt. Katatonien

Aschaffenburg " 38,89 "

Herzer " 48,41 "

E. Meyer " 31,37 "

(nur P.-P. und L.-P.)

Quensel " 38,14 pCt. Katatonien

in Kiel fanden sich " 41=37,27 "

Aetiologisch liess sich bei unserer Katatoniegruppe folgendes feststellen. Es fanden sich:

8=19,51 pCt. Graviditätskatatonien,

29=71,46 " Puerperalkatatonien,

4= 9,03 " Laktationskatatonien.

Weil in der Gravidität schwächende und infektiöse Momente keine oder nur un wesentliche Bedeutung haben, fehlen die symptomatischen Psychosen fast ganz, während die idiopathischen an ihre Stelle treten und die Katatonie und die Hysteriepsychosen überwiegen. Da äussere schädigende Momente bei den Katatonien nur eine geringe Rolle spielen, brachen sie auch nicht so überwiegend häufig in einer Zeit aus, in der die Schädigungen der Geburt am meisten noch nachwirken. 16=39,02 pCt. begannen in der ersten, 4=9,75 pCt. in der zweiten Woche nach der Geburt, also 48,77 pCt. in den ersten beiden Wochen, während 17,07 pCt. später in der 3., 4. und 5. Woche, von den Graviditätskatatonien 3 im Beginn, 5 am Ende der Schwangerschaft, von den 4 Laktationspsychosen 1 im 2. Monat, 3 im 4. und 5. Monat ausbrachen.

Es fanden sich weiter 12=29,27 pCt. Erstgebärende, also erheblich weniger als bei den Amentiafällen. Weiter waren:

6=14,59 pCt. 2. Gebärende,

11=26,83 " 3. "

4 " 4. "

1 " 6. "

2 " 7. "

1 " 8. "

1 " 9. "

Im ganzen sind also  $26=63,41$  pCt. Mehrgebärende. In einem Fall liess sich die Zahl der Geburten nicht sicher feststellen. Unter den Erstgebärenden findet sich nur eine Graviditätskatatonie, keine Laktationskatatonie. Bei den Erstgebärenden entstehen die Katatonien also überwiegend im Puerperium.

16 Katatonien befanden sich im Alter unter 25 Jahren,  
14      "      "      "      "      von 25—30 Jahren,  
30=73,71 pCt.      "      "      "      bis zu 30 Jahren.

Trotzdem also die Erstgebärenden so viel weniger hier vertreten sind, als bei der Amentia, überwiegt bei der Katatonie doch das jugendliche Alter. Es scheinen also hauptsächlich junge Mehrgebärende von der Katatonie betroffen zu werden. Die Mehrzahl der Graviditätskatatonien dagegen stand im Alter über 30 Jahre.

Die exogenen Schädigungen, die bei den Katatoniefällen nachzuweisen waren, sind folgende:

	Infektionen		Schwere Geburt	Blutungen	Aufregung	Fieberhafte Erkrankungen
	schwere	leichte				
G.-P. . .	—	—	—	1	1	—
P.-P. . .	2	4	2	1	2	4
L.-P. . .	—	—	—	1	1	—
Summa	2	4	2	3	4	4

Bei den mit „leichter Infektion“ bezeichneten Fällen bestand einige Tage nach der Geburt Fieber, wohl infolge leichter Infektion, zweimal sicher infolge Retention von Plazentarstücken. Bei den zwei schweren Infektionen handelte es sich einmal um eine schwere puerperale gonorrhoeische Allgemeininfektion, ein ander Mal um eine schwere septische Endometritis mit Fieber über 40, das bald auf geeignete Behandlung abfiel. Bei den Fällen mit schweren Geburten handelte es sich einmal um eine 27jährige Frau, die bereits 6 Geburten vorher durchgemacht hatte, darunter vier Totgeburten und eine Zangengeburt, bei der dann wegen engen Beckens die künstliche Frühgeburt im 8. Monat eingeleitet wurde. Schon dadurch sehr erschöpft, wurde sie durch viele Arbeit mit dem Kinde noch mehr mitgenommen, bis nach 5 Wochen die Psychose ausbrach. In dem zweiten Fall hatte die Kranke eine schwere Zangengeburt vor Ausbruch der Psychose durchgemacht. Bei der einen Graviditätskatatonie hatten sich schon vor Eintritt des Abortes Prodromal-

symptome gezeigt, die Psychose brach aber erst nach Eintritt des mit schweren Blutungen einhergehenden Abortes aus. Die eine Laktationskatatonie entstand bei einer Kranken, die schon während der Geburt schwere Blutungen durchgemacht hatte und dadurch sowie durch das Stillen ziemlich erschöpft war. Die psychischen Erregungen, nach denen die Psychose zum Ausbruch kam, bestanden bei der Graviditätskatatonie in einem heftigen Schreck, in den zwei puerperalen Fällen in starken gemütlichen Erregungen und Sorgen bei ausserehelich Gebärenden, bei der Laktationskatatonie entstanden sie infolge Zwistigkeiten mit dem Mann, von dem die Kranke sehr misshandelt wurde. 4 mal brach die Katatonie nach fiebigen Erkrankungen nämlich nach Mastitis, schwerer Nephritis in der Gravidität, Pneumonie und Krampfaderentzündung aus. Einmal hatten Blutung und Infektion gleichzeitig auf die Kranke eingewirkt. Im ganzen liessen sich also bei  $18 = 43,90$  pCt. exogene ätiologische Momente nachweisen.

Ueber Belastung, Disposition, frühere Erkrankungen gibt folgende Zusammenstellung Aufschluss.

	Heredität		Disposition	Frühere psychische Erkrankungen
	schwere	leichte		
G.-P. .	2	2	—	4
P.-P. .	10	3	6	7
L.-P. .	—	—	—	—
Summa	12	5	6	11

Ein Teil der als „disponiert“ Bezeichneten war von Haus aus schwachsinnig, andere waren früher schon auffallend gewesen, hatten nervöse Erscheinungen gehabt. 7 von den Belasteten waren früher schon psychisch krank, 2 ausserdem disponiert. Im ganzen waren belastet, früher psychisch krank gewesen oder disponiert  $24 = 58,54$  pCt. Ilberg fand bei den Katatonikern 45 pCt. belastet, Kraepelin bei den Dementia praecox-Fällen 70 pCt. Herzer fand bei den puerperalen Katatonien eine Belastung von 55 pCt., was also etwa der Gesamtsumme von Belastung, Disposition und früheren psychischen Krankheiten bei uns entsprechen würde. Es überwiegen also hier im Gegensatz zur Amentia die endogenen ätiologischen Momente. — Weiter ist zu erwähnen, dass bei zwei Frauen die Psychose nach Aborten ausbrach, dass bei zwei anderen Totgeburten infolge schwerer Geburt und schwerer Nephritis stattgefunden hatten.  $4 = 9,76$  pCt. der Katatoniefälle hatten ausserehelich

lich geboren. 3 Patienten stammten aus den gebildeten Ständen, die übrigen aus den mittleren und unteren Volksschichten. Bei der Amentia dagegen waren nur Patienten der letzteren Kategorie vertreten, da sie eben abhängiger von äusseren schädigenden Momenten ist. 15 von den Puerperalkatatonien stillten kürzere oder längere Zeit, davon 4 über den Beginn der Psychose hinaus. Von den Graviditätskatatonien stillten 3 trotz der Psychose kurze Zeit. — Nur bei 5 Katatonien liessen sich weder exogene noch endogene schädigende Momente nachweisen.

Symptomatologisch zerfallen unsere Katatonien in vier Gruppen in einer erregt-verwirrten Form, eine Form mit Stupor oder ausgeprägt katatonen Erregungen, eine paranoide und eine depressive Form. Folgende Tabelle gibt eine Uebersicht über die Verteilung der Fälle in diesen vier Gruppen:

	Erregt-verwirrte Formen	Stuporöse und kataton-erregte Formen	Paranoide Formen	Depressive Formen	Summa
G.-P. .	2	—	3	3	8
P.-P. .	5	12	3	9	29
L.-P. .	1	2	—	1	4
	8=19,51 pCt.	14=31,15 pCt.	6=14,63 pCt.	13=31,7 pCt.	41

Auch hier gilt das bei der Amentiagruppe Gesagte, dass nämlich die bei der einen Gruppe überwiegenden Symptome auch bei den anderen vorkommen können, aber doch sehr zurücktreten.

**Erregt-verwirrte Form:** Drei von diesen waren belastet oder früher krank gewesen, nämlich eine Graviditäts- und zwei Puerperalpsychosen. Bei fünf, also der Mehrzahl lagen dagegen exogene ätiologische Momente vor, wie schwere Blutungen, Infektion, fieberhafte Erkrankung, Gemütsbewegung. Dieses Ueberwiegen der exogenen ätiologischen Momente bei dieser Psychosenform ist auffallend.

In allen Fällen brach nach einigen Prodromalsymptomen meist subakut eine heftige Erregung mit Verwirrtheit aus. Die Erregung wechselte in zwei Fällen gleich im Beginn mit stuporösen Zuständen ab. Die Erregung war mit heftiger motorischer Unruhe und ausgesprochenem Rededrang verbunden: die Kranken sprachen fortwährend zusammenhangslos, sangen, beteten. Die eine rief ununterbrochen den Namen einer Verwandten, eine zweite sprach pathetisch in

hochtrabenden Sätzen, eine dritte halb singend in eigentümlichen Rhythmen. Dabei bestand in allen Fällen mehr oder weniger lange Bewusstseinstrübung mit Desorientiertheit, Personenverkennung, teilweise mit Herabsetzung der Merkfähigkeit, illusionärer Verkennung der Umgebung. Es kann hier die Ansicht Ursteins bestätigt werden, dass tatsächlich auch bei der Katatonie vorübergehend Herabsetzung der Merkfähigkeit vorkommen kann. Zuweilen trat genau dieselbe traumhafte Benommenheit und Ratlosigkeit zu Tage wie bei der Amentia. Das war besonders bei einer Kranken deutlich, die schwerbesinnlich erschien und nach jeder ihrer Antworten mehrfach frug, ob es auch so richtig sei. Selbst Inkohärenz konnte bei einigen beobachtet werden. Die Desorientiertheit war in der Hauptsache auf der Höhe der Erregung vorhanden und schwand bei den leichteren Fällen mit der Erregung, bei den schwereren dagegen einige Tage später. Sie hielt aber in der Ruhe nie so lange an, wie bei den Amentiafällen, selbst die Personenverkennung schwand hier schneller. War in der Ruhe doch einmal Desorientiertheit vorhanden, so konnte meist festgesetzt werden, dass es sich nicht um eigentliches Fehlen der Orientierung handelte, sondern die Orientierungsfragen infolge Vorbeiredens falsch beantwortet wurden, dann bei häufigerem Fragen sich aber die vollkommen richtige Orientierung herausstellte. Charakteristisch war in allen Fällen, die nicht in der Höhe der Erkrankung zum Exitus kamen, dass, obwohl die Kranken allmählich wieder orientiert und klarer wurden, doch ihr übriges Verhalten nicht damit Schritt hielt, nicht geordneter wurde, wie bei der Amentia, sondern mannigfache Auffälligkeiten bot, insbesondere auch katatone Erscheinungen zu Tage traten, wie maniriertes Wesen, stuporartige Zustände, triebartige Erregungen, zerfahrenes Sprechen, Stellungen, Echopraxie, Katalepsie, Grimassieren, absonderliche Aeusserungen und eine gewisse Affektlosigkeit. Tritt bei derartigen Kranken, bei denen im Anfang die Unterscheidung gegenüber der Amentia kaum möglich ist, diese Wendung ein, so ist wahrscheinlich, dass eine Katatonie vorliegt. Mit Beginn der Erregung setzten auch Sinnestäuschungen, hauptsächlich Gehörshalluzinationen ein, seltener waren Gesichts- und Geruchshalluzinationen. Die Sinnestäuschungen waren überhaupt schreckhafte Art: die Kranken sahen den Teufel, Feuer, Totenköpfe, hörten schreckhafte Aeusserungen, wie: ihr Kind sei gestorben, sie sollten den Kopf in den Ofen stecken. Ab und zu kamen auch angenehmere Halluzinationen vor wie bei einer Kranken, die aus der Wand Musik und Choräle hörte. Im Beginn schienen die Halluzinationen oft unbestimmter zu sein, die Kranken sprachen dann von Geräusch, Flüstern, Geisterstimmen, Poltern, vielem Gequatsche. Auch die Sinnestäuschungen hielten noch lange nach Abklingen der

Erregung an, ebenso die Wahnideen, besonders die Beeinträchtigungs-ideen. Im weiteren Verlauf aber traten die Halluzinationen mehr zurück, die Kranken wurden ruhiger, konnten teilweise auch arbeiten, alle aber zeigten bei der Entlassung noch Eigentümlichkeiten: äusserten z. B. noch Vergiftungs-ideen, waren gedrückter Stimmung, hatten im allgemeinen keine Krankheitseinsicht, vier der Fälle zeigten auch heute noch Eigentümlichkeiten wie gemütliche Abstumpfung, Interesselosigkeit, Reizbarkeit, Eigensinn, leichte Erregbarkeit. Alle verrichten aber ihre Arbeiten ebensogut wie früher, eine Kranke arbeitet sogar ebensogut wie früher in einer Tuchfabrik. Diese Besserungen haben bis jetzt  $2\frac{1}{2}$ ,  $4\frac{1}{2}$ ,  $5\frac{1}{2}$ ,  $7\frac{1}{2}$  Jahre unverändert angehalten. Eine Kranke, die erst  $1\frac{1}{2}$  Jahr aus der Klinik entlassen ist, soll keine Krankheitszeichen mehr bieten, eine andere, die bei der Entlassung ebenfalls keine Krankheitserscheinungen mehr bot, erkrankte nach  $\frac{3}{4}$  Jahren bereits wieder, und befindet sich verblödet in einer Anstalt. Zwei Frauen starben auf der Höhe der Erkrankung, die eine infolge Erysipels, die andere nach Ausbildung des Krankheitsbildes des Delirium acutum. Günstig verliefen also  $5=62,5$  pCt., ungünstig  $3=37,5$  pCt. Die Krankheitsdauer betrug 4,5 Monate, zweimal 9 Monate, 1 Jahr, bei den Gestorbenen 1 bzw.  $1\frac{3}{4}$  Monat.

Bereits in der eben beschriebenen Gruppe trat ein gewisser Wechsel zwischen erregten und stuporösen Phasen zuweilen zu Tage. In den folgenden 14 Fällen der stuporösen und erregt-katatonischen Formen war dieser Wechsel noch ausgesprochener, bei einem Teil dieser lag auch nur ein langer Stupor oder eine längere Erregung mit ausgesprochen katatonen Erscheinungen vor. 12 begannen im Puerperium, 2 in der Laktation. Aeussere Schädigungen waren nur 4 mal, gonorrhöische Infektion, fieberhafte Erkrankung, schwere Geburt, psychische Erregungen vorhergegangen, dagegen liessen sich bei 9 Fällen endogene ätiologische Momente nachweisen, überwiegen also im Gegensatz zur erregt-verwirrten Form. Darunter befinden sich 3, die bereits früher psychisch krank waren und zwar vor 5, 6 und 8 Jahren und 1, bei dem schon 4 Jahre vorher in jedem Wochenbett ein Schub aufgetreten war, der immer länger dauerte. 2 von diesen hatten auch in der anfallsfreien Zeit erst geheiratet.

In 5 Fällen wurden längere Stuporzustände beobachtet, die im Puerperium begannen. In fast allen Fällen gingen dem Einsetzen des Stupors Wahnideen (Verfolgungs-, Vergiftungs-, Beeinträchtigungs-, Versündigungs-ideen) oder Halluzinationen (Gesichts-, Gehörstäuschungen) voraus. Zuweilen machte sich vorher auch eine deutliche depressive Verstimmung bemerkbar, in der Suizidversuche unternommen wurden,

oder es konnte auch eine kurzdauernde Erregung vorhergehen. Bis zum Ausbruch des Stupors vergingen in 2 Fällen wenige Tage vom Beginn der Erkrankung an, in einem Fall 1 Monat, in einem 2 Monate. Eine Frau wurde erst 2 Jahre nach Beginn der Erkrankung im Stupor schon ziemlich verblödet in die Klinik gebracht, soll aber vom Beginn der Erkrankung an schon sehr gehemmt und depressiv verstimmt gewesen sein. Die Stuporzustände dauerten mindestens Monate, zuweilen auch mit Unterbrechungen jahrelang. 4 verblödeten vollständig, ohne Remissionen zu bekommen, 1 wurde gebessert, arbeitet zu Haus. Die Besserung dauert bisher nur ein Jahr.

Bei weiteren 5 Fällen wechselten die Stuporzustände mit heftigen Erregungen ab, und zwar handelte es sich bei allen um Puerperalpsychosen. Meist gingen auch hier einzelne Wahnideen und Angstvorstellungen vorher, bis nach kürzerer oder längerer Zeit Stupor oder Erregung einsetzte. Die Erregung ging immer mit ausgesprochenen katatonen Erscheinungen einher, wie Stereotypien in Bewegungen und sprachlichen Aeusserungen, Stellungen, Grimassieren, Verbigerieren, Manieren, Befehlsautomatie. Erregung und Stupor konnten längere Zeit bestehen oder schnell mit einander abwechseln; sehr häufig waren triebartige Handlungen. Hier und da wurde von einzelnen Halluzinationen gesprochen, auch Wahnideen geäussert. Einen etwas abweichenden Verlauf zeigte ein Fall, der im Anschluss an eine schwere gonorrhöische Infektion im Wochenbett erkrankt war, meist im Stupor lag, welcher nur von heftigen Angstzuständen mit lautem Schreien unterbrochen wurde. Anfangs bestanden viel Halluzinationen, Gesichts- und Gehörsäusseungen, auch schien die Kranke am ersten Tag in der Klinik desorientiert. Weiterhin wurde sie vollkommen mutistisch, negativistisch, verweigerte die Nahrungsaufnahme. Die Stimmungslage war anfangs traurig ängstlich, später lachte die Kranke öfter mitten im Stupor laut auf. Man hätte hier an die stuporöse Form der Amentia, entstanden auf dem Boden der Infektion, denken können, aber der Umstand, dass die Kranke 7 Jahre vorher schon einmal ähnlich krank gewesen sein soll, dass eine Bewusstseinstrübung nur am ersten Tage, an dem ausserdem Fieber bestand, vorhanden war, dass schliesslich die Kranke nicht völlig geheilt, sondern nur gebessert wurde, rechtfertigte die Annahme einer Katatonie. Ein anderer Fall sah während der Erregung im Beginn ähnlich wie eine Manie aus, hatte typischen ideenflüchtigen Rededrang, lebhaften heiteren Affekt. Sie hatte aber bereits 5 Jahre vorher eine typisch katatonische Erregung durchgemacht und starb schliesslich in einem katatonischen Anfall. Ausser diesen beiden Fällen sind alle übrigen verblödet.

Die letzten 4 Fälle dieser Gruppe zeigten starke Erregungen mit ausgeprägten katatonen Symptomen ohne Stuporzustände. 3 erkrankten im Puerperium, einer während der Laktation. Vor Beginn der Erregung wurden auch hier Beeinträchtigungs- und Versündigungsideen geäussert, oder es wurden lebhafte Halluzinationen beobachtet. Dann steigerte sich allmählich die Unruhe im Verlauf einiger Tage subakut. Die Erregungen waren meist nicht sehr hochgradig, sondern hielten sich auf mittlerer Höhe und wechselten mit ruhigeren Zeiten. Die Orientierung war gar nicht oder höchstens nur am Tage der Aufnahme gestört. Während der unruhigen Zeiten wurden folgende katatone Symptome beobachtet: Echopraxie, Verbigerieren, eigentümliche stereotype Bewegungen, gezierte manirierte Sprechweise, Stellungen, Grimmassieren. Während der Erregung trat öfter eine hochgradige Zerfahrenheit zu Tage. — Eine von diesen Kranken, über die nichts weiter zu erfahren war, wurde gebessert entlassen, eine andere blieb 5 Jahre gesund, erkrankte dann wieder mit Erregung und vielen katatonen Symptomen, ebenso eine andere Kranke, die 6 Jahre gebessert war und vor kurzer Zeit ähnlich wie das erste Mal erkrankte. Erstere ist bereits seit 3 Jahren wieder völlig geheilt, letztere befindet sich noch unverändert in der Klinik. Auch die 4. Patientin erkrankte nach 6jähriger völliger Gesundheit in der Laktation wieder. Die Psychose ist bei ihr noch nicht wieder abgelaufen. Es scheint also, als wenn diese Form besonders zu Rezidiven neigte.

Die Prognose dieser ganzen Gruppe ist sehr schlecht. 8 Fälle blieben ungeheilt, 3 wurden gebessert, einer geheilt, einer starb. In einem Fall war keine Nachricht zu erhalten. Von den Gebesserten ist die eine noch sehr leicht aufgeregzt, die andere stiller als früher, die dritte war, wie erwähnt, 6 Jahre gebessert, erkrankte vor kurzem wieder. Der geheilte Fall zeigt jetzt seit 3 Jahren keine Krankheitserscheinungen mehr. Im ganzen verliefen günstig: 4 = 28,84 pCt., 9 = 64,29 pCt. ungünstig. Der Verlauf bleibt hier von allen Kataltonieformen am ungünstigsten, selbst wenn wir den einen Fall, den wir erst nach 2 Jahren zur Beobachtung bekamen, fortlassen.

Wahnideen, besonders Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen, sowie Halluzinationen treten bei der folgenden paranoiden Gruppe von 6 Fällen besonders in den Vordergrund. Darunter finden sich 3 Graviditätspychosen und 3 Puerperalpsychosen. In der Gravidität ist diese und die folgende depressive Form am häufigsten. 4 Fälle waren belastet oder bereits früher psychisch krank gewesen oder sonst disponiert. Nur in 2 Fällen liessen sich als exogene ätiologische Momente einmal leichte Infektion und starke Blutung bei Abort nach-

weisen, ein anderes Mal war die Geburt in Folge croupöser Pneumonie etwas zu früh erfolgt. Nach einem im Anschluss an die Pneumonie auftretenden Kollapszustand mit Herzschwäche begann die Psychose mit leichter Verwirrtheit. Dass es sich hier nicht um ein Kollapsdelirium handelt, zeigt der ganze Verlauf der Psychose: die Kranke wurde nicht vollständig gesund, konnte aber nach 4 Monaten gebessert entlassen werden, bekam jedoch 2 Jahre später nach einer erneuten Geburt ein Rezidiv, musste 3 Jahre in einer Anstalt bleiben und ist auch jetzt noch nicht ganz gesund.

Entweder begann die Psychose damit, dass die Kranken am Ende der Schwangerschaft oder kurz nach der Geburt Wahnideen äusserten oder auch hochgradig erregt wurden, wobei sie zusammenhangslos vor sich hinsprachen, ja wie bei der ersten Gruppe verwirrt waren, wenn auch kürzere Zeit. Gewöhnlich beruhigten sie sich bald, und die Wahnideen traten dann deutlich zu Tage. Dagegen wurden Inkohärenz und Herabsetzung der Merkfähigkeit hier nie beobachtet. In einem Fall, der jetzt nach  $\frac{3}{4}$  Jahren noch nicht abgelaufen ist, wurde die Diagnose anfangs wegen der Verwirrtheit sogar auf Amentia gestellt, bis die Kranke nach einigen Tagen ruhig wurde und sich dann deutliche Wahnideen, besonders Beeinträchtigungsideen zeigten. Trotz dauernder Vorhaltungen und trotzdem die Kranke zuweilen scheinbar ihre Ansicht korrigiert hatte, blieb sie dabei, dass sie nicht in Kiel, sondern an einem anderen Ort sei, in dem sie infolge eines Komplotts festgehalten werde. Dabei blieb sie monatlang, war dauernd sehr abweisend, auch negativistisch und wurde öfter plötzlich hochgradig erregt und gewalttätig. Die Personen der Umgebung bezeichnete sie dauernd mit falschen Namen und behauptete, alles werde ihr nur vorgemacht. Der paranoische Charakter dieser Desorientiertheit und Personenverkennung wurde erst allmählich klar. — Bei den meisten Fällen fehlten aber solche Verwirrtheitszustände im Beginn. Die Wahnideen hatten häufig etwas sehr Unsinniges, Abenteuerliches: so behauptete eine Kranke, ein Bekannter habe ihr einen Maulwurf ins Ohr gesetzt, ihr ein Schwein ins Bett gesteckt; weiter gab sie an, sie pflücke Blätter vom Baum des Lebens, wo Adam und Eva gesessen hätten, auch Eifersuchtsideen und stark hypochondrische Ideen wurden in einzelnen Fällen vorgebracht, an einzelnen Wahnideen wurde längere Zeit festgehalten, es kam aber nie zur Ausbildung eines Systems. Gehörstäuschungen waren häufig, Gesichtstäuschung sel tener. In allen Fällen liess der Affekt bald nach, vielfach trat ein läppisch-erotisches Wesen hervor, teilweise bildete sich bald eine hochgradige Zerfahrenheit des Gedankenganges aus. Katatone Symptome kamen andeutungsweise überall vor, aber nie so ausgeprägt wie bei den

anderen Gruppen: es wurde Grimassieren, Negativismus, Vorbeireden usw. beobachtet. In späterer Zeit kam es häufig noch zu heftigen Erregungen.

In einem Fall zeigte sich ein ausgesprochen schubweiser Verlauf, indem dreimal in Zwischenräumen von 2 Jahren Wahnszenen geäussert wurden. Diese Schübe nahmen jedesmal an Dauer und Intensität zu, jedoch soll in den Zwischenzeiten nichts Krankhaftes bemerkt worden sein. Zuletzt kamen die Schübe auch ausserhalb des Puerperiums, der Zustand wurde ein permanenter und endete in Verblödung. Ausserdem verblödete noch eine Kranke, die aber zu Haus ist und noch etwas arbeitet. Ein dritter Fall kann noch nicht als endgültig abgelaufen betrachtet werden. 2 Fälle heilten vollständig und machen ihre Arbeit ebenso gut wie vorher, einer wurde gebessert nach zirka 5jähriger Krankheitsdauer; hier zeigt sich jetzt noch Eigensinn, leichte Erregbarkeit und labile Stimmung. Die Dauer der Heilung beträgt jetzt 2 resp. 3 Jahre, die Krankheitsdauer betrug ebenso lange, die Besserung besteht in dem einen Fall jetzt 5 Jahre. Günstig war also der Ausgang in 3 = 50 pCt. der Fälle, ungünstig in 2 = 33,33 pCt. Die paranoide Form ist also nächst der erregt-verwirrten als am günstigsten zu bezeichnen. Auch Raecke fand, dass bei den Katatonien im allgemeinen die subakut entstandenen paranoiden Formen mit Beachtungswahn den günstigsten Verlauf hatten.

War bei der letzten Gruppe die Abgrenzung gegen die Paranoia schwer, so ergibt sich bei den depressiven Formen die Schwierigkeit der Abgrenzung gegen die Melancholie und die depressive Phase des manisch-depressiven Irreseins. 3 von den 13 Fällen dieser Gruppe waren Graviditätsspsychosen, 9 Puerperalpsychosen, 1 Laktationspsychose. Die depressiven Formen sind mit den stuporösen und katatonisch erregten Formen unter den Generationskatatonien am zahlreichsten. 6 dieser Fälle waren belastet, davon schien einer ausserdem dadurch disponiert, dass er als Kind ein Kopftrauma erlitten hatte, ein anderer war bereits 18 Jahre früher psychisch krank gewesen, dann aber gesund geblieben und hatte in der Zwischenzeit geheiratet. Eine andere Frau war 5 Jahre früher nach einer Geburt psychisch krank gewesen, und eine schien von Haus aus disponiert, da sie früher hysterische Anfälle gehabt hatte. Endogene ätiologische Momente fanden sich also in 8 Fällen, exogene nur bei 5, von denen aber noch 3 ausserdem belastet waren. Es finden sich darunter 3 mal leichte Infektionen, einmal eine leichte fieberhafte Krampfaderentzündung und einmal eine starke psychische Erregung. Bei einer Laktationskatatonie und 2 Puerperalkatatonien fehlten andere ätiologische Momente. Es überwiegen also auch hier die endogenen ätiologischen Momente.

Alle Fälle dieser Gruppe begannen mit ausgesprochener Depression, Versündigungsideen, Verarmungsideen, Selbstvorwürfen, Angstvorstellungen, Suizidgedanken. Zuweilen waren diese depressiven Ideen ganz absonderlicher Art; auch hypochondrische und Beeinträchtigungs-ideen kamen vor. 4 Kranke waren sehr gehemmt. Früher oder später traten dann Symptome auf, die auf Katatonie hindeuteten: die sprachlichen Aeusserungen wurden sehr einförmig, aus manchen Erscheinungen konnte man auf das Vorhandensein der sogenannten intrapsychischen Ataxie schliessen; so lachte eine Kranke mitten in ihrer traurigen Verstimmung ein paar Mal laut auf, eine andere äusserte mitten aus ihren depressiven Ideen heraus plötzlich: sie sei so glücklich hier. Ferner kam es zu negativistischen Erscheinungen, Erregungen mit Gewalttätigkeit, Unsauberkeit, Vorbeireden usw. Alles dies sprach gegen Melancholie. Halluzinationen kamen im ganzen wenig vor. Einmal wurden auch hysteriforme Zitteranfälle beobachtet. Von 2 Fällen, über die keine nähere Nachricht zu erhalten war, wurde einer ungeheilt mit stark negativistischen Erscheinungen, der andere nach Nachlassen der Hemmung und des traurigen Affekts gebessert entlassen. 1 Fall ist verblödet, 2 erkrankten wieder. Davon war der eine in der Zwischenzeit leidlich gesund gewesen, erkrankte nach 2 Jahren wieder, wobei deutlich der katatone Charakter der Erkrankung zu Tage trat, und ist jetzt noch ungeheilt. Der andere war in der Zwischenzeit nicht ganz gesund, der Zustand verschlimmerte sich nach 2 Jahren, zunächst überwog wieder der depressive Affekt, liess dann aber bald nach. Die Kranke starb nach 2monatiger Krankheitsdauer an Inanition. Die letzte Kranke soll zeitweise traurig verstimmt sein, ist aber wesentlich gebessert.

3 weitere Fälle zeigten ebenfalls depressiven Affekt, jedoch überwogen bei ihnen von vorneherein abenteuerliche hypochondrische Ideen. Möglicherweise sind diese in 2 Fällen, bei denen die Psychose in der Gravidität begann, auf Sensationen zurückzuführen: wenigstens glaubte die eine Kranke, in der Gebärmutter sei ein Tier, die andere hatte dieselbe Idee und versuchte sich mit den Fingern den Leib aufzukratzen, um zu sehen, was darin sei. Die dritte puerperale Kranke behauptete, der Leib sei angeschwollen, sei voll Kotstücke, alles sei verrottet, sie habe einen Knochen im Hals, bei tiefem Atmen laufe das Wasser aus dem Magen nach unten ab, die Speisen blieben zu beiden Seiten des Nabels liegen, infolgedessen habe sie immer Hunger. Während sich in diesem Falle bald ein läppisches Wesen und heftige Erregungen einstellten, hielt bei den übrigen der depressive Affekt noch länger an. Es wurden dabei auch Beeinträchtigungs-ideen sowie Suizidideen ge-

äussert und auch mehrfach Suizidversuche gemacht. Allmählich verschwieg sich aber auch in diesen Fällen das Bild der depressiven Verstimmung immer mehr. Eine dieser Kranken soll seit 5 Jahren geheilt sein, eine andere starb an Lungen- und Hirnabszess, und die dritte verblödet an Phthisis pulmonum.

Am kürzesten und am wenigsten ausgeprägt, aber immer noch längere Zeit deutlich war die depressive Verstimmung in den 3 letzten Fällen, die im Puerperium entstanden. Versündigungsideen wurden nur in einem Fall geäussert, in den anderen Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen, Angstvorstellungen. Alle waren ausgesprochen ängstlich, bei allen zeigten sich aber bald katatone Erscheinungen, wie Negativismus und Stereotypien, auch Erregungen traten bald auf. Der depressive Affekt wich allmählich vollständig, nur in einem Fall, der nach 2 Monaten geheilt wurde und geheilt geblieben ist, kehrte er noch bis zuletzt zeitweise wieder, daneben denteten aber ausgeprägter Negativismus und heftige Erregungen an, dass es sich um eine Katatonie handelte. Der zweite Fall ist seit 2 Jahren völlig verblödet, der dritte, seit 7 Jahren gebessert, soll gleichgültiger wie früher sein.

Von allen depressiven Fällen der Katatonie wurden 2 vollständig geheilt, 3 gebessert, 4 sind verblödet, 2 gestorben. Von den Geheilten ist die eine Puerperalpsychose jetzt  $2\frac{1}{2}$  Jahre nach 4monatiger Krankheitsdauer, die andere mit einer Graviditätspsychose vier Jahre nach 9monatiger Krankheitsdauer geheilt. Die Besserung hält in dem einen Fall, der gleichgültiger ist als früher, 7 Jahre, in einem, der gleichgültiger und leichter aufgeregt ist als früher  $\frac{3}{4}$  Jahre, und in einem, der vor den Menses leichter aufgeregt ist, 1 Jahr an. Günstig verliefen also von dieser Gruppe 5=38,46 pCt., ungünstig 6=46,15 pCt.

Eine vergleichende Uebersicht über die Prognose der verschiedenen Formen zeigt folgendes:

Formen	Günstig	Ungünstig	Fraglich
Verwirrt-erregte . . . . .	5=62,5 pCt.	3=37,5 pCt.	—
Stuporöse, katat. erregte . . .	3=28,57 "	9=64,29 "	1=7,14 pCt.
Paranoische . . . . .	3=50 "	2=33 "	1=16,67 "
Depressive . . . . .	5=38,46 "	6=46,15 "	2=15,38 "

Die depressiven Formen stehen also mit der Prognose erst an dritter Stelle.

Bei Betrachtung der Prognose der gesamten Katatoniefälle muss hervorgehoben werden, dass als geheilt nur solche Fälle angesehen

wurden, die keine pathologischen Erscheinungen auf psychischem Gebiet geboten hatten, ebenso gut wie früher arbeiteten, den Angehörigen gegenüber der Zeit vor der Erkrankung unverändert erschienen. Als gebessert haben die Fälle zu gelten, die zwar ebenso gut wie früher arbeiten, aber doch gewisse den Angehörigen aufgefallene Eigentümlichkeiten zeigten. Bei Beurteilung derartiger Fälle ist von manchen Seiten sehr weit gegangen worden, indem selbst leichtere bei persönlicher Nachuntersuchung aufgefallene Eigentümlichkeiten als Reste der Krankheit betrachtet wurden und demgemäß von „Heilung mit Defekt“ gesprochen wurde, ohne dass man eigentlich von derartigen Eigentümlichkeiten wissen kann, ob sie nicht schon vor der Erkrankung bestanden haben, zumal man ja den Patienten vor der Erkrankung nicht gekannt hat. Es wurde daher hier hauptsächlich Wert auf die Angaben der Angehörigen gelegt, die am besten beurteilen können, was bereits vor der Krankheit bestanden hat, was später dazu gekommen ist.

Der Ausgang der gesamten Generationskatatonien und der Katatonien in den verschiedenen Generationsphasen war folgender:

	Geheilt	Gebessert	Ungünstig	Gestorben	?	Σ
G.-P. .	pCt. 2=25	pCt. 1=12,5	pCt. 1=12,5	pCt. 3=37,5	pCt. 1=12,5	8
P.-P. .	4=13,79	9=31,04	11=37,92	2=6,9	3=10,34	29
L.-P. .	—	1=25	3=75	—	—	4
Sa.	6=15,63	11=25,82	15=36,59	5=12,19	4=9,76	41

Im ganzen verliefen also die Puerperalkatatonien am günstigsten, dann folgen die Graviditätskatatonien und schliesslich die Laktationskatatonien. Ueber die Laktationskatatonien lässt sich aber wegen der geringen Zahl der Fälle nichts Bestimmtes aussagen. Bei den gewöhnlichen Katatonien fand Kraepelin in 13 pCt. Heilung, Raecke in 16 pCt. und in 27 pCt. Besserung. In 27 pCt. fand Kraepelin leichte Defekte. Im ganzen stimmen also unsere Zahlen mit diesen ziemlich genau überein, sind vielleicht noch etwas ungünstiger, wie auch Raecke den ungünstigeren Ausgang gerade bei den Generationskatatonien hervorhebt. Günstig verliefen also von unseren Fällen 17=41,46 pCt., 20=48,78 pCt. Herzer hat noch bessere Zahlen als wir: er fand in 57 pCt. Heilung und Besserung. Schlechtere Zahlen haben Aschaffenburg und Münzer: Von den Fällen des ersten wurden 28 pCt. leidlich wieder hergestellt, von denen des letzteren 24,5 pCt. In der Mitte zwischen diesen und unseren Fällen steht Quensel mit 35 pCt. Heilung und Besserung.

Alle gebesserten Fälle arbeiten bis auf zwei ebenso gut wie früher, zeigen nur die früher erwähnten Abweichungen von der Norm. Sozial brauchbar sind noch alle Geheilten und Gebesserten. Die Heilungsdauer beträgt bei dreien jetzt  $2\frac{1}{2}$ , bei zwei 3 und 4 Jahre bei einem  $\frac{1}{2}$  Jahr. Die Besserung hat bei 2 Fällen  $7-7\frac{1}{2}$ , bei 1 6 (erkrankte wieder), bei 2  $3\frac{1}{2}-4$  Jahre, bei 2  $1-1\frac{1}{2}$ , bei  $3\frac{3}{4}$  Jahre angehalten. Man darf sich nicht verhehlen, dass möglicherweise eine gewisse Anzahl dieser noch wieder erkranken wird, aber — und das ist wichtig — sie sind doch längere Zeit sozial brauchbar gewesen. Alle Ungeheilten befinden sich bis auf zwei, die zu Haus sind, verblödet in Anstalten, einige sind auch bereits verblödet an interkurrenten Krankheiten gestorben.

Ueber den Einfluss der endogenen und exogenen ätiologischen Momente auf die Prognose gibt folgende Tabelle einen Aufschluss:

	Geheilt	Gebessert	Ungeheilt	Gestorben	?	$\frac{\partial}{\partial}$
Fälle mit endogenen ätiologischen Momenten . . . . .	pCt. 4=16,16	pCt. 6=25	pCt. 10=41,67	pCt. 2=4,17	pCt. 2=12,50	24
Fälle mit exogenen ätiologischen Momenten . . . . .	2=11,11	7=38,89	7=38,89	2=11,11	—	18

Es besteht also kein wesentlicher Unterschied im Verlauf der Fälle mit den verschiedenen schädigenden Momenten. Es muss dabei noch hervorgehoben werden, dass 2 von den Gebesserten mit exogenen ätiologischen Momenten, 4 von den Ungeheilten ausserdem noch erblich belastet waren, also das Zusammentreffen endogener und exogener Momente nicht besonders günstig sein kann. Auch Raecke konnte bei den gewöhnlichen Katatonien keinen wesentlichen Unterschied in der Beeinflussung der Prognose durch endogene und exogene ätiologische Momente feststellen. Mattauscheck dagegen hält erbliche Belastung für ungünstig. Von unseren 5 Fällen, bei denen ausser Geburt, Gravidität und Wochenbett keine Schädlichkeiten und keine endogenen Momente nachzuweisen waren, wurde einer geheilt, 3 blieben ungeheilt, in einem Fall blieb der Ausgang fraglich. Bestimmte Schlüsse lassen sich daraus nicht ziehen.

Schubweisen Verlauf zeigten im ganzen 15=36,59 pCt. der Fälle. Von diesen waren bei 11 früher Schübe aufgetreten, bei 4 nach der Entlassung. Im ganzen erkrankten davon 5 mehrfach während des

Generationsgeschäftes. Interessant unter diesen ist ein Fall, der früher schon einen Schub durchgemacht hatte, dann zweimal noch in der Laktation erkrankte. Zwischen den beiden Erkrankungen in der Laktation hatte die Kranke eine Geburt durchgemacht und nach dieser 3 Jahre gestillt, war aber in dieser Zeit trotzdem gesund geblieben. Das Ausbrechen neuer Schübe kann also nicht allein von dem Generationsgeschäft abhängig sein, es müssen vielmehr noch andere unbekannte Faktoren mitwirken. Andererseits sind aber auch Fälle darunter, bei denen in jedem Puerperium neue Schübe bis zur schliesslichen Verblödung auftraten. Die schubweise verlaufenden Fälle zeigten keine besonders schlechte Prognose: 4 wurden geheilt, 3 gebessert, 4 blieben ungeheilt, 4 starben, in einem Fall ist der erneute Schub noch nicht abgelaufen. Die Mehrzahl unserer geheilten Katatoniker rekrutieren sich aus dieser Form, die Heilung wird also wohl kaum dauernd anhalten. Jedoch liegen zwischen den einzelnen Schüben oft lange Jahre, so z. B. in drei Fällen 5—6 Jahre, in einem 7, in einem 13, in einem 17 Jahre, so dass man, da die Kranken in der Zwischenzeit keinerlei pathologische Erscheinungen boten, von völliger Heilung sprechen kann (wie auch Meyer gegenüber Gaupp hervorhebt). Die meisten Katatonien in Schüben erkrankten allerdings innerhalb der ersten 5 Jahre wieder. Aus allen diesen Tatsachen können wir schliessen, dass eine gewisse Gefahr der Wiedererkrankung bei den Generationskatatonien besteht, besonders in solchen Fällen, die bereits früher in einer Phase des Generationsgeschäftes Erkrankungen durchgemacht hatten. Zu einem ähnlichen Resultat kommt Herzer.

Von den 24 Katatoniefällen, die gestillt hatten, verliefen 50 pCt. günstig, 41,67 pCt. ungünstig. Von den 6 Fällen, die trotz der psychischen Erkrankung weiter gestillt hatten, verliefen 4 günstig, 2 ungünstig. Ein ungünstiger Einfluss des Stillens lässt sich also hier nicht feststellen.

Die Krankheitsdauer betrug bei 3 geheilten Fällen 5—8 Monate, bei den 3 übrigen  $1\frac{1}{4}$ — $2\frac{1}{2}$  Jahre.

#### Gruppe der Melancholien und Manien.

Bei der Einteilung der Melancholien und Manien ist die heutige Psychiatrie in 2 grosse Lager gespalten. Während die eine Gruppe die Einteilung in einfache Melancholien und Manien, in periodische Manien und Melancholien, in zirkuläre Psychosen beibehalten hat (Sommer, Ziehen, Pilcz, Salgo, Lippschitz, Westphal, Seiffer, Raecke u. a.), folgt die andere der Kraepelinschen Einteilung, der alle diese Formen als Erscheinungsformen eines einzigen Krankheitsvorganges be-

trachtet und sie daher unter dem Namen „manisch-depressives Irresein“ zusammenfasst (Hübner, Thalbitzer, Dreyfuss u. a.). Die klinische Einheit des manisch-depressiven Irreseins wurde weiterhin bestritten von Lippschitz, Bumke, Hoche u. a. Da auch unserer Ansicht nach durchaus nicht immer zirkuläre Symptome bei Manien und Melancholien nachzuweisen sind, da eine Periodizität zwar sehr häufig, jedoch durchaus nicht immer vorhanden ist, da deshalb einerseits die Einheitlichkeit des manisch-depressiven Irreseins in der weiten Fassung der Kraepelinschen Schule bezweifelt werden muss und andererseits eine derartig grosse Krankheitsform, in die so verschiedenartige Bilder hineingenommen sind, die Weiterentwicklung erschweren muss, ist hier die ältere Einteilung beibehalten und besonders darauf Wert gelegt, wieder möglichst kleine Untergruppen aufzustellen. Der Name manisch-depressives Irresein wurde dabei nur für solche Fälle reserviert, bei denen wirklich manische und melancholische Phasen nachgewiesen werden konnten.

Man hat ähnlich wie bei den Katatonien ein Ueberwiegen der Melancholien bei den Frauen gefunden: so hatte unter seinen Aufnahmen Lippschitz 1,2 pCt. melanch. Männer und 2,98 pCt. melanch. Frauen Ziehen 5,3 " " " 16,40 " " " Schott 28,0 " " " 75,00 " " "

unter den gesamten Melancholien. Seiffer glaubt, dass auch die Manien bei den Frauen infolge Gravidität, Puerperium, Laktation und auch infolge der Menses häufiger seien. Lippschitz dagegen führt die stärkere Beteiligung der Frauen an Melancholien nicht auf die Erschöpfung in der Gravidität, dem Wochenbett oder der Laktation zurück, sondern meint, dass sie in dem Organismus der Frau selbst begründet sei. Wenn auch diese Frage ungelöst bleibt, so ist doch das eine sicher, dass ein erheblicher Prozentsatz der Melancholien während des Generationsgeschäftes entsteht: so fand Schott in 13,3 pCt. einen Zusammenhang mit diesem, von Lippschitz' Fällen standen 3,3 pCt. im Zusammenhang mit der Gravidität, 2,8 pCt. mit dem Puerperium.

Die Häufigkeit der Melancholien und Manien in den Statistiken über Generationspsychosen hat zu Gunsten der anderen Formen infolge der Wandlungen in der Psychiatrie gegenüber früheren Zeiten erheblich abgenommen. Früher bildeten dieselben fast ausschliesslich den Bestand an Puerperalpsychosen. So hatte z. B. Tuke neben 57 Manien und 12 Melancholien nur 1 epileptisches Irresein, Ripping 63,6 pCt. Melancholien, 34,5 pCt. Manien, 1 Delirium acutum, 2 primären Wahnsinn, Schmidt 43,5 pCt. Manien, 41,5 pCt. Melancholien, 7 pCt. Ver-

rückheit, 4,9 pCt. Blödsinn usw. Vielfach wurde von der typischen „Puerperalmanie“ gesprochen (Bottentuit, Garcia, Griffen u. a.). Noch v. Krafft-Ebing hielt die Manien für die häufigste Form im Puerperium. Erst mit Fürstners Abgrenzung des halluzinatorischen Irreseins wurde es anders. Er hob hervor, dass Puerperalmanien und Melancholien nichts Spezifisches gegenüber anderen Manien und Melancholien hätten. Allmählich sind dann die Prozentsätze dieser Formen unter den Generationspsychosen immer mehr zusammengeschrumpft, um nach Aufstellung des manisch-depressiven Irreseins wieder etwas zuzunehmen:

Es fanden: Meyer von 51 Fällen 11 einfache, 4 periodische Melancholien = 29,41 pCt.; 3 manisch-depressive = 5,88 pCt.; in Summa 35,29 pCt.

Siemerling Melancholien = 12,5 pCt.; Manien = 5 pCt.; in Summa 17,5 pCt.

Aschaffenburg von 118 Fällen 25 Depressionszustände = 15,25 pCt.; 5 Umschlag in Manie = 4,42 pCt.; in Summa 19,49 pCt.

Winter von 69 Fällen 9 Depressionszustände = 13,04 pCt.; 4 Manien = 5,8 pCt.; 2 zirkuläre = 2,9 pCt.; 1 Mischzustand = 1,45 pCt.; 3 periodische Manien = 4,35 pCt.

Herzer unter 221 Fällen 37 manisch-depressive Psychosen = 16,74 pCt.

Münzer unter 101 Fällen 26 = 26 pCt.

Quensel unter 97 Fällen 8 einfache affektive Psychosen = 8,52 pCt.; 15 periodische Psychosen = 15,46 pCt.

Die Zahlen sind also ausserordentlich verschieden. In England scheint eine Differenzierung wie bei den deutschen Autoren noch nicht gemacht, sondern alles unter Manie und Melancholie wie früher gruppiert zu werden. Wenigstens finden sich noch 1906 bei Raw unter 102 Fällen 71 Manien, 31 Melancholien, bei Rigden 64,4 pCt. Manien, 26 pCt. Melancholien, 8,6 pCt. „akute deliriose Manie“.

Aus den neueren Zahlen ist jedenfalls zu ersehen, dass die Melancholien viel häufiger wie die Manien sind. Auch unsere Zahlen stimmen damit überein: Es fanden sich unter unseren Generationspsychosen 22 = 20 pCt. Melancholien und Manien, darunter 18 = 16,36 pCt. Melancholien, 3 = 2,73 pCt. manisch-depressive und 1 = 0,9 pCt. periodische Manie.

Aetiologisch wichtig ist, dass 1 = 5,56 pCt. der Melancholien in der Gravidität, 13 = 72,72 pCt. im Puerperium und 4 = 2,22 pCt. in der Laktation entstanden. Von einigen Autoren war behauptet worden, dass in der Gravidität die Melancholien besonders häufig sind, was aber

durchaus nicht mit unseren Resultaten übereinstimmt, vielmehr sind die Hysterien und Katatonien hier häufiger. — Der Beginn der Generationsmelancholien fällt wie der der Katatonien durchschnittlich etwas später wie der der Amentia: Es begannen 5 = 27,78 pCt. in der ersten, 3 = 16,67 pCt. in der zweiten Woche nach der Geburt, also 44,44 pCt. in den ersten beiden Wochen, 5 = 27,78 pCt. in der 3., 4. und 5. Woche nach der Geburt. Die Melancholien liegen also, was den zeitlichen Beginn betrifft, in der Mitte zwischen den Katatonien und der Amentia. Die eine Graviditätsmelancholie begann am Ende der Gravidität, die 4 Laktationsmelancholien im 3., 4. und 5. Monat nach der Geburt. Die Ansicht Salgos, Ziehens, dass die Melancholien häufig im 3. und 4. Monat der Gravidität ausbrechen, bestätigt sich also nicht. Auch die Behauptung Siegenthalers, dass zahlreiche Geburten zur Entstehung einer Melancholie disponieren, fand bei unseren Fällen keine Bestätigung, denn unter ihnen finden sich 5 = 27,78 pCt. Erstgebärende, 2 = 11 pCt. Zweitgebärende, 5 = 27,78 pCt. Drittgebärende, 4 = 22,22 pCt. Viertgebärende, 1 = 5,56 pCt. Achtgebärende, im Ganzen also 12 = 66,67 pCt. Mehrgebärende. Man kann daraus nur schliessen, dass bei Mehrgebärenden eher Melancholien entstehen als Katatonien und Amentia, vor allem scheinen Laktations- und Graviditätsmelancholien besonders bei Mehrgebärenden auszubrechen, da sie sich bei Erstgebärenden überhaupt nicht fanden.

Im Alter unter 30 Jahren waren 11 = 61,11 pCt., im Alter über 30 7 = 38,89 pCt. Also auch bezüglich des Alters stehen die Melancholien in der Mitte zwischen den Amentia- und Katatoniefällen.

Die exogenen Schädigungen waren folgende:

	Infektion schwere	Schwere Geburt	Blutung	Psychische Erregung	Fieber- hafte Er- krankung	Anstren- gung
G.-P. . . .	—	—	—	—	—	—
P.-P. . . .	1	1	1	1	2	1
L.-P. . . .	—	—	1	2	—	—
	1	1	2	3	2	1

Die eine Infektion war eine ziemlich schwere infolge Retentio placentae, die schwere Geburt war mit starkem Blutverlust verbunden. Auch war dieselbe Frau durch den Tod des Kindes sehr aufgeregt. Bei den anderen Fällen mit psychischen Erregungen handelt es sich einmal um Misshandlungen von Seiten des Mannes, ein andermal darum,

dass die ausserehelich geschwängerte Patientin von ihrem Bräutigam verlassen und von den Eltern verstoßen worden war. Bei den gewöhnlichen Melancholien fanden Ziehen, Schott in 44 pCt. Gemütserschüttungen als ätiologisch wichtige Momente. Bei den Generationsmelancholien ist also die Zahl viel geringer. Bei den beiden Fällen mit fieberhaften Erkrankungen handelte es sich einmal um eine Angina, ein andermal um Mastitis und Krampfaderentzündung. In dem zweiten Fall mit Blutung erkrankte die Frau nachdem sie  $2\frac{3}{4}$  Monate gestillt hatte und durch die sehr starke Blutung während der Geburt dauernd geschwächt war. Im ganzen liessen sich bei 9=50 pCt. exogene ätiologische Momente nachweisen. Die Untersuchung auf endogene ätiologische Momente ergab Folgendes:

	Schwere Belastung	Disposition	Früher krank
G.-P. . . .	1	—	—
P.-P. . . .	5	—	2
L.-P. . . .	1	1	1
	7	1	3

Die Frau, die disponiert erschien, fiel von jeher auf durch ihren starken Eigensinn und ihre Verschlossenheit. Ein Fall von denen, die bereits früher krank waren, hatte dreimal eine Melancholie durchgemacht, das letztemal war die Psychose nach einem Abort mit starker Blutung aufgetreten. Berücksichtigt man, das zwei von den Belasteten schon früher krank waren, so hätten wir endogene ätiologische Momente im ganzen bei 9=50 pCt., also weniger als bei den Katatonikern und mehr als bei den Amentiasfällen. Nach Schott beträgt die erbliche Belastung bei den Melancholien sonst 46,4 pCt., nach Lippshitz 40,5 pCt. Unsere Zahl ist mit 38,89 pCt. kleiner, dagegen die Gesamtzahl der endogenen Momente grösser. Von Lippshitz' Fällen gewöhnlicher Melancholien zeigten 17,8 pCt. schon von vornherein ein melancholisches Temperament, 11,3 pCt. waren leicht aufgereggt, Faktoren, die bei uns nicht nachgewiesen wurden. — Berücksichtigt man, dass in drei Melancholiefällen endogene und exogene Momente nachzuweisen waren, so bleiben nur drei, bei denen ausser der einfachen Geburt, dem Wochenbett, der Schwangerschaft und des Stillens derartige Momente ganz fehlen. Nur in einem Fall handelt es sich um eine ausserehelich Ge bärende. Alle puerperalen Melancholien erkrankten nach rechtzeitigen Geburten, nicht nach Aborten oder Frühgeburten. Der Prozentsatz der

Frauen aus den besseren Bürgerkreisen ist hier mit 4=22,22 pCt. noch grösser als bei der Katatonie und Amentia. Auch Hoppe konnte feststellen, dass gerade die zirkulären mehr den besseren Kreisen angehörten. — 13 der Melancholiefälle stillten kürzere oder längere Zeit, davon einer 3 Tage, einer 3 Monate über den Beginn der Psychose hinaus. Die Krankheitsdauer betrug in diesen nicht länger als bei den andern auch. 4 Fälle hatten nicht gestillt, in einem war es fraglich. Eine Laktationsmelancholie brach aus, nachdem die Milch fortgeblieben war.

Symptomatologisch zerfallen unsere Melancholiefälle in vier Gruppen. Bei den erstenen 5 lag eine einfache depressive Verstimmung mit einfachen ängstlichen Vorstellungen vor, bei der zweiten mit 8 Fällen ging die Verstimmung mit ausgesprochenen depressiven Wahnideen einher, bei der dritten mit 3 Fällen mit ausgesprochenen hypochondrischen Wahnideen, bei der vierten mit 2 Fällen wurden auch noch katatone Symptome beobachtet. Eine Uebersicht der Verteilung dieser Gruppen auf die verschiedenen Phasen des Generationsgeschäftes gibt folgende Zusammenstellung:

	Formen mit ängstlichen Vorstellungen	Formen mit depressiven Wahnideen	Formen mit hypochondrischen Wahnideen	Formen mit katatonischen Symptomen
G.-P. .	—	1	—	—
P.-P. .	4	5	2	2
L.-P. .	1	2	1	—
	5	8	3	2

Bei der Gruppe von 5 Fällen mit einfachen ängstlichen Vorstellungen finden sich an endogenen ätiologischen Momenten zweimal erbliche Belastung und an exogenen einmal psychische Erregung. In allen Fällen wurde entweder ständig oder anfallsweise über Angstgefühl geklagt. Charakteristisch ist in mehreren Fällen das Gefühl, sich nicht mehr freuen zu können. Ab und zu wurden ängstliche Vorstellungen geäussert und zwar hauptsächlich die, dass sie nicht mehr gesund würden, dass sie sterben müssten. Ausgeprägte depressive Wahnideen wurden nicht geäussert, nur einmal waren sie andeutungsweise vorhanden: hier gab die Kranke nach Ablauf der Melancholie an, sie habe geglaubt, dass sie schlecht sei. Bei derselben Kranken zeigten sich andeutungsweise Gesichtstäuschungen: sie gab an, immer Bilder vor den Augen zu sehen. Bei den übrigen fehlten alle Hallu-

zinationen. In drei Fällen wurden Suizidgedanken geäussert, einmal auch ein Suizidversuch gemacht. Immer war die Orientierung erhalten. Hemmung trat nur in einem Fall deutlich zutage. Die Krankheitsdauer betrug einmal nur 1 Monat, zweimal 3 Monate, einmal 4 Monate, war also im ganzen ziemlich kurz. In einem Fall aber betrug sie zirka 8 Monate. Heilung trat in allen Fällen ein.

Bei den 8 weiteren Fällen mit ausgesprochenen depressiven Wahnideen begann die Depression einmal am Ende der Gravidität, die übrigen Male im Wochenbett und während der Laktation. Versündigungsideen wurden meist gleich im Beginn vorgebracht, in einem Fall waren sie sehr expansiv: diese Kranke gab an: sie sei schuld, dass hier alle krank seien, sie habe sich gegen die ganze Welt versündigt, habe die ganze Welt schlecht gemacht. Meist bezogen sich die Versündigungsideen auf die letzte Zeit; so äusserten sich die Kranken, sie hätten den Haushalt vernachlässigt, ihr Kind nicht gewartet usw. — z. T. auch auf frühere Zeit: so gab eine Frau an, sie sei in ihrer Jugend schlecht gegen einen Krüppel gewesen. Andererseits wurden auch mehr allgemeiner und unbestimmter gehaltene Versündigungsideen vorgebracht: die Kranken glaubten, sie hätten sich gegen Gott versündigt, sie hätten soviel Schlechtes getan, dass sie garnicht alles sagen könnten, sie seien schuldig, müssten sterben. Verarmungsideen, Kleinheitswahn kamen weit seltener vor, ebenso hypochondrische Wahnideen. Verfolgungsideen waren nur in der Form vorhanden, dass die Kranken glaubten, es solle ihnen etwas geschehen als gerechte Strafe für ihre Sünden. Gesichtstäuschungen kamen nur ganz vorübergehend in einem Fall vor. Gehörstäuschungen wurden nicht beobachtet. Neben der einfachen traurigen Verstimmung wurde auch über Angstgefühl geklagt. Suizidgedanken wurden besonders im Beginn in allen Fällen geäussert, auch mehrfach ernste Suizidversuche gemacht. Meist bestand ausgesprochene Hemmung. Die Krankheitsdauer betrug in 5 Fällen 4—7 Monate, in drei Fällen 1—1½ Jahre. 1 Fall starb durch Suizid nach 1½jähriger Krankheitsdauer, in 4 Fällen trat völlige Heilung ein, zwei weitere erkrankten später wieder, wurden aber auch das zweitemal geheilt. In einem dieser trat die Wiedererkrankung in der Laktation auf. Zwei Fälle, in denen keine weitere Nachricht zu erhalten war, wurden gebessert, resp. ungeheilt entlassen. Die Krankheitsdauer ist also hier länger als bei der ersten Gruppe.

Nicht so rein wie hier ist das Bild der Melancholie in den drei Fällen mit überwiegend hypochondrischen Wahnideen. Einer von diesen war belastet, bei einem waren leichte Infektion und Blutung und bei dem dritten weder exogene noch endogene ätiologische Momente

nachzuweisen. Die Erkrankung begann zweimal im Puerperium, einmal in der Laktation. Im Anfang wurden auch hier ausgesprochene Versündigungsideen und Selbstvorwürfe geäussert, daneben aber in einem Fall auch Beeinträchtigungs- und Beziehungsidenen. Bald aber wichen diese den hypochondrischen Wahnideen: Die Kranken glaubten, sie seien machtlos, hätten keine Kraft, hätten keine Zähne, Haare, Augen, hätten eine Haar- und Hautkrankheit, Leib-, Rücken-, Nacken-, Kopf-Zahnschmerzen, Klopfen im Hinterkopf, Steifigkeit im Nacken, Rückenmarksschwindsucht, weil sie früher onaniert hätten usw. In allen Fällen bestand daneben ausgesprochener depressiver Affekt, zuweilen trat aber auch eine gewisse Gereiztheit und Unzufriedenheit zutage, eigentliche Hemmung fehlte. Bei Ablauf der Erkrankung wurde hier und da auch eine direkt heitere Stimmung beobachtet. Halluzinationen kamen nicht vor, dagegen weisen die vielen hypochondrischen Klagen auch auf Sensationen hin. 2 Fälle heilten nach 4, resp.  $1\frac{1}{4}$  jähriger Krankheitsdauer. Einer blieb geheilt, der zweite erkrankte nach 7 Jahren wieder, ist aber ebenfalls bereits wieder geheilt. Der dritte Fall war ebenfalls 2 Jahre geheilt, erkrankte dann im Anschluss an eine neue Geburt wieder; über den weiteren Verlauf ist nichts bekannt geworden. Die hypochondrische Form der Melancholie ist an und für sich kein seltenes Krankheitsbild: so fand Schott, dass bei 27,6 pCt. der Melancholien hypochondrische Ideen vorkommen. Gegenüber den echten Hypochondrien ist hervorzuheben, dass in den melancholischen Fällen nebenher auch andere depressive Wahnideen vorkommen, wie auch Kölpin meint, dann aber auch, dass auch die wahnhafte Umdeutung und Verarbeitung der vielen Sensationen hier lange nicht so weit geht wie bei den Hypochondrien.

Aus der beim Abklingen der Depression zuweilen aufgetretenen heiteren Stimmung kann unserer Ansicht nach nicht auf ein manisch-depressives Irresein geschlossen werden, zumal auch weiterhin erneute Depressionen auftraten und zwar nur Depressionen, während echte manische Verstimmungen nie beobachtet wurden.

Katatone Symptome kamen andeutungsweise auch in den bisher besprochenen Fällen vor, wie ziemlich starke Hemmung, ein gewisser Eigensinn. Ausgesprochener waren sie in den zwei letzten Fällen der Melancholien. Die Diagnose würde in diesen beiden wahrscheinlich von den verschiedenen Autoren sehr verschieden gestellt werden. Wegen des dauernd vorhandenen depressiven Affekts seien sie aber hier zur Melancholie gerechnet. Beide Fälle erkrankten nach normaler Geburt, ohne dass sich sonst exogene oder endogene ätiologische Momente nachweisen liessen. Beide begannen mit ausgesprochener Depression.

bei dem einen Fall wurden gleich im Anfang Versündigungsideen geäussert, bei dem andern ist, da eine genaue Vorgeschichte nicht zu erlangen war, nichts darüber eruiert worden. Beide Male trat dann bald eine starke Hemmung ein, die nur von zeitweiligem Jammern unterbrochen wurde, in Verbindung mit lebhaft ängstlichem Widerstreben, das leicht mit echtem Negativismus verwechselt werden konnte. Sogar stuporähnliche Zustände mit Katalepsie sollen in einem Fall, der vorher in einem andern Krankenhaus war, dort beobachtet sein. In beiden Fällen kam es zu völliger Nahrungsverweigerung, wahrscheinlich, wie aus dem heftigen ängstlichen Widerstreben zu schliessen ist, aus irgend welchen ängstlichen Vorstellungen heraus. Vorübergehend kamen Unwürdigkeits- und Verfolgungsideen vor: die eine Kranke äusserte, der Teufel wolle sie holen, drücke ihr die Kehle zu, sie solle verbrannt werden, sie sei unrein. Andeutungsweise tauchten auch Halluzinationen auf, hielten aber nie länger an wie z. B. bei den Katatonien. Eine gewisse Monotonie in den Klagen und das einförmige fortdauernde Jammer in dem einen Fall würden neben den anderen erwähnten Erscheinungen vielleicht manchen zur Annahme einer Katatonie veranlasst haben, aber gerade hier hielt die depressive Verstimmung während der ganzen Krankheitsdauer an, der Affekt war bis zum Schluss lebhaft traurig, oft ängstlich. Zudem trat nach viermonatiger Krankheitsdauer völlige Heilung ein, die z. Z. bereits 4 Jahre angehalten hat. Die Frau führt sogar ein Brotgeschäft ganz selbstständig. Die zweite Kranke, bei der der depressive Affekt ebenfalls fast während der ganzen Krankheitsdauer angehalten hatte, wurde nach über einjähriger Krankheitsdauer erheblich gebessert entlassen, nachdem sie zuletzt ein wesentlich freieres Wesen gezeigt und fleissig mitgearbeitet hatte. Weitere Nachricht war hier nicht zu erlangen.

Verlauf und Prognose der gesamten Melancholiefälle waren also folgendermassen:

	Geheilt	Gestorben	?
G.-P. . . .	1	—	—
P.-P. . . .	8	1	4
L.-P. . . .	3	—	1
	12=66,67 pCt.	1=5,56 pCt.	5

Von den Fällen, über die katamnestisch nichts bekannt geworden ist, wurden einer geheilt, zwei gebessert und zwei ungeheilt entlassen.

Der eine letal endigende Fall ist später draussen durch Suizid gestorben.

Die Krankheitsdauer war bei den verschiedenen Formen etwas verschieden:

	Monate				Jahre		Fragl.	
	1.	2.	3.	4.	4.-7.	7.-12.	1-1½	
Formen mit einfach ängstlichen Vorstellungen	1	—	3	1	—	—	—	—
Formen mit depressiven Wahnideen	—	—	—	2	2	1	2	1
Formen mit hypochondrischen Ideen	—	—	—	1	1	—	1	—
Formen mit katatonischen Symptomen	—	—	—	1	—	—	—	1

Die Formen mit depressiven Wahnideen, auch hypochondrischer Art hatten also die längste Dauer. — Ein Unterschied in dem Einfluss der exogenen und endogenen ätiologischen Momente auf die Dauer der Erkrankung liess sich nicht feststellen.

Die Heilungsdauer beträgt jetzt bei 3 2½ Jahre, bei einem 3 Jahre, bei 3 4 Jahre, bei einem 5½, bei je 2 6 und 7 Jahre. Davon sind aber drei nach 2½, 6 und 7 Jahren wieder erkrankt und, ohne in die Klinik aufgenommen zu werden, wieder geheilt. Eine von diesen war in der Klinik wieder erkrankt. Alle Geheilten arbeiten wie früher vor der Erkrankung, zeigen keine Krankheitsscheinungen mehr, nur eine Frau soll zeitweise noch etwas aufgeregert sein. Die Meisten zeigten aber noch längere Zeit nach Ablauf der Psychose Stimmungsschwankungen. Von einem Einfluss des Stillens auf Verlauf und Dauer der Erkrankung konnte auch hier nichts beobachtet werden. Bei den vier, die nicht gestillt hatten, dauerte die Psychose mindestens 7—8 Monate, während sich unter denen, die gestillt hatten, auch solche befinden, bei denen die Psychose 3, 4 Monate oder noch kürzere Zeit gedauert hatte. Bei zwei Fällen, die 3 Monate bzw. 8 Tage nach Ausbruch der Psychose gestillt hatten, dauerte die Psychose 4 Monate bzw. 1 Jahr. Ein schädlicher Einfluss besteht also nicht.

7 von den Geheilten haben später noch Geburten durchgemacht, darunter eine Frau eine sehr schwere Zangengeburt, 6 haben auch dann wieder kürzere oder längere Zeit gestillt. Von allen diesen ist nur eine Frau während der Laktation wieder erkrankt, alle übrigen überstanden die verschiedenen Phasen des Generationsgeschäftes ohne jede psychische Störung.

Im ganzen erkrankten 6 = 33,33 pCt. der Fälle mehrere Male, und zwar 5 nur zweimal in Zwischenräumen von 2, 7, 9 und 20 Jahren. Nur einer machte vier Erkrankungen durch und zeigte in der Zwischenzeit gemütliche Schwankungen. Dieser wäre am ehesten als periodisch im engeren Sinne zu bezeichnen. 4 von allen erkrankten mehrfach im Puerperium, bezw. wie einer in der Laktation. Mehr wie zweimalige Erkrankungen im Puerperium kamen nicht vor. Die sogenannten periodischen Melancholien sollen eine besonders starke Belastung haben, so geben Hübner und Westphal Zahlen wie 65 pCt. und 80 pCt. an. Unter unseren Fällen waren 4 = 66,67 pCt. belastet.

Es reihen sich hier die drei Manisch-depressiven und eine periodische Manie an. Bei allen diesen wurden in der Hauptsache manische Phasen beobachtet. Die Zahl der echten Manien ist also im Generationsgeschäft ausserordentlich klein.

Auch in der neueren Literatur sind die einfachsten Manien, die periodischen Manien bezw. die manischen Phasen des manisch-depressiven Irreseins ausserordentlich wenig vertreten und sind in erheblicher Minderheit gegenüber den melancholischen Phasen oder den Melancholien. Siemerling fand nur in 5 pCt. Manien, E. Meyer in 7,4 pCt., unsere Zahl beträgt 3,63 pCt.. 2 der manisch-depressiven Erkrankungen entstanden in der Laktation, eine am Ende der Gravidität, nur die periodische Manie begann im Puerperium.

Endogene ätiologische Momente fanden wir in zwei Fällen, von denen eine Graviditätspsychose schwer belastet, früher bereits psychisch krank gewesen war und von jeher Eigentümlichkeiten gezeigt hatte, eine Laktationspsychose schon früher psychisch krank gewesen war und nach einer leichten Infektion und längerem Stillen erkrankte. Als weiteres exogenes ätiologisches Moment war bei einem dritten Falle eine heftige psychische Erregung festzustellen. Nur bei einem Fall fehlten neben einer ausserehelichen normalen Geburt alle sonstigen ätiologischen Faktoren.

In der Gesamtheit liessen sich bei 10 = 45,45 pCt. der Melancholien und Manien exogene ätiologische Momente nachweisen, bei 11 = 50 pCt. endogene, darunter bei 9 = 40,91 pCt. schwere erbliche Belastung. Unsere Zahlen sind also viel geringer als die Herzers, der bei dem manisch-depressiven Irresein des Generationsgeschäftes eine Belastung bei 81,2 pCt. fand, und die Kraepelins, der bei dem manisch-depressiven Irresein im allgemeinen eine Belastung bei 80 pCt. feststellte. Da in den meisten unserer Fälle eine sehr genaue Anamnese aufgenommen ist, ist nicht etwa anzunehmen, dass unsere Zahl nur annähernd richtig ist.

2 der Manisch-depressiven und die periodische Manie befanden sich bei Beginn der Psychose im Alter von 25—30 Jahren, eine manisch-depressive im 31. Lebensjahr. Die Manien wurden nur bei Mehrgebärenden beobachtet, nämlich bei einer Zweit-, bei 2 Zweit- und einer Fünftgebärenden. Die Zweitgebärende erkrankte im 3. Monat der Gravidität, kurz nach Beginn der Erkrankung trat der Abort ein.

Alle 3 manisch-depressiven Erkrankungen begannen mit einer initialen Depression, die in 2 Fällen aber nur wenige Tage dauerte und mit manischen Zügen untermischt war, bei einem aber mit Angstvorstellungen, Versündigungsideen und Suizidgedanken sowie Beeinträchtigungsideen und vereinzelten Gehörstäuschungen länger als die folgende manische Erregung dauerte, die keinen sehr hohen Grad erreichte. Auch hier wechselten zeitweise manische Erregung und Depression. Bei allen 3 zeigte sich während des manischen Stadiums immer eine gehobene heitere Stimmung, motorische Unruhe, Rededrang mit Ideenflucht. In einem besonders ausgeprägten Fall wurden auch Größenideen geäußert, auch trat bei derselben Frau ein erotisches Wesen mit grosser Neigung zu Obszönitäten sehr hervor, was früher als charakteristisch für Generationspsychosen angesehen wurde, heute aber nicht mehr als spezifisch gelten kann, da es ja auch sonst bei Manien oft vorkommt. Nur auf der Höhe der Erregung war Verwirrtheit mit Desorientierung vorhanden, dann wurde in einem Fall auch die Nahrung verweigert. Auf der Höhe der Erregung liessen sich ganz vorübergehend Gehörstäuschungen nachweisen. Einmal war auch ein sehr kurzes depressives Nachstadium vorhanden, das Seiffer als geistige und körperliche Reaktion auf die exzessive Leistung der Manischen auffasst.

2 Fälle heilten vollständig, aber nur in einem Fall war zu erfahren, dass die Heilung jetzt 7 Jahre angehalten hat, bei dem zweiten wurde später chronischer Alkoholismus mit hysterischen Anfällen festgestellt, weiter ist nichts bekannt geworden. Ein dritter Fall, eine Laktationspsychose wurde nach einem Monat gebessert entlassen und 2 Jahre später wieder mit einer Manie in eine Provinzialanstalt aufgenommen und befindet sich noch dort. In den geheilten Fällen betrug die Dauer der Psychose  $1\frac{1}{2}$  Monat resp. 1 Jahr.

Bei dem einen Fall mit periodischer Manie begann die Psychose 2 mal im Puerperium. Sie machte zeitweise den Eindruck einer Amentia: auf der Höhe der Erregung steigerte sich die Ideenflucht nämlich zur völligen Inkohärenz, die Orientierung ging verloren, Gehörs- und Gesichtstäuschungen traten vorübergehend auf. Die Orientierung kehrte jedoch, als die Kranke sich beruhigte, sofort wieder, die Halluzinationen schwanden und ein bereits im Beginn der Psychose vor-

handener heiterer Affekt trat wieder zu Tage. Ab und zu wurden auch hier Beeinträchtigungsideen geäussert. Das heiter-läppische Wesen hielt noch lange nach eingetretener Beruhigung an, während bei der Amentia gewöhnlich nach Wiederkehr der Orientierung auch sonst das Verhalten geordneter wird. Endogene oder exogene ätiologische Faktoren fanden sich neben der normalen Geburt nicht, jedoch machte die Frau bei beiden Erkrankungen einen erschöpften Eindruck. Vielleicht ist das erschöpfende Moment hier wie bei der Katatonie geeignet, amentiaähnliche Bilder hervorzurufen. Die Frau erkrankte, nachdem sie 7 Jahre völlig gesund gewesen war und auch ohne Störung eine normale Geburt durchgemacht hatte, nach 7 Jahren wieder im Puerperium und wurde dann ungeheilt entlassen. Ueber den weiteren Verlauf war keine Auskunft zu erlangen.

Die Gesamtprognose dieser Fälle liegt also so, dass 2 von den Laktationspsychosen geheilt wurden, davon einer nach 2 Jahren wieder erkrankte und jetzt noch ungeheilt ist. Von den Fällen, bei denen keine Auskunft zu erhalten war, wurde der eine ungeheilt, der andere gebessert entlassen.

Erwähnt sei zum Schluss bei der Gruppe der Manien und Melancholien, dass in  $13 = 72,22$  pCt. der Fälle Suizidgedanken geäussert, davon in  $9 = 50$  pCt. auch Suizidversuche gemacht wurden. Schott fand dagegen, dass bei den gewöhnlichen Melancholien nur in  $38$  pCt. Suizidideen geäussert, in  $30$  pCt. auch Suizidversuche gemacht wurden, Lippshitz, dass in  $37,3$  pCt. Suizidversuche ausgeführt wurden. Die Zahlen scheinen also bei den Melancholien des Generationsgeschäftes höher zu sein. In 3 Fällen wurden auch Mordabsichten gegen die Kinder geäussert, eine Frau versuchte Feuer anzulegen.

#### Hysteriepsychosen.

Das Vorkommen hysterischer Seelenstörungen findet sich in der Literatur über Puerperalpsychosen sehr wenig erwähnt, erst in den neueren Arbeiten sind einzelne Fälle meist nur ganz kurz aufgezeichnet. Dagegen wird in den Arbeiten der Gynäkologen vielfach das Vorkommen hysterischer Störungen in der Gravidität, im Wochenbett und während der Laktation erwähnt (Martin, Theilhaber, Krönig, Windscheid). Raimann betont die ätiologische Bedeutung des Wochenbetts für die Hysterie. Theilhaber ist der Ansicht, dass auch die Hysterie durch die Gravidität hervorgerufen werden könne. Dagegen wird auch hier von dem Vorkommen echter hysterischer Psychosen während des Generationsgeschäftes nicht gesprochen. — Wie schon erwähnt, ist nach Cramer die Gravidität schon an und für sich mit ge-

wissen nervösen Störungen, wie Reizbarkeit, Angstzuständen, unruhigem Schlaf, eigenartigen Gelüsten verbunden, auch können hysterische Erscheinungen in der Gravidität eine Steigerung erfahren und Lähmungen usw. neuerdings auftreten (P. Müller, s. M. Runge). Das Erscheinen hysterischer Psychosen in der Gravidität, dem Puerperium, der Laktation kann uns also nicht Wunder nehmen.

Die Häufigkeit hysterischer Psychosen ist bei Hoppe mit 7 pCt., bei E. Meyer mit 9,7 pCt., bei Münzer mit 0,99 pCt., bei Reinhardt mit 3,1 pCt. und bei Quensel mit 3,09 pCt. angegeben. Unter unseren Fällen fanden sich  $13 = 11,8$  pCt. hysterische Psychosen, also erheblich mehr. Ausserdem traten in 5 anderen nicht mitgezählten Fällen im Generationsgeschäft zum ersten Mal Krämpfe oder Lähmungen auf.

Aetiologisch wichtig ist, dass die meisten Fälle im Gegensatz zu allen übrigen Psychosenformen, mit Ausnahme der Choreapsychosen, in der Gravidität entstanden sind, nämlich  $7 = 53,85$  pCt. und nur  $6 = 46,15$  pCt. im Puerperium.

Von den 7 Graviditätspyschosen begannen 3 im Anfang, 2 am Ende der Gravidität, 2mal war der zeitliche Beginn der Psychose unbekannt. Ein Unterschied gegenüber den Graviditätskatatonien, in denen die meisten übrigen Graviditätspyschosen enthalten sind, besteht hierin nicht. 3 von den puerperalen Fällen begannen in der 1., einer in der 3. und einer in der 5. Woche nach der Geburt. In einem Fall war der zeitliche Beginn nicht genauer zu bestimmen. Wie bei den übrigen Psychosen überwiegen also auch hier die in der ersten Woche beginnenden. Die meisten Hysteriepsychosen fanden sich im jugendlichen Alter, nämlich  $11 = 84,61$  pCt., im Alter unter 30 Jahren. Besonders ist das gegenüber den Graviditätskatatonien hervorzuheben, wie auch die Tatsache, dass die Graviditätshysterien meist Erstgebärende waren, dagegen die Puerperalhysterien meist Mehrgebärende. Man kann das Ueberwiegen der Hysteriepsychosen bei den erstgebärenden Gravidien vielleicht darauf zurückführen, dass bei diesen die ungewohnten Beschwerden der Schwangerschaft, besonders bei den hier stark vertretenen ausserehelichen Gravidien, noch verbunden mit gemütlichen Aufregungen, subjektiv besonders empfunden werden und daher einen besonders schädlichen Einfluss auf ein labiles Nervensystem ausüben. Im Ganzen fanden sich  $6 = 46,15$  pCt. Erstgebärende,  $7 = 53,85$  pCt. Mehrgebärende, darunter 2 Zweit-, 1 Dritt- und 4 Viertgebärende. Die Erstgebärenden sind also bei der Amentiagruppe am zahlreichsten, danach ist ihr Prozentsatz jedoch bei den Hysteriepsychosen am grössten.

Die exogenen ätiologischen Momente bei den Hysteriepsychosen waren folgende:

	Blutung	Aufregung	Erschöpfung
G.-P. .	2	—	—
P.-P. .	3	1	1
	5	1	1

Bei den Graviditätpsychosen, bei denen Blutungen ätiologisch mitgewirkt hatten, zeigten sich schon in der Gravidität Prodromalsymptome. Der eigentliche Ausbruch der Psychose erfolgte aber erst nach der mit starker Blutung einhergehenden Geburt. Sehr starke Blutungen waren in einem der puerperalen Fälle schon während der Schwangerschaft infolge Vorliegens der Plazenta aufgetreten und hatten die Kranke geschwächte, bei der dann nach einer heftigen psychischen Erregung die kurzdauernde Psychose einsetzte. In einem anderen puerperalen Fall bestand schon bei der Geburt infolge Unterernährung eine ziemlich starke Erschöpfung. Im ganzen ließen sich bei 7—53,58 pCt. exogene ätiologische Momente nachweisen. Die endogenen waren folgende:

	Belastung schwere	Belastung leichte	Disposition
G.-P. .	3	—	3
P.-P. .	—	2	3
	3	2	6

Bei den 6 als disponiert bezeichneten Fällen waren schon früher leichtere Symptome von Hysterie aufgetreten. Von diesen war auch einer belastet. Im ganzen waren also bei  $10 = 76,29$  pCt. endogene ätiologische Momente vorhanden, also bei den Hysteriepsychosen am meisten. Im ganzen waren bei 4 endogene und exogene ätiologische Momente gleichzeitig nachzuweisen. Bei allen 13 Hysteriepsychosen waren also irgend welche schädigende Faktoren neben Schwangerschaft und Geburt vorhanden.

Gestillt hatten im ganzen 4 Fälle, darunter einer trotz der in der Gravidität ausgebrochenen Psychose. Durch besonders schweren Verlauf zeichnete dieser sich nicht vor den anderen aus.  $4 = 30,77$  pCt. waren ausserehelich Gebärende.

Unsere Hysteriepsychosen lassen sich in zwei Gruppen einteilen, zu denen dann 9 Depressionszustände und 4 Verwirrtheitszustände auf hysterischer Basis gehören würden. Ausserdem kommen 5 nicht mitgezählte Fälle mit Lähmungen und Krämpfen hinzu: Die Verteilung auf die verschiedenen Generationsphasen war folgende:

	Krämpfe, Lähmungen	Depressionen	Verwirrtheits- und Erregungszustände
G.-P. .	2	5	2
P.-P. .	3	4	2
	5	9	4

Die Krämpfe und Lähmungen traten in allen Fällen zuerst in der Gravidität oder im Wochenbett auf, kehrten dann teilweise auch ausserhalb derselben wieder. Die zwei Graviditätsfälle waren Erstgebärende, davon eine ausserehelich geschwängert, auch bei den drei puerperalen Fällen traten Krämpfe und Lähmungen im ersten Puerperium auf und kehrten dann häufig wieder, besonders aber in späteren Graviditäten. Nur einmal war die Geburt mit der Zange beendet, ausserdem hatten starke Blutungen stattgefunden; bei den übrigen fehlten sonstige ätiologische Momente. — Von praktischer Wichtigkeit und vielleicht auch für die Entstehungsweise des Leidens bezeichnend ist, dass gerade hier direkt oder andeutungsweise die Einleitung des künstlichen Abortes verlangt wurde, aber natürlich abgelehnt werden musste. Bei keinem einzigen von den echten Melancholienfällen und den sonstigen Psychosen wurde eine derartige Forderung gestellt.

Bereits bei einer der Frauen mit hysterischen Anfällen in der Gravidität war zeitweise eine leichte Depression vorhanden, während der die Kranke meinte, sie werde nicht besser. Ausgeprägte Depressionen wurden aber in 9 Fällen beobachtet. 4 von diesen waren erblich belastet oder sonst disponiert, bei dreien hatten endogene und exogene ätiologische Momente gleichzeitig mitgewirkt, bei zwei nur exogene. Unter den Fällen mit exogenen Momenten befinden sich zwei, die infolge ausserehelicher Schwangerung psychisch sehr mitgenommen worden waren. Nur drei waren Erstgebärende, die übrigen Mehrgebärende. — Bei manchen derartigen Fällen wird die Unterscheidung von der Melancholie Schwierigkeiten machen. Fürstner hebt als charakteristisch für hysterische Depressionen hervor, dass die Patienten meist nicht so dauernd von dem traurigen Affekt beherrscht würden, wie die echten Melancholiker, dass Suizidversuche bei ihnen häufig

sind, aber meist wahrnehmbare und deutliche Vorbereitungen getroffen werden, zuweilen aber auch Suizidversuche durch ganz unbedeutende Vorkommnisse (z. B. Ausbleiben eines erwarteten Besuchs usw.) ausgelöst werden. Die hysterischen Anfälle sollen meist während der Depression aufhören. Je nach dem Hervortreten einzelner Züge bezeichnet Fürstner die Fälle als Hystero-Melancholie oder als Melancholie mit hysterischen Zügen. Wir können bestätigen, dass auch bei den graviden und puerperalen Formen die Kranken nicht dauernd von dem traurigen Affekt beherrscht wurden. Wahnhafte depressive Ideen wurden überhaupt nur in einem Fall geäussert. Hysterische Erscheinungen traten bei allen sehr deutlich zutage, sodass man berechtigt ist, alle diese Fälle der Hysterie zuzuzählen. Zwei der Fälle erinnerten auch an die von Markus und Friedmann beschriebenen Formen von Melancholie bei Neurasthenie oder, wie Friedmann sie bezeichnet, von Zwischenformen von Neurasthenie und Psychose die, aber nicht zu der eigentlichen Melancholie gerechnet werden können. Der von Friedmann bei derartigen Fällen geforderte Nachweis von erschöpfenden Ursachen würde hier durch starke Blutungen gegeben sein. Eine strenge Trennung von der Hysterie war aber auch bei diesen Fällen nicht möglich, zumal bei einem bereits früher hysteriforme Anfälle aufgetreten waren.

Am meisten der Melancholie ähnelte Fall 10, der aber auch zahlreiche hysterische Symptome aufwies: Die 24 jähr. Frau erkrankte nach einer gemütlichen Erschütterung im 2. normalen Wochenbett mit einer Depression, nachdem sie schon früher Zeichen einer grossen Labilität des Nervensystems wie zeitweise Verstimmungen, Zittern, Schwindelanfälle, „Nervenschmerzen“ besonders während der letzten Laktation geboten hatte. Angeblich soll sie zu Haus im Anfang Versündigungs-ideen und Selbstvorwürfe geäussert haben. Charakteristisch für die hysterische Natur des Leidens ist aber, dass sie vor dem beabsichtigten Suizidversuch einen Abschiedsbrief schrieb, dann erst zur Ausführung der Tat schritt, nach eigener Angabe zögerte ins Wasser zu gehen und dabei eigentlich unfreiwillig hineinfiel. Ausserdem bestanden auch neben der depressiven Verstimmung sehr viele nervöse Beschwerden, wie Zucken und Prickeln in den Händen und Gliedern, Kopfschmerzen, Schmerzen in den Augen, kaltes Gefühl auf dem Kopf, „jeder Nerv zitterte“. Charakteristisch ist ferner, dass die Verstimmung nicht gleichmässig schwer war, sondern durch äussere Einflüsse leicht verbessert wurde, wie z. B. durch die Besuche der Angehörigen, dass sie sich beklagte, es geschehe nicht genug für sie, dass sie verstimmt war, als ihr Mann ihrer Meinung nach zu früh von Entlassung sprach und dann sagte, so weit sei sie noch lange nicht. Alles dieses genügt

wohl vollauf zur Annahme einer hysterischen Depression. Dieselbe lief nach ca. dreimonatlichem schwankendem Verlauf vollständig ab. Heute macht die Kranke nach  $3\frac{1}{2}$  Jahren alle ihre Arbeiten wie früher, soll aber leicht verstimmt und erregbar sein.

In den übrigen Fällen war der Verlauf ganz ähnlich, nur dass sich wahnhaft depressive Ideen wie Versündigungsideen, Kleinheitsideen usw. überhaupt nicht zeigten und sich immer deutlich hysterische Erscheinungen nachweisen liessen. Meist war die Depression mit ausgesprochenem Angstgefühl verbunden: die Kranke äusserte hauptsächlich die Furcht, nicht wieder besser zu werden, sterben zu müssen. In einigen Fällen wurde die Angst direkt in die Herzgegend lokalisiert, einmal wurde auch über Beklemmung auf Brust und Rücken geklagt. Die Depression war bei 4 Frauen leichter, bei 5 schwerer. Halluzinationen kamen nicht vor, nur einmal gab eine Kranke an, Geister geseten zu haben. Es wurde über folgende nervöse Beschwerden geklagt: Frostgefühl, Schwäche in den Beinen, überall Schmerzen, Kopfschmerzen, nachts Zuckungen im Körper, Herzklopfen, Albträumen, Sausen im Kopf, Rückenschmerzen, schweißige Hände, Mattigkeit, Erbrechen, Schmerzen in der Stirn, allgemeine Hyperästhesie, Schwindelgefühl. Auch war die traurige Verstimmung wie erwähnt nicht dauernd wie bei der Melancholie vorhanden, sondern zwischendurch konnten die Kranken auch ganz vergnügt sein, einzelne liessen sich auch durch Zuspruch beruhigen, wurden erst wieder traurig, wenn sie nach ihren Beschwerden gefragt wurden. Weiter hatten einzelne früher an Ohnmachtsanfällen gelitten, beschäftigten sich vielfach dauernd mit ihren Beschwerden, übertrieben nach Art Hysterischer dieselben sichtlich, waren eigensinnig, reizbar, empfindlich. Seltener wurden während der Depression Anfälle beobachtet, einige Male waren dieselben auch schon früher aufgetreten oder wie in einem Fall erst nach Ablauf der Depression. Auffallend häufig wurden Suizidgedanken geäußert oder auch Suizidversuche ausgeführt, wie in 4 Fällen, bei denen die Versuche alle ziemlich ernst waren. Dreimal wurden sie in Graviditätsdepressionen, nur einmal in einer puerperalen Depression ausgeführt. Zweimal spielte das Moment der ausserehelichen Schwangerung mit. — Die Depression heilte in der Klinik in 5 Fällen nach  $2\frac{1}{2}$ —4 monatlicher Dauer ab, jedoch blieben in allen diesen Fällen nervöse Erscheinungen zurück. 2 Fälle wurden ohne wesentliche Besserung entlassen, bei einer von diesen lief aber die Depression schon vor der Geburt des Kindes zu Hause ab, trotzdem es sich um eine uneheliche Geschwängerte handelte. Zweimal war die Depression bei der Entlassung nur gebessert, über den weiteren Verlauf war aber nichts zu erfahren.

Hysterische Verwirrtheitszustände sind als Generationspsychosen bisher wenig beschrieben worden. Sie wurden hier 4 mal, und zwar zweimal in der Gravidität, zweimal in den ersten Tagen nach der Geburt beobachtet und traten einmal bei einer belasteten Frau, dreimal bei sonst Disponierten auf, von denen eine bereits früher hysterische Anfälle gehabt hatte. Ausserdem war eine dieser Kranken durch starke Blutungen in der Schwangerschaft stark geschwächt und machte später noch schwere psychische Erregungen durch. Zwei waren ausserehelich Gebärende, bei denen die gemütliche Einwirkung der Sorgen usw. ebenfalls schwer ins Gewicht fiel. — Die schwerste derartige Psychose entwickelte sich bei einer ausserehelich Geschwängerten, die sehr schwer belastet war (Fall 11): Das 20jährige Mädchen erkrankte in der Zeit, als die Menses zum ersten Mal ausblieben, mit einer hochgradigen Erregung verbunden mit heftiger motorischer Unruhe, Rededrang, Neigung zum Zerstören. Dabei schien sie verwirrt, sprach durcheinander, verkannte die Personen der Umgebung. Nach 8 Tagen trat völlige Klarheit und Beruhigung ein, jedoch kehrten dieselbe Erregung und Verwirrtheit 4 Wochen später, als abermals der Eintritt der Menses erwartet wurde, wieder. Dabei wurden dann auch Gehörs- und Gesichtstäuschungen beobachtet. Nach zirka acht Tagen trat ebenfalls wie das erste Mal völlige Beruhigung mit Schwinden aller Krankheitserscheinungen ein, nur blieb eine gewisse Labilität der Stimmung zurück. Die nächste Erregung begann wiederum 4 Wochen später, diesmal mit einem schweren hysterischen Anfall, der aber durch Faradisieren koupiert werden konnte. In 4wöchigen Zwischenräumen wiederholten sich dann die Verwirrtheitszustände noch zweimal, teilweise begleitet von hysterischen Anfällen. Während der hochgradigen Erregungen war die Kranke keinem Zuspruch zugänglich und gerade, wenn die Aerzte zur Visite kamen, steigerte sich die Erregung zu hochgradigster Tobsucht. Immer bestand in den Zwischenzeiten vollkommen geordnetes Verhalten, war die Orientierung vollständig vorhanden, arbeitete die Kranke fleissig im Haushalt mit und klagte nur zeitweise über Kopfschmerzen. Die Erinnerung an die Erregungen war unvollkommen. Als dann bei den ersten Anzeichen beginnender Erregung Brom gegeben und dieselbe dadurch vollkommen koupiert war, zeigten sich andere hysterische Erscheinungen; wie: lauter, bellender Husten ohne jeden objektiven Befund, labile Stimmung. Die Geburt erfolgte ohne weitere Störung, Verwirrtheitszustände sind nie mehr aufgetreten, jedoch wurden zu Haus noch hier und da hysterische Anfälle beobachtet. Die Kranke soll jetzt ebenso gut wie vor der Erkrankung arbeiten. Abgesehen von dem häufigen Auftreten hysterischer Anfälle, der grossen Beeinflussbarkeit der Verwirrtheitszustände durch

therapeutische Massnahmen, spricht schon das eigentümliche Auftreten der Verwirrtheitszustände gerade zur Zeit der erwarteten Menses besonders für Hysterie. Es ist anzunehmen, dass das Mädchen gerade in der betreffenden Zeit ihren Zustand besonders beobachtete, sich besondere Sorgen deswegen machte und das Ausbleiben der Menses psychisch stark auf sie einwirkte. Gegen katatonen oder manischen Erregungen sprechen eben die erwähnten Umstände, der hysterische Charakter des Leidens ist zweifellos. Möglicherweise wird die ausserordentliche Schwere des Krankheitsbildes etwas durch die sehr schwere Belastung erklärt.

Bei den drei anderen Fällen handelte es sich nur um ganz kurze, Stunden oder Tage dauernde Verwirrtheitszustände mit Personenverkennung, Desorientierung, Gehörs- und Gesichtstäuschungen. Alle hatten schon früher Zeichen von Nervosität geboten, einer auch schon früher Anfälle gehabt. Neben Schwangerschaft und Geburt liessen sich immer äussere Ursachen wie schwächende Momente und psychische Erregungen nachweisen. In allen Fällen ließen die Verwirrtheitszustände vollständig ab. Eine Frau soll bis zu ihrem später an einem interkurrenten Leiden erfolgten Tode psychisch gesund gewesen sein. Ueber die übrigen war keine Nachricht zu erhalten.

Der Ausgang der gesamten Hysteriefälle war folgender:

	Geheilt	Gebessert	?
G.-P. . .	1	2	4
P.-P. . .	1	2	3
	2	4	7

Bei den Geheilten handelt es sich um Verwirrtheitszustände, bei denen sich später keinerlei Krankheitserscheinungen mehr zeigten. Die Gebesserten zeigten noch später nervöse Symptome, wie Anfälle, Labilität der Stimmung, leichte Reizbarkeit, Klagen über Kopfschmerzen usw. Sie arbeiteten infolgedessen auch meist nicht so gut, wie früher. Bei den übrigen Fällen, über die Katamnese zu erhalten war, waren die psychischen Störungen meist schon vor der Entlassung abgelaufen, höchstens blieben auch hier nur nervöse Erscheinungen zurück. Man kann also auch diese Fälle zu den günstig ausgehenden rechnen. 3 machten noch nach der Entlassung Geburten durch, dabei zwei, die in der betreffenden Gravidität in der Klinik waren, ohne dass sich die hysterischen Erscheinungen in dem Masse wie vorher wiederholt hätten. 3 von den pueralen, 1 von den Fällen, die in der Gravidität entstanden waren,

hatten trotz der Psychose gestillt, ohne dass eine wesentliche Beeinflussung im Verlauf der Psychose nachzuweisen gewesen wäre. — Auch bei den Hysteriepsychosen wurde in 5 Fällen, darunter von 4 Frauen der künstliche Abort verlangt, ohne dass ein solcher erforderlich gewesen wäre, da ein günstiger Verlauf auch ohne denselben eintrat.

Es sei hier nochmals betont, dass hysterische Geistesstörungen im Puerperium, besonders aber in der Gravidität häufiger zu sein scheinen, als man bisher angenommen hat, da eine genaue Diagnose hier grade mit Rücksicht auf die Frage der Einleitung des künstlichen Abortes von Wichtigkeit ist.

### Epilepsie.

Dass die Epilepsie in der Gravidität, dem Puerperium und der Laktation entsteht, scheint nach den spärlichen Angaben zu schliessen, ziemlich selten zu sein. Binswanger erwähnt nur, dass das Fortpflanzungsgeschäft meist einen ungünstigen Einfluss auf den Verlauf der Krankheit ausübe. Vorkastner führt nur kurz an, dass Gravidität und Laktation Anstoss zum Aufbruch einer Epilepsie geben können. Weiter hatte Siemerling unter seinen Puerperalpsychosen 5 Fälle, bei denen sich die Entstehung der Epilepsie auf das Puerperium zurückführen liess. Derartige Fälle werden auch von Hoppe, Martin, E. Meyer erwähnt, bei denen nicht nur Puerperium, sondern auch Gravidität die auslösende Ursache bildete. Unter den Fällen der Kieler psychiatrischen und Nervenklinik und denen der Göttinger Frauenklinik fanden sich keine, bei denen die Entstehung der Epilepsie sich auf das Fortpflanzungsgeschäft hätte zurückführen lassen.

Scheint also demnach das Fortpflanzungsgeschäft von geringerer ätiologischer Bedeutung bei der Entstehung der Epilepsie, so ist es doch anders mit dem Einfluss desselben auf eine bereits bestehende Epilepsie: Binswanger, Negri, Roggi (s. Mongeri), E. Meyer, Neu halten den Einfluss teils auf Grund eigener Fälle meist für ungünstig, dagegen glauben Pinard, Porro (s. Mongeri), Berard einen günstigen Einfluss auf den Verlauf der Epilepsie beobachtet zu haben. Binswanger gibt auch diese Möglichkeit zu und erwähnt einen Fall mit Stillstand der Erkrankung während der ganzen Zeit des Fortpflanzungsgeschäftes und Wiederausbruch mit erneuter Hefthigkeit und rapidem geistigen Verfall im Klimakterium. Chambrelent, Mongeri u. a. halten ebenfalls beides für möglich und glauben, dass die Epilepsie auch gänzlich unbeeinflusst durch das Fortpflanzungsgeschäft bleiben kann. Unter 5 Fällen von epileptischen Frauen, die in der Göttinger Frauenklinik zur Entbindung kamen, fanden sich zwei,

bei denen sich die Anfälle während dieser Zeit häuften. In einem von diesen blieben aber die Anfälle bei der folgenden Gravidität ganz fort. In den zwei anderen Fällen blieb die Epilepsie ganz unbeeinflusst. Es müssen also alle drei Möglichkeiten zugegeben werden.

Was die epileptischen Psychosen betrifft, so kann natürlich auch jede Form derselben während des Fortpflanzungsgeschäftes vorkommen. Unter unseren Fällen wurden keine solche Psychosen beobachtet. Hinzzuweisen ist hier nur auf die bereits früher besprochenen Verwirrheitszustände und Dämmerzustände während oder kurz nach der Geburt, wie sie Hoppe, Siemerling, Raecke, E. Meyer beobachtet haben.

#### Paranoia chronica.

Fälle dieser Krankheitsgruppe, deren Entstehung in die Zeit des Generationsgeschäftes zurückreicht, sind bei den meisten Autoren gar nicht, bei Hoppe nur mit 1 pCt., bei E. Meyer mit 9,8 pCt. vertreten. Unter den Kieler Fällen befindet sich nur einer, der gleich nach einer normalen Geburt, ohne dass sich sonstige exogene oder endogene ätiologische Momente nachweisen liessen, mit Beeinträchtigungsideen, Verfolgungsideen erkrankte und sich im Verlauf von Jahren sehr chronisch entwickelte. Andeutungsweise war ein Wahnsystem vorhanden, auch wurden dieselben Wahnideen festgehalten. Von den paranoiden Formen der Katatonie unterscheidet er sich dadurch, dass keine katatonen Symptome auftraten, dass Abnahme des Affekts noch nach 3jähriger Krankheitsdauer nicht festzustellen war, dass auch eine Zerfahrenheit des Gedankenganges bisher fehlte. Heilung trat nicht ein, die Kranke befindet sich zwar zu Haus, arbeitet aber schlechter wie früher und zeigt ihre Wahnideen noch. Mit Sicherheit wird sich in den meisten so chronisch verlaufenden Fällen gar nicht feststellen lassen, ob die Erkrankung wirklich erst in der Gravidität oder im Puerperium begonnen hat, und es wird sich sicher oft genug um ein rein zufälliges Zusammentreffen des Beginns der Psychose mit diesen Generationsphasen handeln.

#### Progressive Paralyse.

Auch die Paralyse kann in der Gravidität, dem Puerperium und in der Laktation ausbrechen, wenn auch den Generationsphasen bei dieser Erkrankung kaum mehr als die Bedeutung einer auslösenden Ursache zugeschrieben werden kann. Es fanden sich unter den Fällen von

Münzer	6	=	6	pCt.	progressive Paralysen
Quensel	3	=	3	"	"
Höche	5	=	2	"	"
Schmidt	6	=	2	"	"
Winter	1	=	1	"	"

Unter den Kieler Fällen fand sich keine Paralyse. Auch hier besteht natürlich die Schwierigkeit des Nachweises, wann die Erkrankung in dem betreffenden Fall überhaupt begonnen hat.

### Imbezillität.

Bei der Imbezillität, die hier hauptsächlich forensisches Interesse hat, kann nach Siemerling wohl einmal eine halluzinatorische Erregung im Wochenbett auftreten. Besonders wichtig sind die Fälle von Schwachsinn bei ausserehelich Gebärenen, da diese zuweilen für die Geburt keine Vorsorge treffen und den Neugeborenen nicht die nötige Pflege angedeihen lassen. Welche Schwierigkeiten eine solche Person schon in einem Krankenhouse machen kann, zeigt ein Fall aus der Göttinger Frauenklinik, bei dem die Gravida sich nicht untersuchen liess, den Wehenbeginn verheimlichte und schliesslich heimlich auf der Schwangerenabteilung nieder kam. Unter die eigentlichen Generationspsychosen sind natürlich derartige Fälle nicht zu zählen.

### Gesamtprognose der Generationspsychosen.

Die Gesamtprognose der Generationspsychosen ist abhängig von der Prognose der einzelnen Formen und damit von den Prozentverhältnissen, in denen diese Formen unter den Generationspsychosen vertreten sind. Von jeher hatte der Satz Geltung: die Prognose der Generationspsychosen in der Gesamtheit ist als günstig zu bezeichnen. Auch die neueren, erheblich kritischeren Untersuchungen haben im allgemeinen an diesem Satz nichts zu ändern vermocht. Wie wir sehen werden, ist diese günstige Prognose auf den hohen Prozentsatz an Fällen der Amentiagruppe, der Melancholie und der hysterischen Psychosen zurückzuführen. — In der Literatur sind die Angaben folgende:

	Geheilt	Gebessert	Ungünstig	Gestorben	Fraglicher Ausgang	Σ
Ripping . . .	pCt. 72=42,8	pCt. 17=10,1	pCt. 60=35,7	pCt. 9= 5,3	pCt. 10= 5,95	168
Schmidt . . .	96=36,2	51=19,3	98=37,0	20= 7,5	18=6,36	283
Hoppe . . . .	57=57	9= 9	29=29	5= 5	—	100
Knauer . . . .	21=25,6	35=42,7	26=31,7	—	—	82
Münzer . . . .	37=37	—	51=51	13=13	—	101
Reinhardt .	49=38,0	17=13,3	42=32,6	17=13,3	4=3,2	129
Quensel . . . .	47=42,0	29=26,0	25=22,3	11= 9,8	—	112
	379=38,9	158=16,2	331=34,0	75= 7,7	32=3,3	975

Also verliefen günstig 537 = 55,1 pCt., ungünstig 406 = 41,7 pCt.

Diese Zahlen sind natürlicherweise nicht sehr genau, da eine grössere Anzahl von Autoren keine Nachforschungen nach den Fällen angestellt hat, die Heilungen also nicht in allen Fällen sicher sind, und auch der eine Autor einen Fall noch als günstig bezeichnet, in dem ein anderer vielleicht einen ungünstigen Ausgang erblicken würde. Ziemlich übereinstimmend mit diesen Zahlen fand Siemerling unter 332 Fällen bei 58 pCt. einen günstigen, bei 40 pCt. einen ungünstigen Ausgang.

Wir haben nach dem Ausgang unserer 110 Fälle genauere Nachforschungen angestellt. Zunächst war beabsichtigt, alle Fälle persönlich nachzuuntersuchen, eine Forderung, die neuerdings von Dreyfuss, Urstein u. a. dringend gestellt worden ist. Dieser Plan musste aber bald aufgegeben werden, da eine Durchführung desselben bei dem ausserordentlich zurückhaltenden Charakter der holsteinischen Bevölkerung so gut wie unmöglich war, wie die Tatsache zeigt, dass auf unsere Auforderungen, sich zur Untersuchung in die Klinik einzufinden oder anzugeben, wann ein Arzt zur Untersuchung kommen könnte, fast nie eine Antwort erfolgte. Weiter ist aber auch die persönliche Nachuntersuchung unserer Ansicht nach nicht von der Wichtigkeit, wie es von anderer Seite hingestellt worden ist. Gröbere Störungen werden von den Angehörigen meist richtig bemerkt, leichtere unbestimmtere Störungen werden aber auch von dem Nachuntersucher sehr schwer festzustellen sein, wenn man sich dabei vor dem „Hineinfragen“ hüten will, da es, wie bereits erwähnt, unmöglich ist zu entscheiden, wie der Patient vor der Erkrankung gewesen ist, ob die leichten, etwa noch vorhandenen Störungen, wie Stimmungsschwankungen, gemütliche Abstumpfung, irgend welche Absonderlichkeiten usw. nicht auch schon vor der Erkrankung bestanden haben, wie das gerade bei den Katatonikern häufig der Fall ist. Man ist daher doch auf die Angaben der Angehörigen angewiesen, die wohl in den allermeisten Fällen als zuverlässig gelten müssen, wenn man ganz bestimmte genaue Fragen stellt. Vermeiden lässt es sich natürlich nicht, dass einige Fälle unterlaufen, die als geheilt angegeben werden, aber doch noch Störungen zeigen. Es wurde deshalb auch besonders darauf Wert gelegt, ob die Krauen seit der Entlassung ebenso gut und regelmässig wie vor der Erkrankung gearbeitet hatten. War dies der Fall, dann ist man wohl berechtigt, einen günstigen Ausgang wenigstens in sozialem Sinne anzunehmen. Ausser dieser Frage wurden noch folgende in allen Fällen schriftlich gestellt: 1. Ob überhaupt und wann psychische Störungen seit der Entlassung von den Angehörigen beobachtet waren, und welcher Art dieselben waren. 2. Ob auffallende Heiterkeit oder Traurigkeit,

leichtere Aufgeregtheit oder grössere Gleichgültigkeit als vor der Erkrankung bemerkt wurde. 3. Ob seit der Entlassung Schwangerschaften und Geburten vorgekommen waren, wie dieselben verlaufen waren, ob die Wöchnerin gestillt hatte, ob in diesen Zeiten psychische Störungen beobachtet wurden. — Meist wurden diese Fragen prompt von den Angehörigen beantwortet, in einzelnen Fällen, in denen die Antworten ausblieben, wurde von den behandelnden Aerzten Auskunft erteilt und in wenigen Fällen von den Patienten selbst. Aus diesen letzteren Antworten liess sich fast immer schon ein Bild über Reste der Krankheit gewinnen.

Einige Fälle konnten auch selbst nachuntersucht oder die Katamnesen von den Angehörigen selbst erhoben werden. Die ungünstig ausgehenden Fälle befanden sich fast alle noch in Provinzialanstalten, von denen uns in liebenswürdigster Weise die Krankengeschichten zur Verfügung gestellt wurden.

Als geheilt wurden nun solche Fälle angesehen, die ebensogut wie vor der Erkrankung arbeiteten und nebenher keine irgendwie auffallenden Erscheinungen mehr boten, als gebessert solche, die zwar ebenso gut wie vor der Erkrankung arbeiteten, daneben aber auch noch geringfügigere psychische Störungen zeigten, wie Reizbarkeit, Stimmungswechsel, leichte gemütliche Abstumpfung usw., die noch als Reste der Krankheit betrachtet werden mussten. Einige wenige von diesen arbeiteten auch nicht mehr ganz so gut wie früher, ordneten sich aber der sozialen Gemeinschaft ohne weiteres ein und konnten teils in der Familie, teils auch in anderen Stellungen genügende Arbeit leisten, also im sozialen Sinne als Fälle mit günstigem Ausgang betrachtet werden.

Hierher gehören auch solche, bei denen von mancher Seite eine Heilung mit Defekt angenommen wird. Als ungeheilt wurden die angesehenen, die entweder zu Haus oder in Anstalten verblödet herumsasssen und keine oder nur geringe Arbeit noch leisten konnten. Berücksichtigt man zunächst nur die Fälle über die eine Katamnese zu erhalten war, so ergab sich folgendes Resultat:

	Geheilt	Gebessert	Ungünstig	Gestorben	Sa.
G.-P. . . .	6=42,86 pCt.	3=21,4 pCt.	1=7,14 pCt.	4=28,67 pCt.	14
P.-P. . . .	26=44,82 „	10=17,24 „	12=20,69 „	10=17,24 „	58
L.-P. . . .	6=54,54 „	1=9,19 „	4=36,36 „	—	11
	38=45,78 pCt.	14=16,87 pCt.	17=20,48 pCt.	14=16,87 pCt.	83

Im ganzen verliefen also:

	Günstig	Ungünstig
G.-P. . . .	9=64,29 pCt.	5=35,71 pCt.
P.-P. . . .	36=62,05 "	32=37,39 "
L.-P. . . .	7=63,73 "	4=36,36 "
	52=62,65 pCt.	31=37,35 pCt.

Unsere Zahlen sind also noch günstiger als die aus der Literatur zusammengestellten, und es sei dabei hervorgehoben, dass es sich bei diesen Zahlen um ziemlich sichere und genau festgestellte Ergebnisse handelt. Noch günstiger werden, die Zahlen wenn man alle Fälle hinzunimmt und dabei die, über welche keine Katamnese zu erhalten war, die aber geheilt oder gebessert entlassen wurden und der Form der Psychose nach einen günstigen Verlauf gewährleisteten, also die Eklampsie-, Chorea-, Hysterie-, Manie- und Melancholiefälle noch zu den günstig verlaufenden hinzurechnet:

	Günstig	Ungünstig	?	Sa.
G.-P. . .	15=68,14 pCt.	5=31,86 pCt.	2= 9,09 pCt.	22
P.-P. . .	45=59,21 "	22=19,64 "	9=11,84 "	76
L.-P. . .	7=71,43 "	4=28,57 "	1= 8,33 "	12
	70=63,64 pCt.	31=28,18 pCt.	12=10,91 pCt.	110

Selbst wenn alle die Fälle, die noch unter „fraglich“ geführt sind, schlecht ausgingen, würde das Gesamtresultat nicht wesentlich verschlechtert.

Unter den Geheilten sind 5 bis zu 2 Jahren geheilt

18 „ 2—4 Jahre

5 „ 4—6 Jahre

4 „ 6—7½ Jahre.

6 von den Geheilten erkrankten wieder, darunter drei Katatonien und drei Melancholien, sind aber alle bis auf einen bereits wieder längere Zeit geheilt. Die Wiedererkrankung erfolgte dreimal nach 2 Jahren, dreimal nach 5, 6 und 7 Jahren. Bei den Gebesserten hat die Besserung jetzt bis zu 7½ Jahren angehalten. Von den Ungeheilten sind 13 seit Jahren vollkommen verblödet in Anstalten, ein Fall von Manie ist nach 4 Jahren wieder erkrankt und befindet sich noch in einer Anstalt, 3 Fälle sind vollkommen verblödet

zu Haus. Die Verblödeten rekrutieren sich alle mit Ausnahme des einen Paranoiafalles aus der Katatonie. Die Krankheit dauert jetzt bei 4 bis zu 2 Jahren, bei 13 2 bis 4 Jahr. Schubweisen Verlauf hatten ausser dem einen bisher ungeheilten Maniefall 4 Katatonien gezeigt.

Von den 13 Gestorbenen sind 4 an puerperaler Sepsis zugrunde gegangen, einer an puerperaler gonorrhoeischer Allgemeininfektion, 5 an interkurrenten Krankheiten wie Pneumonie, Magendarmkatarrh, Erysipel, Gehirnabszess, eine an Inanition, eine längere Zeit nach der Entlassung draussen durch Suizid, eine im Verlauf eines Delirium acutum-ähnlichen Zustandes. Der Prozentsatz der Gestorbenen ist bei unseren Fällen im Vergleich mit anderen Statistiken ziemlich hoch. Der Grund hierfür mag darin zu suchen sein, dass alle Infektionsdelirien mitgezählt sind, die alle schon in einem völlig desolaten Zustand in die Klinik kamen und ausnahmslos einen ungünstigen Verlauf nahmen.

Um festzustellen, inwiefern die drei Phasen des Fortpflanzungsgeschäftes die Prognose beeinflussen, war es wieder notwendig, andere Statistiken zum Vergleich heranzuziehen, jedoch konnten nur solche Verwendung finden, in denen in einigermassen ähnlicher Weise die Prozentsätze der günstig und ungünstig ausgehenden Fälle in den drei verschiedenen Phasen besonders berechnet waren. Deshalb wurden die Zahlen der Statistiken von Schmidt und Quensel zusammengezogen und zum Vergleich verwandt. Nach dieser Zusammenstellung waren die Ausgänge in den verschiedenen Phasen folgendermassen:

	Geheilt	Gebessert	Ungünstig	Gestorben	$\Sigma$
G.-P. . . .	27=39,36 pCt.	16=23,19 pCt.	23=33,34 pCt.	3= 4,35 pCt.	69
P.-P. . . .	84=45,16 "	29=15,59 "	54=29,03 "	19=10,22 "	186
L.-P. . . .	41=38,32 "	15=14,02 "	45=42,06 "	6= 5,61 "	107
	152=41,99 pCt.	60=16,57 pCt.	122=33,70 pCt.	28= 7,73 pCt.	362

Demnach verliefen

	Günstig	Ungünstig
G.-P. . . .	43=62,52 pCt.	26=32,69 pCt.
P.-P. . . .	113=60,75 "	73=39,25 "
L.-P. . . .	56=52,34 "	51=47,67 "
	212=58,56 pCt.	150=41,43 pCt.

Nach dieser Zusammenstellung sowie auch nach unseren Zahlen (wenn nur die Fälle mit Katamnesen berücksichtigt werden) verliefen also die Graviditätspychosen am günstigsten, während dagegen andere wie Ripping, Peretti, Quensel, Münzer behaupteten, dass die Graviditätspychosen den ungünstigsten Ausgang zeigten. Nach Schmidt stehen sie der Prognose nach in der Mitte zwischen Puerperal- und Laktationspsychosen und Aschaffenburg hält die Prognose überhaupt für relativ günstig. Es lässt sich also nichts Einheitliches darüber feststellen, ebensowenig wie darüber, ob die ungünstigsten die Puerperalpsychosen wie bei unseren Zahlen oder die Laktationspsychosen wie in den anderen Zusammenstellungen aus der Literatur, sind. Die Entscheidung dieser Fragen ist aber auch weit weniger wichtig wie die, ob die Graviditätspychosen ungünstiger verlaufen als die Puerperal- und Laktationspsychosen zusammen, weil, wie wir sahen, diese letzteren in der Aetiologie und den Formen der Psychosen viel Gemeinsames haben und sich garnicht genau gegeneinander abgrenzen lassen, dagegen die Graviditätspychosen etwas abseits stehen. Nach den Zahlen aus der Literatur ergibt sich dann Folgendes:

	Günstig	Ungünstig
G.-P. . . . .	43=62,52 pCt.	26=37,77 pCt.
P.-P. und L.-P. . .	169=57,68 „	124=42,32 „

Nach unseren Zahlen war der Verlauf folgendermassen:

	Günstig	Ungünstig
G.-P. . . . .	9=64,29 pCt.	5=35,71 pCt.
P.-P. und L.-P. . .	43=62,33 „	26=37,68 „

Die Graviditätspychosen verlaufen also nach allem günstiger wie die Psychosen der beiden übrigen Phasen und dies mag daran liegen, dass eben die Hysteriepsychosen in der Gravidität so häufig sind.

Wichtig für Therapie und Prophylaxe ist die Frage, ob etwa die Graviditätspychosen irgendwie durch die Geburt beeinflusst werden. Fürstner, Weebers, Tuke fanden keinen solchen Einfluss, Tuke sah nur die Erscheinungen etwas zurücktreten, die Heilung erfolgte erst später. Von unseren Fällen wurden 9 durch die Geburt garnicht be-

einflusst, bei 5 trat eine Verschlimmerung der Psychose nach der Geburt ein. 3 Fälle besserten sich nach der Geburt (1 Hysterie, 2 Chorea), nur eine Choreapsychose kam nach der Geburt zur Heilung. Demnach scheint nur bei den Chorea- und Hysteriepsychosen eine günstige Wirkung der Geburt vorzukommen.

Fürstner behauptete, dass die am Ende der Schwangerschaft entstehenden Psychosen eine ungünstigere Prognose hätten als die früher entstehenden. Dies bestätigen unsere Erfahrungen nicht, denn von 10 am Ende der Gravidität ausgebrochenen Psychosen gingen 6 günstig, 2 ungünstig aus, bei den früher ausgebrochenen 5 günstig, 2 ungünstig. Irgend welche prognostischen Voraussagungen lassen sich also bei den Graviditätspyschosen aus der Zeit der Entstehung nicht machen. Ein ungünstiger Einfluss des Stillens konnte bei solchen Patienten, die trotz der in der Gravidität ausgebrochenen Psychose später stillten, sowohl was Verlauf und was Dauer der Psychose betrifft, nicht nachgewiesen werden.

Ueber den Einfluss des Alters auf die Prognose der Psychosen in den drei Phasen des Fortpflanzungsgeschäftes ergibt folgende Tabelle einen Aufschluss:

	Unter 25 Jahren		Sa.	Ueber 25 Jahre		Sa.
	günstig	ungünstig		günstig	ungünstig	
G.-P. .	8=100 pCt.	—	8	8=67 pCt.	4=33 pCt.	12
P.-P. .	23=85 "	4=15 pCt.	27	22=55 "	18=45 "	40
L.-P. .	2=50 "	2=50 "	4	5=71 "	2=29 "	7
	33=85 pCt.	6=15 pCt.	39	35=59 pCt.	24=41 pCt.	59

Wir können daraus ersehen, dass zunächst in der Gesamtheit die Generationspsychosen bei jüngeren Individuen im allgemeinen viel günstiger verlaufen als bei älteren. Im einzelnen haben besonders die jüngeren Graviditätspyschosen, dann aber auch die jüngeren Puerperalpsychosen einen günstigeren Verlauf als die älteren, erstere hauptsächlich deshalb weil unter ihnen sich in der Hauptsache Hysterie- und Choreapsychosen, letztere, weil sich unter ihnen in der Mehrzahl die Amentiafälle finden. Dagegen verlaufen, soweit sich dies nach der geringen Anzahl sagen lässt, die Laktationspsychosen bei älteren Frauen günstiger als bei jüngeren, weil unter ihnen die günstig ausgehenden Amentia- und Melancholien sich in der Mehrzahl befanden.

Eine Zusammenstellung darüber, ob die Psychosen der Primiparae oder der Multiparae günstiger verlaufen, ergibt Folgendes:

	Primiparae		Sa.	Multiparae		Sa.
	günstig	ungünstig		günstig	ungünstig	
G.-P. .	5=83 pCt.	1=17 pCt.	6	10=71 pCt.	4=29 pCt.	14
P.-P. .	20=72 "	9=28 "	29	23=62 "	11=38 "	34
L.-P. .	1=100 "	—	1	8=80 "	2=20 "	10
	26=72 pCt.	10=28 pCt.	36	41=71 pCt.	17=29 pCt.	58

Die Psychosen der Erstgebärenden verlaufen demnach sowohl in jeder einzelnen Phase der Fortpflanzungstätigkeit als auch in der Gesamtheit etwas günstiger als die der Mehrgesärenden, was wohl darauf zurückzuführen ist, dass gerade bei den günstig ausgehenden Amentia- und Hysteriepsychosen die Erstgebärenden überwiegen.

Ueber den Einfluss der exogenen und endogenen ätiologischen Momente auf die Prognose in den verschiedenen Phasen des Fortpflanzungsgeschäftes lässt sich Folgendes sagen:

	Exogene		Sa.	Endogene		Sa.
	günstig	ungünstig		günstig	ungünstig	
G.-P. .	2=67 pCt.	1=33 pCt.	3	12=80 pCt.	3=20 pCt.	15
P.-P. .	27=68 "	13=32 "	40	19=50 "	19=50 "	38
L.-P. .	5=63 "	3=37 "	8	2=100 "	—	2
	34=67 pCt.	17=33 pCt.	51	3= 60 pCt.	22=40 pCt.	55

In der Gesamtheit verlaufen also die Fälle mit exogenen ätiologischen Momenten etwas günstiger als die mit endogenen. Dasselbe ist im einzelnen nur bei den Puerperalpsychosen der Fall, während bei Graviditäts- und Laktationspsychosen die endogenen Momente einen günstigeren Einfluss zu haben scheinen, wenn man aus der kleinen Anzahl von Fällen überhaupt irgend welche Schlüsse ziehen will. Bei den Puerperalpsychosen sind ja auch die Prozentsätze der im allgemeinen am günstigsten ausgehenden symptomatischen Psychosen am höchsten.

Berücksichtigt man nur die Fälle, bei denen allein entweder exogene oder endogene ätiologische Momente vertreten waren, so ergibt sich folgendes Resultat:

	Exogene		Sa.	Endogene		Sa.
	günstig	ungünstig		günstig	ungünstig	
G.-P. .	2=67 pCt.	1=33 pCt.	3	12=80 pCt.	3=20 pCt.	15
P.-P. .	21=78 „	6=22 „	27	13=52 „	12=48 „	25
L.-P. .	3=50 „	3=50 „	6	—	—	—
	26=72 pCt.	10=28 pCt.	36	25=63 pCt.	15=37 pCt.	40

Von den 29 Fällen mit schwerer Belastung verliefen 18 = 67 pCt. günstig, also weniger als von denen mit exogenen ätiologischen Momenten.

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass sowohl Puerperal- wie Graviditätspsychosen bei jugendlicheren Individuen und bei Erstgebärenden einen günstigeren Verlauf nehmen, dass aber bei den Graviditätspsychosen die endogenen ätiologischen Momente eine prognostisch günstigere Bedeutung zu haben scheinen, während bei den Puerperal- und Laktationspsychosen zusammengenommen die exogenen eher für einen günstigeren Verlauf sprechen.

Ueber den Einfluss des Stillens auf die Prognose der Puerperalpsychosen ist bisher wenig verzeichnet worden. Unsere Zahlen ergeben Folgendes: Von 48 Fällen, die meist nur Tage, einzelne auch Wochen und Monate gestillt hatten, verliefen 71 pCt. günstig, 29 pCt. ungünstig, von den 22, die sicher nicht gestillt hatten, 60 pCt. günstig, 40 pCt. ungünstig. Es würde jedoch zu weit gehen, daraus wirklich auf einen günstigen Einfluss des Stillens schliessen zu wollen, da eben die allermeisten nur wenige Tage gestillt hatten.

Mehrfaache Erkrankungen kamen im ganzen bei 22 = 20 pCt. der Fälle vor, davon fielen aber nur bei 6 zwei oder mehrere Erkrankungen in eine Phase des Fortpflanzungsgeschäftes. Ein sehr häufiges Auftreten von Schüben fast in jedem Wochenbett wurde, wie erwähnt, nur in zwei Katatoniefällen beobachtet.

Die Dauer der Generationspsychosen kann Tage, Wochen bis Jahre währen. Weebers schätzt die durchschnittliche Dauer auf

9 Monate. Von unseren 39 geheilten Fällen waren die 4 Eklampsiepsychosen nur einige Tage krank,

6 Fälle	1/2—1 Monat
10 "	2—3 "
5 "	5—7 "
3 "	9—12 "
2 "	2 Jahre

17 = 49 pCt. von den Geheilten haben später noch Geburten durchgemacht, einzelne sogar 2—3. 15 davon hatten auch ihre Kinder wieder gestillt. Nur zwei von diesen erkrankten im Wochenbett wieder, sind aber bereits wieder geheilt, alle übrigen haben die Geburten ohne jede psychische Störung überstanden. Von den Gebesserten machten noch 2 = 12 pCt. Geburten durch, beide stillten ebenfalls ohne wieder zu erkranken.

### Prophylaxe und Therapie der Generationspsychosen.

Wir hatten gesehen, dass von 110 Frauen, die an Generationspsychosen erkrankten, 16 = 14,5 pCt. bereits früher psychisch krank gewesen waren, dass ferner eine kleinere Zahl später nach der Entlassung bei erneuten Geburten wiedererkrankten. Während es zu weit gehen würde, jeder Frau, die bereits früher einmal psychisch erkrankt war, das Eingehen einer Ehe wegen Gefahr der Wiedererkrankung zu verbieten, so muss doch bei solchen Personen, die bereits früher in einer der 3 Phasen des Fortpflanzungsgeschäftes eine psychische Erkrankung durchgemacht hatten, vor einer erneuten Gravidität gewarnt werden, da eben doch eine gewisse, wenn auch nicht sehr grosse Neigung zum Wiedererkranken vorhanden ist. Besonders energisch muss diese Warnung bei solchen Individuen ausgesprochen werden, bei denen bereits mehrere psychische Erkrankungen während des Generationsgeschäftes vorausgegangen waren, und bei denen die Psychosen Neigung zeigen, gerade immer im Anschluss der Gravidität, des Wochenbetts oder der Laktation wiederzukehren, wie wir es in 2 Katatoniefällen sahen. Man wird sich dabei selbstverständlich nach Form der vorliegenden Psychose richten und bei den Katatonien, Manien und Melancholien am energischsten auf die Folgen hinweisen, während bei den Amentiaformen, den Hysteriepsychosen, eine erneute Erkrankung ja kaum vorzukommen scheint.

Sollte dennoch eine erneute Gravidität eintreten, so ist nach allem gerade bei diesen Frauen eine besondere Schonung in der Gravidität, im Wochenbett und der Laktation angebracht, da alles vermieden

werden muss, was sie sowohl körperlich wie geistig weniger widerstandsfähig machen würde. Insbesondere wären die nervösen Störungen bei den Graviden zu bekämpfen, jede Schwächung durch Blutungen, lange Geburten, Infektionen hier besonders zu vermeiden. Deshalb wäre, wenn möglich, eine Entbindung unter dauernder ärztlicher Aufsicht, also in Gebäranstalten am ratsamsten. Die Abnahme der Generationspsychosen in den letzten Jahrzehnten zeigt ja, dass eine Prophylaxe überhaupt sehr wohl möglich ist, da ja schon die Einführung der Anti- resp. Asepsis sowie die bessere Schulung des geburtshilflichen Personals so günstige Resultate erzielt hat. Besonders sei bei dieser Gelegenheit noch auf die Gefahr bei schweren gonorrhoeischen Infektionen hingewiesen, bei welchen, wie in 2 unserer Fälle, besonders schwere Psychosen ausbrachen. Im Wochenbett ist eine möglichst schnelle Hebung des Allgemeinzustandes wichtig, aber auch in der Schwangerschaft ist eine beträchtliche Abmagerung bei derartig disponierten Individuen eine Gefahr. Vor Aufregungen sollen diese Individuen besonders geschützt werden. Obwohl wir ja im allgemeinen keinen ungünstigen Einfluss des Stillens sahen, so ist es doch nur mit aller Vorsicht zu gestatten, da jede Schwächung durch dasselbe ebenfalls doch schädlich wirken kann.

Bei der Therapie der Generationspsychosen ist in Betracht zu ziehen, dass die Suizidgefahr hier ausserordentlich gross ist, wie unsere Zahlen zeigen: Bei  $30 = 27,27$  pCt. kamen ernstliche Selbstmordversuche vor, bei  $17 = 15,45$  pCt. wurden ausserdem Suizidgedanken geäussert; die Gefahr des Suizids bestand also nachweisbar bei 43 pCt., und zwar war sie besonders gross bei der Melancholie, den hysterischen Psychosen und der Amentia. Man darf also auch bei Hysterischen nicht darauf bauen, dass die Versuche nicht ernst gemeint sind, dieselben trugen in unseren Fällen doch einen sehr ernsten Charakter. Einige Male wurden neben den blossen Suizidgedanken auch Mordgedanken geäussert und zwar fast ausschliesslich gegenüber den eigenen Kindern. Da die Gefahr eine so ausserordentlich grosse ist, kann nur in jedem Fall, in dem sich die ersten Symptome einer Psychose zeigen, die Ueberführung in eine Anstalt angeraten werden, zumal bei Vermeidung des Suizids und frühzeitiger sachgemässer Behandlung die Generationspsychosen eine so günstige Prognose bieten. Selbstverständlich ist dann zunächst die Bekämpfung einer vorhandenen starken Erschöpfung oder einer Infektion das wichtigste. Die weitere Behandlung der Psychosen richtet sich nach der vorliegenden Form und ist von der Behandlung der Psychosen überhaupt in keiner Weise verschieden. Erwähnt sei nur,

dass gerade die oft so hochgradig erregten puerperalen Kranken grosse Anforderungen an Aerzte- und Pflegepersonal stellen, dass aber trotz der Schwere des Bildes bei guter Behandlung und Pflege die erfreulichsten Resultate erreicht werden können, wenn es gelingt, den Körper so weit zu kräftigen, dass er die Erschöpfung, die Infektion und etwa auftretende interkurrente Krankheiten überwindet. Erwähnt sei von der speziellen Therapie nur, dass wir bei den hochgradigsten Erregungen, insbesondere bei der hochgradigen Unruhe der Choreakranken von Iso-pralklysmen (5,0 g) gute Erfolge sahen, und dass besonders bei zwei Choreakranken, die vorher kaum im Bett zu halten waren, dadurch sofort Ruhe eintrat und die heftigen Jaktationen nicht wiederkehrten.

Da sich die Wahnideen der Kranken so häufig gerade mit dem neugeborenen Kinde beschäftigen, ist dringend anzuraten, bei den ersten Zeichen der Psychose das Kind von der Mutter zu entfernen, zumal eben auch direkte Mordabsichten geäussert werden.

Viel umstritten ist von jeher eine therapeutische Massnahme, durch die man direkt die Psychose zu bekämpfen sucht, nämlich die Einleitung des künstlichen Aborts bei Graviditätspsychosen. Da strikte Indikationen zum Ergreifen dieser Maassnahme bisher nicht festgestellt werden konnten, so ist auf diesem Gebiet dem subjektiven Empfinden sehr viel Spielraum gelassen, sind demgemäß die Ansichten sehr verschieden. Die einzige Krankheit, bei der die Einleitung der Frühgeburt oder die sofortige Beendigung der schon begonnenen Geburt übereinstimmend von allen gefordert wird, ist bekanntlich die Eklampsie. Gewöhnlich wird die künstliche Beendigung der Geburt bereits im Stadium der Anfälle erfolgen müssen, während die Psychose meist erst später beginnt.

Eine weitere Krankheit, bei der von den meisten die Einleitung der künstlichen Frühgeburt in gewissen Fällen empfohlen wird, ist die Chorea gravidarum; es hat aber den Anschein, als wenn man in der letzten Zeit im allgemeinen etwas zurückhaltender damit geworden ist. Ruhemann stellte folgende Indikationen zur Einleitung der Frühgeburt auf. Sie soll erfolgen: 1. wenn die Chorea von vornherein sehr heftig und allgemein ist und innere Mittel keinen Erfolg haben; 2. bei Kräfteabnahme; 3. bei Vitium cordis, ehe starke Zuckungen kommen; 4. bei Kombination von Chorea mit Eklampsie. Kroner empfiehlt die Einleitung der Frühgeburt ähnlich dann: wenn die Chorea im Anfang heftig und allgemein auftritt und innere Mittel ohne Erfolg geblieben sind, wenn die Chorea mit einer Psychose kombiniert ist, wenn die Symptome sich langsam so steigern, dass die Kranke wahrscheinlich vor oder während der Geburt zu Grunde geht. Nach unseren Er-

fahrungen ist die Einleitung der Frühgeburt nicht in allen Fällen mit Psychose erforderlich, da diese in den meisten Fällen auch so abläuft. In Erwägung zu ziehen wäre sie höchstens dann, wenn im Verlauf der Psychose derartig bedrohliche Erscheinungen auftreten, wie wir es in dem einen Fall mit den epileptiformen Erregungen beobachteten. Jolly und Krönig (auch Hirschl, Frigyesi, Koritowski) halten den künstlichen Abort für indiziert, wenn bei Zunahme der Jaktationen Störungen in der Ernährung eintreten, Martin, wenn schwere Endokarditis und Meningitis nachgewiesen ist, Koritowski, wenn Verletzungen durch die Unruhe eingetreten sind. French und Hicks sind der Ansicht, dass man sich bei einem in Frage kommenden Eingriff nicht nach der Intensität der Zuckungen richten, aber eingreifen müsse, bevor Fieber hinzukommt. Während Alzheimer glaubt, dass in schweren Fällen, wo allgemeine Konvulsionen und delirante Zustände auftreten, nur zuweilen der künstliche Abort Hilfe bringe, aber längst nicht in allen Fällen, sind die meisten der Meinung, dass nach der Geburt die Erkrankung schnell zum Stillstand kommt (Oui, Hirschl, Martin, Hoche). Nach Schrock soll künstlicher Abort und Frühgeburt ein besseres Resultat ergeben als die spontanen. Kroner fand, dass unter 15 Fällen mit künstlicher Frühgeburt 12 heilten, 3 starben, durch spontane 8 heilten, dass durch spontanen Abort 6 sofort, 3 später, durch künstlichen Abort 8 heilten. Immerhin ist also eine ganze Anzahl durch den Abort günstig beeinflusst worden, derselbe also in verzweifelten, aber im Ganzen seltenen Fällen doch die ultima ratio. Im Ganzen scheinen das aber doch sehr seltene Fälle zu sein. Chrobak hat unter 50 000 Fällen keinen einzigen künstlichen Abort wegen Chorea minor einzuleiten brauchen. Die zahlreichen Fälle, die auch schon vor Ablauf der Schwangerschaft heilen, weisen darauf hin, dass der Verlauf der Chorea doch nicht ganz allein von dieser abhängig ist, und dass man infolgedessen erst einmal die zur Verfügung stehenden inneren Mittel versuchen soll. Meist wird man dann, wie auch French und Hicks meinen, ohne die künstliche Frühgeburt oder den künstlichen Abort auskommen.

Eine weitere Erkrankung, bei der die Unterbrechung der Schwangerschaft erwogen worden ist, ist die Epilepsie. Binswanger glaubt, dass die Epilepsie in einer Reihe von Fällen die Indikation zum künstlichen Abort abgeben kann; Chrobak hält ihn nur bei Epilepsiesyndromen für indiziert, Neu, Alzheimer nur bei Status epilepticus. Krause will bei Erstgebärenden den künstlichen Abort nur dann eingeleitet wissen, wenn die Epilepsie zu psychischer Störung führt, bei Mehrgebärenden dann, wenn bei früheren Graviditäten Epilepsie be-

standen hat und dadurch in dieser Zeit eine schwere psychische Schädigung entstanden ist. Dagegen glaubt Quensel nicht, dass die Epilepsie Anlass zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt geben könnte. Auch unter den Kranken der Göttinger Frauenklinik der letzten 20 Jahre, unter denen der Kieler psych. u. Nervenklinik in den letzten 10 Jahren fand sich kein einziger derartiger Fall. Es kann sich also nur um Ausnahmefälle handeln und es kann hier auch das bei der Chorea Gesagte gelten, dass höchstens bei lebensbedrohlichen Erscheinungen die künstliche Frühgeburt in Betracht kommen kann, nachdem alle unsre sonstigen Mittel erschöpft sind.

Bei andern Psychosen, der Amentia, Katatonie, Paranoia, Paralyse und den Hysteriepsychosen wird der künstliche Abort kaum jemals erörtert zu werden brauchen. Es ist auch mit Ausnahme der Hysteriepsychosen kein Fall bekannt, bei dem der künstliche Abort hier Hilfe gebracht hätte. Nur könnte höchstens eines überlegt werden: tritt in solchen Fällen, bei denen bereits in den früheren Phasen des Fortpflanzungsgeschäftes mehrmals Schübe von Katatonie aufgetreten sind, die jedesmal eine weitergehende Verblödung verursachen, erneute Gravidität ein, so käme die Einleitung des künstlichen Aborts in Frage, da mit Recht ein neuer Schub und damit eine neue starke Schädigung erwartet werden kann.

Bei den Hysteriepsychosen wird allemal die Psychose auch ohne Einleitung des künstlichen Aborts heilen, wie mehrere unserer Fälle zeigen. Gerade bei diesen Psychoseformen ist besondere Zurückhaltung am Platze, zumal augenscheinlich gerade hier am meisten von den Kranken die Einleitung des Aborts verlangt wird, wie auch Chrobak betont.

Am meisten ist die Frage des künstlichen Aborts bei den Depressionszuständen in der Schwangerschaft erörtert worden. Im allgemeinen kann man sagen, dass die Psychiater in solchen Fällen mehr zur Einleitung des künstlichen Aborts geneigt scheinen, wie die Geburthelfer. Neu angeregt wurde diese Frage aber erst durch Jollys Stellungnahme auf der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte im Jahre 1901. Er vertrat damals den Standpunkt, dass man bei starker Suizidneigung in melancholischen Zuständen der Schwangerschaft berechtig sei, den künstlichen Abort einzuleiten, da man selbst in einer Anstalt den Selbstmord nicht mit Sicherheit verhindern könne. Während Krönig Jolly zustimmte, sind Zweifel, Hermkes, Chrobak, Alzheimer skeptischer, Chrobak hat bei einem Material von 50000 Fällen nie den Abort wegen einer Psychose überhaupt einzuleiten brauchen, auch in der Privatpraxis nicht. Häufig habe es sich hier gerade um

solche Störungen gehandelt, die auch so den Einwirkungen des Arztes wichen, und er habe oft in Fällen, wo die Psychiater zum Abort rieten, die Gravidität erhalten können. Nach der Geburt sei dann häufig erst eine wirkliche Glücksempfindung hervorgetreten und zwar in scheinbar schwersten Fällen. Oft schwinde bei Beginn der Kindsbewegungen die Desperation. Die Indikation sei nur in dringender Gefahr für die Mutter zu sehen, wenn ausserdem die Annahme bestünde, dass durch Unterbrechung der Geburt die Gefahr für die Mutter beseitigt werde. Alzheimer hält bei dem manisch-depressiven Irresein im Kräpelin-schen Sinne den künstlichen Abort nicht für indiziert. Bei einer melancholischen Kranken erlebte er es, dass, als der künstliche Abort eingeleitet wurde, die Kranke dies nicht glauben wollte und sich schliesslich die schwersten Selbstvorwürfe machte. Krause stellte die Forderung auf, dass bei Melancholie erst die Aufnahme in ein Krankenhaus erfolgen soll, wenn starke Suizidgefahr vorliegt und dass erst, wenn nach langer Beobachtung keine andere Rettung möglich erscheinen lässt, an den künstlichen Abort gedacht werden soll. Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass bei der Melancholie die Einleitung des künstlichen Aborts wohl nur äusserst selten in Frage kommt, man aber dann wohl berechtigt ist, erst die Aufnahme und Beobachtung in einer psychiatrischen Anstalt zu verlangen.

In neuster Zeit sind nun Hoche und E. Meyer wieder mehr für Einleitung des künstlichen Aborts eingetreten, aber nicht so sehr bei den eigentlichen Psychosen, als bei andern Zuständen; so will Hoche ihn in solchen Fällen zulassen, bei denen in den ersten Monaten der Gravidität unter körperlichen Erscheinungen der Blutarmut und Schwäche gemütliche Verstimmungen von melancholischer Färbung auftreten, bei denen evtl. eine schwere Störung mit Suizidgefahr, oder die Möglichkeit eines Ausgangs in Unheilbarkeit verhindert werden kann. Dabei brauche es sich nicht um echte Melancholie zu handeln. Aehnlich meint Meyer, dass in Fällen (von Depressionen mit zwangsaartigen Vorstellungen bei psychopathischen Individuen) der künstliche Abort nötig werden könne. Das Fortbestehen der Schwangerschaft müsste dann aber die dringende Gefahr in sich schliessen, dass ein dauerndes bedenkliches Nervenleiden entstehe, welches auf keine andere Weise zu beseitigen sei, und es müsste mit Bestimmtheit erwartet werden, dass die Erkrankung durch diese Massnahme geheilt resp. in der Entwicklung für die Dauer gehindert werde. Neue Gravidität müsste dann auf Jahre hinaus vermieden werden. Meyer meint hier augenscheinlich ähnliche Fälle wie Krause, der bei Hysterischen dann den künstlichen Abort eingeleitet wissen will, „wenn das krankhaft gewordene Vorstellungsleben irre-

parabel gegen das Kind gerichtet ist“. In allen diesen Fällen wird es aber außerordentlich schwer sein, festzustellen, ob die von Meyer aufgestellten Forderungen auch wirklich vorhanden sind. Wenn man die Erfahrungen Alzheimers und Chrobaks berücksichtigt, so wird man auf jeden Fall bei der Beurteilung dieser Fälle mit der grössten Vorsicht zu Werke gehen müssen und es wird sich wohl in den meisten Fällen auch hier die Forderung aufrecht erhalten lassen, dass, bevor weitere Schritte getan werden, eine Beobachtung und Behandlung in einer Anstalt durchgeführt werden soll. Diese Forderung scheint berechtigt im Hinblick auf einen unserer Fälle von Depression in der Gravidität bei einem offenbar psychopathischen belasteten Individuum, das bereits mehrere Suizidversuche gemacht hatte, dann aber, trotzdem der verlangte künstliche Abort abgelehnt wurde, noch vor der Geburt, wie eine spätere Auskunft besagte, völlig gesund geworden ist. Dies weist vielleicht auf die Richtigkeit der Behauptung Chrobaks hin, dass bisweilen bei Eintritt der Kindsbewegungen die Stimmung sich bessert und die Spannung nachlässt.

Am Schlusse dieser Arbeit sei es mir gestattet, meinem hochverehrten Chef, Herrn Geheimrat Prof. Dr. Siemerling, für die Ueberlassung des Materials, für das der Arbeit stets entgegengebrachte Interesse und für die dabei erteilten Ratschläge meinen allerverbindlichsten Dank auszusprechen. Weiter bin ich dem derzeitigen stellvertretenden Direktor der Kgl. Universitäts-Frauenklinik zu Göttingen, Herrn Prof. Dr. Birnbaum (jetzt in Hamburg), für die Überlassung der dortigen Fälle und für die gütigst gewährte Erlaubnis zur Durchsicht des dortigen Materials, sowie auch Herrn Geheimrat Prof. Dr. Cramer, Direktor der Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalten zu Göttingen, für die gütige Ueberlassung der Krankengeschichten einiger Göttinger Fälle sehr zu Dank verpflichtet.

### Krankengeschichten.

#### 1. Inkohärente Form der Amentia.

Emma H., Lehrersfrau, 26 Jahr. Aufnahme am 12. 7. 1906.

**Anamnese** (vom Mann): Keine Heredität. Als Kind blutarm, magenleidend. Auf der Schule gut gelernt. Erste Menses mit 17 Jahren, immer regelmässig. Heirat mit 21 Jahren. Glückliche Ehe. 1904 normaler Partus, normales Wochenbett. 1. 7. 06. 2. Partus 7 Stunden, schwer, Schädellage, Kind sehr gross, kein besonderer Blutverlust. Geburt ohne Arzt, Knabe, lebt, gesund. P. stillte bis 8. 7. 06. 2. 7. 06 abends Schüttelfrost. Fieber 40,1. Sei mit Silbersalbe eingerieben worden, das Fieber sei auf und abgegangen, jetzt

fieberfrei. 8. 7. 06. beim Besuch vom Vater und Schwester sehr erregt, lacht grell, sei agressiv gegen den Mann geworden. Habe durcheinander gesprochen, gezählt, gesungen, habe kaum im Bett festgehalten werden können. Glaubte den Teufel und einen schwarzen Mann im Zylinder zu sehen, ass und schlief nicht mehr. Meinte, man gebe ihr Gift. Am 9. 7. sei sie ganz schlaff gewesen, Atem und Puls hätten ausgesetzt. Nahm Abschied von allen, erholt sich dann wieder, wurde immer erregter. Stuhl- und Urin-Verhaltung. Fürchtete lebendig begraben zu werden. Glaubte zu sehen, wie die Erde unterging, ihre kleinen Kinder hätten im Keller gelegen. Habe dieselben gerufen. Habe alles wiederholt, was die Umgebung sprach.

Status: am 12. 7. 06. Schwächliche Muskulatur, leidlicher Ernährungszustand. Haut und Schleimhäute ziemlich blass, Temperatur: 38,6. Puls 100. Abdomen etwas vorgewölbt. Mammea mässig gefüllt. Lochien.

Pat. macht lebhafte Bewegungen mit den Händen, singt, spricht unaufhörlich, greift Worte aus der Umgebung auf. Heitere Stimmung. Singt: „Kling, klang, gloribusch, ich tanz mit meiner Frau!“ Erkennt den Arzt, gibt an, im Himmelreich zu sein. Bezeichnet die Pflegerinnen mit falschen Namen. Spricht Folgendes (Nachschrift): „Arzt sind Sie. Deshalb bin ich ja gekommen. Das ist eben die Douche. So nun bin ich es los. Gluck, gluck, gluck, nun gehts zu Wasser. S-t, S-t, das ist die Schlange. Unterm Denkmal wird das rote Blut gelegt. Endlich wollen wir auch gerne in den Himmel. Was sie wohl für einen Schreck gekriegt haben. Sie brauchen garnicht erst zu schreiben, dass er selig ist. August heisst er. Lysol. Lysol. Endlich sind wir alle gesund. Gesprochen haben wir viel in Schleswig. In Schleswig ist es gewesen, wo ich mir die Schwindsucht geärgert habe. Die Teufel schwimmen im Wasser. Zieh mir doch einen Zahn heraus. Es musste alles zu Wasser gehen. Endlich, endlich die kleine süsse Negerin. Nun lasse mich mal schiessen. Ringe, Ringe sind es. Endlich haben wir den alten Knochen heraus. Endlich, endlich soll er heissen der Junge. Weisst du, das ist eine Maus. Christi Blut und Gerechtigkeit. Wie konnte ich diesen grossen Berg wohl überwinden. Das ist der Bäcker, der bringt Brot. Nun werden alle seelig, nur die Hexe nicht. Sie so, sie so seine Mutter ist auch so gewesen. Warum, warum, hat Gott, hat Gott, sich so, sich so geärgert“ usw.“ Sagt, es drehe sich alles in ihrem Leibe. Verweigert das Schlafmittel.

13. 7. Sehr unruhig Nachts. Morgens sehr laut. Heiterer Affekt. Lässt sich gut fixieren. (Wo hier) Krankenhaus, Kiel, (Monat) Mai, spricht andauernd. Sie sei durch das Wochenbett krank geworden. Das Datum der Geburt des Kindes wisse sie nicht. Verkennt die Personen der Umgebung. Hält den Arzt für einen Dr. Neber. Predigt, zitiert Bibelstellen. Spricht laut pathetisch deklamierend. Greift in der Umgebung gesprochene Worte auf, verwendet sie in ihren Reden. Spricht mit scharfem R.: „Und das ist der Blitz, deshalb bin ich Frau H. und bleibe Frau H. guck mich mal an, Berta H., dann bin ich tot, rein scheintot. So so das ist ganz gewiss. Frau H. ist das, die sieht so schön wie die Loreley aus. Ein Gebiss ist das. Du Teufel, du Teufel. Ich bin der liebe Gott. Endlich siegt die Tugend. So darum ist so

viel Freude über meine Sünder der Busse tut im Himmel. Pfui, pfui, du bist das, so so pfui, pfui, so so ist das, so ist das wenn sie alle so sind wie Frau Holtorf das leiden, so du Teufel, ich bin das" usw.

14. 7. Schlafmittel verweigert. Unverändert. Heitere Stimmung. Erregt. Verkennt Umgebung. Nennt Arzt und Pflegerinnen mit falschem Namen. Isst wenig. Glaubt, man wolle sie vergiften.

17. 7. Im ganzen etwas ruhiger. Spricht immer noch unzusammenhängend und abspingend. Isst besser.

18. 7. Nachts sehr erregt.

20. 7. Ruhiger. Auf Schlafmittel geschlafen. Spricht noch viel. Weint zeitweise. Verkennt die Umgebung. Hat Angst vor einer anderen Patientin, hält dieselbe für ihre Tante.

22. 7. Abends weinerlich erregt. Ihr Mann sei tot. Verlangt ihn später zu sehen. Predigt im Bett stehend vom Himmelreich. Dort sei ihre Heimat.

23. 7. Hält ein Mädchen für Jesus.

24. 7. Ruhig, Heimweh.

25. 7. Immer noch örtlich und zeitlich desorientiert. Sehr matt.

26. 7. Lebhaft, lustig, spricht viel. Verkennt die Umgebung.

29. 7. Ruhiger. Personenverkennung.

30. 7. Weiss, dass sie in Kiel in einem Krankenhouse ist.

2. 8. Verkennt alle Personen. Hält einen Arzt für den Pfarrer, einen anderen für den Stadtmissionar, glaubt alle Pflegerinnen von früher zu kennen, legt ihnen falsche Namen bei. Behauptet, ihre Mutter oder Schwiegermutter seien drüben auf der anderen Abteilung. Höre sie rufen. Abends ängstlich. Meint, es passiere ein Unglück. Stimmung vorherrschend heiter.

4. 8. Hat einzelne Personenverkennung auf Zureden korrigiert, zweifelt aber noch. Hört noch Stimmen. Schreibt nach Haus, es seien lauter alte Bekannte hier. Ihr sei die Hand Gottes erschienen. Nach dem Aufstehen schwindlig.

7. 8. Sei ganz gesund. Verkennt die Aerzte nicht mehr. Hält die Pflegerinnen noch für Bekannte. Keine Angst mehr.

13. 8. Vollkommen klar. Ruhig geordnet.

15. 8. Sehr erregt, als gesagt wird, sie müsse noch einige Wochen hier bleiben. Weint, schimpft, wirft sich aufs Bett. Gibt den Aerzten nicht die Hand.

18. 8. Entschuldigt sich. Freundlich. Geheilt entlassen. — In den ersten zwei Tagen Fieber. Menses vom 24. bis 27. 7. Gewichtszunahme ca. 6 Pfund.

Katamnese (vom Mann erhoben): Pat. zeige keine geistigen Störungen mehr. Sie mache alle Hausarbeiten, Näharbeiten wie vorher. Nach längerer Hausarbeit sei sie matt und leichter erregt. Wie vor der Krankheit sei sie leicht etwas trübe gestimmt. Vielleicht sei sie etwas mehr und leichter aufgeregzt wie früher. Geistig sei sie ebenso regsam und teilnehmend wie früher. Keine Geburten mehr.

## 2. Deliriöse Form der Amentia.

Martha K., Zuschnidersfrau. 26 Jahr. Aufnahme 23. 4. 1907.

Anamnese (vom Mann): Keine Heredität. Früher gesund. Seit Dezember 06 verheiratet. 11. 4. 07 schwere Zangengeburt. Am Tage vorher von der Hebammme untersucht. Kind sehr gross. Dammriss. Seit 12. 4. 07 Fieber über 38. Am 24. 4. abends Schüttelfrost. Sprach danach verwirrt. Teilnahmslos, schwer besinnlich. Schrie und sang. Verstand Fragen nicht. Sprach am 21. morgens mit Personen, die nicht da waren. In die Frauenklinik verlegt. Kind nicht gestillt, da sie keine Milch hatte. Kind lebt, ist gesund. Hat eine Kopfgeschwulst. Pat. gab in der Frauenklinik falsche Antworten. Laut dortiger Krankengeschichte bestand eine allgemeine Reizung des Introitus vaginae. Uterus handbreit über der Symphyse. Rechts Resistenz. Parametritis? 22. 4. geht aus dem Bett, sehr unruhig. Puls 116 weich, spricht mit Personen, die nicht da sind. Fieber schwankt zwischen 37,6 und 39,6.

Status: Dürftige Muskulatur. Geringe Ernährung. Sehr anämisch. Zunge belegt. Schmerzen im Unterleib. Puls 112 etwas gespannt. Am Kreuzbein Dekubitus. Im Urin Spuren Albumen. Matt schwach.

Pat. gibt ihre Personalien ziemlich richtig an. Glaubt in einem Restaurant in Kiel zu sein. (Es wird eben das Mittagessen verteilt). Sie wisse nicht, in welchem Krankenhaus sie vorher gewesen sei. Sie sei ganz verdreht.

(Wo ist das Kind). „Ich weiss nicht . . . ich bin ganz verdreht . . . das Kind ist hier . . . Holtenauerstrasse 160 . . . ein kleiner Junge.“

(Wann das Kind geboren). „Jetzt . . . am 10. . . . am 10. 4.“

(Tag heute.) 12. 4. (Jahr) 1907.

(Wochentag.) Dienstag. Richtig.

(Wie lange im Krankenhaus gewesen.) „Vielleicht 5 Tage“.

(Weshalb dort.) „Jedenfalls weil ich hohes Fieber hatte“.

(Seit wann krank.) „Als das Kind geboren wurde, denselben Tag“.

(Aufgeregzt gewesen.) „Wenn man ins Bett geht, ist man aufgeregzt“.

(Stimmen gehört.) „Ich habe keine Träume viel gehabt“.

(Wo hier.) „Ich denke im Krankenhaus . . . nein das ist der Bahnhof“.

(Wie gekommen.) „Auf einer Trage. Wo die steht, weiss ich nicht“. Fasst plötzlich unter die Bettdecke. „Unter meinem Tisch da krabbelt was. Da ist doch einer rum. Ich denke nur ein Kind oder so etwas“.

(Ihr Kind.) „Ja“. „Das ist extra“. Sieht unter die Bettdecke. „Mir ist, als ob sich da etwas bewegt“.

(Wo ist das Kind.) „Holtenauerstrasse 160“. Spricht viel vor sich hin. Fragt, wo sie sei. Sie sei heimlich hergebracht. Sagt dann richtig das Datum der Heirat. Sie habe starke Schmerzen im Unterleib. Da müssten Ausspülungen gemacht werden. Sie habe das vom Kind. Die Geburt sei vor nicht ganz 14 Tagen gewesen.

(Wo hier.) „Sie haben mir doch gesagt: Nervenklinik. Das kommt mir so schnurrig vor. Das kommt mir halb verrückt vor.“

(Unklar im Kopf.) „Ich bin vergesslich. Das ist verschieden mit dem Klarsein. Jetzt merke ich wieder garnichts.“

24. 4. Drängt aus dem Bett, nachts laut. Möchte morgens ihre Kleider. Will aufstehen, spazieren gehen. Glaubt zu Haus zu sein. Ziemlich müde. Schläft viel. Weiss abends, dass sie im Krankenhaus ist. Sei ungefähr 5 Tage hier. Weiss den Wochentag nicht.

5. 4. Sei 5 Tage in der Nervenklinik. Wisse nicht, wie sie hergekommen sei. Es sei jetzt wohl April. Auf das Jahr könne sie sich nicht besinnen. Resistenz in der rechten Unterbauchgegend unverändert. Leib überall etwas druckempfindlich. Uebelriechender Ausfluss. Abends 39,9. Durch spezialistische Untersuchung wird jetzt ein deutliches parametritisches Exsudat festgestellt, das das Rektum umklammert.

Pat. freut sich über den Besuch ihres Mannes. Weiss nicht, wie und wann sie hergekommen. Örtlich und zeitlich jetzt vollkommen orientiert.

27. 4. Dauernd örtlich und zeitlich orientiert. Abends immer noch hohe Temperaturen.

29. 4. Bleibt klar, geordnet. Weint zeitweise. Drängt nach Hause.

2. 5. Dauernd fieberfrei in den letzten Tagen.

3. 5. Vom Mann abgeholt. Zuerst misstrauisch. Glaubt sie käme wo anders hin. Entlassen. In den ersten 6 Tagen hohes remittierendes Fieber, dann nicht mehr. Erhielt Schmierkur mit Silbersalbe.

Katamnese (von der Mutter): Keine Zeichen von geistiger Störung mehr. Arbeitete wie früher im Haushalt. Normale Gemütsverfassung wie vorher. Keine Geburten mehr.

### 3. Stuporöse Form der Amentia.

Emma H., Arbeiterfrau, 23 Jahr. Aufnahme 31. 5. 1906.

Anamnese (Mann): Keine Heredität. Als Kind bis zum 11. Lebensjahr an Krämpfen gelitten, dabei bewusstlos, Zuckungen in Armen und Beinen. Im ganzen nur 3 Anfälle. Gut gelernt. Immer vergnügt. Wurde Dienstmädchen. 1903 Heirat. Glückliche Ehe. Kein Abort. 2 normale Partus. 3. Partus: 18. 5. 06. Leicht, 2 Stunden Dauer, Schädellage, verlor wenig Blut. Kind: Mädchen, gesund. Stillte 4 Tage. Am 6. Tag Fieber.

Am 26. 5. von morgens 8 Uhr bis nachmittags 4 Uhr angeblich ohne Besinnung gelegen.

27. 5. Unruhig, war nicht im Bett zu halten, lachte viel, redete durcheinander, sprach von ihrer Jugendzeit. Schlief nicht. Tobte, ass fast nichts.

28. 5. Hohes Fieber, nach Einspritzung etwas ruhiger.

Seit dem 31. wieder laut, immer ängstlich, sagte, man wolle sie umbringen, sie vergiften. Betete viel. Blieb im Bett. Konnte vor Schwäche nicht laufen. Erkannte die Umgebung angeblich.

Status: am 31. 5. 06. Temperatur 39,5, guter Ernährungszustand. Zunge stark belegt. In den Mammea Milch. Kann vor Schwäche nicht gehen. Puls 132, mässig kräftig, regelmässig. Phlegmone am Gesäß, Erysipel. Spricht

nicht, gibt auf Fragen keine Antworten. Befolgt einzelne Aufforderungen, gibt die Hand, steckt die Zunge heraus. Liegt ruhig zu Bett.

1. 6. Spricht nicht. Wollte nachts öfter aus dem Bett. Befolgt einzelne Aufforderungen. Nimmt nur flüssige Nahrung. Unsauber. Temperatur geringer. Verweigert Schlaufmittel.

3. 6. Ruhig zu Bett. Kein Fieber. Rötung und Infiltration am Glutäus geringer. Spricht wenig. Harnverhaltung, wird katheterisiert. Im Urin kein Eiweiss und Zucker. Beginnender Dekubitus.

4. 6. Dauernd ruhig.

5. 6. Abszess am 1. Glutäus gespalten.

6. 6. Spricht nicht, nimmt nur wenig Flüssigkeit.

9. 6. Ruhig, ratlos, ängstlich. Macht Schwierigkeiten beim Essen, trinkt nur. Verweigert die Medizin. Will aus dem Bett.

15. 6. Spricht nicht, ängstlich. Abends Fieber.

18. 6. Verweigert die Nahrung, trinkt nur wenige Becher Milch.

22. 6. Mutazistisch, ängstlich, weint öfter.

27. 6. Isst besser.

8. 7. Besuch vom Mann. Spricht nicht. Traurig verstimmt. Weint.

15. 7. Regungslos zu Bett teilnahmlos, weint öfter. Nahrungsaufnahme mässig.

22. 7. Fragt beim Besuch des Mannes nach den Kindern, will mit nach Haus.

27. 7. Ruhig. Spricht nicht. Schüttelt bei allen Fragen nur den Kopf. Isst besser. Steht auf.

29. 7. Spricht heute mit dem Mann, frägt nach den Kindern, weint. Will mit nach Haus. Als der Mann sie mitnimmt, viel lebhafter. Freut sich, spricht. Gebessert entlassen. Hier keine Menses. Gewichtsabnahme 10 Pfund. In den ersten 14 Tagen wechselnd Fieber, später noch einmal.

**Katamnese (vom Mann):** 2 Tage nach der Entlassung noch tobsüchtige Erregung mit hochgradiger Angst. Beruhigte sich nach einigen Stunden. Arbeitete nach der Entlassung wie früher regelmässig im Haushalt. Keine auffallende Verstimmungen. Nach der Entlassung noch 2 normale Geburten. Stillte nicht. Zeigte keine Symptome von geistiger Störung mehr.

#### 4. Erregt-katatone Form der Amentia.

Dora ST., Arbeiterfrau, 33 Jahr. Aufnahme am 6. 6. 1907.

**Anamnese (vom Mann):** Mutter geisteskrank gestorben, sonst keine Heredität. Ueber frühere Krankheiten nichts bekannt. Seit 10 Jahren verheiratet, glückliche Ehe. 7 normale Partus, darunter eine Frühgeburt. Letzte Geburt 24. 4. 07 leicht, Wochenbett normal. Wochenfluss normal. Kein Fieber. Stillte bis jetzt. Am 11. Tag aufgestanden. Am 3. 6. verwirrtes Sprechen, „mit Leuten, die nicht da waren“. Antwortete oft verkehrt. Sprach zeitweise sehr viel, zeitweise garnicht. Wiederholte immer dieselben Worte. Schrie manchmal auf. Schlief nicht mehr. Ass gut. Erkannte angeblich die Um-

gebung. Machte eigentümliche Bewegungen mit den Händen. Schüttelte oft den Kopf. Lachte, weinte. Sass immer hoch im Bett. Keine Menses seit der Geburt.

Status: Temperatur 38,3. Mittlere Ernährung. Puls 80, regelmässig. Sonst bei körperlicher Untersuchung normaler Befund. Im Urin Spur Milchzucker. Kein Eiweiss. Gibt an, hier in Schleswig zu sein, sie heisse Frau Engelmann. Wiederholt sehr oft nacheinander dasselbe Wort. Steht auf, macht eigentümliche Bewegungen, Verbeugungen. Schreit zuweilen laut sinnlos. Redet den Arzt mit „Herr Dr.“ an.

7. 6. gibt als Namen ihren Mädchennamen an, dann aber auf Vorhalt richtig. Sei hier in Kiel, beim Doktor Zeitlich, ungenau orientiert. Weint. Sie habe Angst, dass es ihr so gehe wie ihrer Mutter, die sei im Irrenhaus gewesen. Wie lange sie hier sei, wisse sie nicht, weiss nicht, wer sie gebracht hat. Sei in der Nacht noch zu Haus gewesen, erst heute morgen gekommen. Sei nicht krank, nur ein bisschen aufgereggt. „Gestern war ich nicht bei Verstand, es war Feuer im Haus, meine Familie war waschen und ich war bange, da hat es nicht mehr gebrannt.“ Das Kind sei 5—6 Wochen alt. Habe 5 Kinder, wisse nicht, wie lange sie verheiratet sei. Habe Stimmen gehört, als ob eine Katze schrie, bestreitet Gesichtshalluzinationen. Spricht andauernd. Erzählt konfuse Geschichten von ihren Nachbarn. Schimpft auf diese, spricht von ihrem Haus, vom Feuer. Weint, schreit, will den Arzt schlagen. Macht sich selbst überlassen oft eigentümliche Verbeugungen, bewegt den Kopf hin und her. Wiederholt zuweilen dieselben Wörter sehr oft. Puls mittags irregulär, aussetzend, abends wieder besser. Isst genügend. Wälzt sich auf dem Boden umher, stürzt sich kopfüber auf den Boden, schlägt mit den Armen gegen die Wand. Schreit zuweilen aus vollem Halse. Wird nach Einspritzung von Morphin-Duboisin ruhiger. Zeigt sehr oft ihre Geschlechtsteile. Nachts sehr unruhig, zerreisst. Isst nicht.

9. 5. Singt und spricht vor sich hin, geht in der Zelle umher. Macht mehrere tiefe Verbeugungen, Entblössen. Singt: „Es ist vollbracht, bis in die Nacht.“ Abends sehr laut, scheint viel zu halluzinieren.

15. 6. Immer noch in heftiger Erregung, spuckt die Schlafmittel meist aus, nachts sehr unruhig, sehr unsauber, spuckt viel. Zeigt oft ihre Genitalien, trinkt nur etwas Milch, verweigert sonst die Nahrungsaufnahme. Sondenfütterung. Die sprachlichen Aeusserungen sind meist nicht zu verstehen, scheinen ganz verworren, unzusammenhängend. Selten zu fixieren. Gibt an auf Befragen, sie sei wohl in Kiel.

17. 6. Ganz unverständliche sprachliche Aeusserungen. Wälzt sich herum. Spuckt. Schmiert.

23. 6. Isst in den letzten Tagen allein und genügend. Drängt weniger fort. Fragt, wie sie hergekommen sei, wo sie sich hier befindet. Erscheint noch ganz unklar und desorientiert. Zerreisst. Schläft nachts ohne Schlafmittel gut.

29. 6. Zu Bett. Freundlich. Ganz unklar, wo sie hier ist, wie lang sie hier ist, wer sie hergebracht. Bezeichnet den Arzt richtig, die Pflegerin da-

gegen als Köchin. Sie sei krank im Kopf. Das Kind sei vor 5—6 Wochen geboren.

30. 6. Bezeichnete heute die Pflegerin richtig, kann den Geburtstag ihres Kindes noch nicht angeben.

1. 7. Dauernd ruhig, freundlich. Gibt heute den Geburtstag ihres Kindes richtig an, weiss, wie lange sie hier ist.

14. 7. Klar geordnet, guter Stimmung.

21. 7. Steht auf, beschäftigt sich. Ruhig, geordnet.

24. 7. Geheilt entlassen. Hier keine Menses. Am 1. Tag Fieber. Erst 6 Pfund Gewichtsabnahme, dann geringe Zunahme.

**Katamnese (vom Mann):** Keine Spur von der Erkrankung mehr seit der Entlassung. Mache ebenso gut landwirtschaftliche und hauswirtschaftliche Arbeiten wie vor der Erkrankung. Hatte eine normale Geburt, ohne dass sich psychische Störungen zeigten, stillte nicht. Nie Stimmungsanomalien.

### 5. Halluzinatorische Form der Amentia.

Frau Auguste K., 25 Jahr, Zimmermannsfrau. Aufnahme am 7. 6. 1902.

**Anamnese (vom Mann):** Keine Heredität. Als Kind schwächlich, sonst gesund. Heirat August 1901. 1. Partus 26.5.1902. Hatte in den ersten Monaten der Gravidität Erbrechen. Geburt leicht. Stillte selbst, hatte wenig Milch.

3. 6. Ging nachmittags zu Bett, kannte ihren Mann nicht, redete irr.

War am 4. 6. schon auffallend zärtlich zum Mann, schlief in der Nacht vom 5.-6. wenig trotz Schlafmittel.

6. 6. sass im Zimmer herum, sprach wenig.

7. 6. Schlief wenig, hörte einen Papagei sprechen. Fing an zu schreien, frug, wann das Kind geboren sei. Glaubte die Schwägerin sei draussen, die Hebamme sei da. Schlug dann auf alle Leute der Umgebung ein, auch auf den Arzt, sagte, er sei ein Briefträger. Sang, schlief nicht. Redete unverständlich vor sich hin. Menses früher regelmässig.

**Status:** 7. 6. Temperatur 37,4. Hält die Augen geschlossen, die Lider zittern. Verweigert die Nahrungsaufnahme, sagt: „Ich kann das dumme Gequatsch nicht vertragen, ob das Lora ist (Papagei), meine Schwägerin ist da, o ich kann das nicht aushalten, morgen ist Pfingsten.“ Atmung stürmisch, Gesicht stark gerötet, dauernde Bewegung. Leib sehr aufgetrieben. Im Urin keine abnormen Bestandteile. Auf Nadelstiche erfolgt keine Reaktion. Angst, schreit, redet verworren. Spricht den Arzt mit, „Herr Dr.“ an. Nimmt stark gebückte Haltung ein, schnaubt dabei heftig, lässt sich vorn überfallen. Bleibt in Knieellenbogenlage am Boden. Macht wiegende Bewegungen. Schreit wiederholt: „20 Minuten nach 9 . . . morgen ist Pfingsten . . . Lora . . . so so . . . so . . . so . . . usw.“

8. 6. Gibt heute Zeit und Ort richtig an, macht auffallend geordneten Eindruck. Winkt  $\frac{1}{2}$  Stunde später den Arzt zu sich, er solle den Pflegerinnen die Schlüssel wegnehmen, sie hätten Blumen usw. von ihr eingeschlossen. Ihr Mann sei hier, isst und schlaf gut.

9. 6. Nachmittrags unruhig. Drängt aus dem Bett. Sagt: „O Herr Professor, hören Sie meine letzte Bitte, ich habe 2 Störche gesehen, sie fliegen jetzt. O ich leb ja garnicht mehr, ha ha o ha. Ich hab ja alle unglücklich gemacht, alle Menschen hier in Schleswig, dass ich meinen Vater belogen habe. Die brachten kleine Kinder um, das hab ich ja alles gelogen. O mein Gott, bewahr uns alle alle alle.“ Sie sei hier im Ehrenhaus: „Da singt ja schon alles, ich hab noch vor 8 Tagen gelogen, ich hab noch vor 8 Tagen gelogen, mein Gott, mein Gott.“ Auf Befragen: Sie sei hier in Schleswig. Auf Befragen nach dem Monat: „Nein das weiss ich nur, wenn ich die Weckuhr habe, es singt schon alles.“ Der Gesang komme von Gott im Himmel. Stellt sich an das Kopfende des Bettes. Sagt, sie seit tot. „Aus dem Fenster fliegen, aus dem Fenster fliegen.“ Glaubt, dass eine Bekannte im Speisesaal sei (im Nebensaal). Sagt auf Befragen: „Ich bin ja geisteskrank“. Auf Befragen, wo die Stimmen herkommen: „Ich habe telefoniert, nun weiss ich es.“ Wird immer unruhiger. Nachmittags wieder örtlich orientiert. Erkennt den Arzt. Hört auf Stimmen.

11. 6. Nachts sehr unruhig. Sagt, sie habe Sünde getan, macht Fliegebewegungen. Hört Stimmen unter dem Bett. Sie müsse gehängt werden. Isst gut, bält sich rein.

12. 6. Habe gelogen. Verbigeriert. Widerstrebend. Gibt Namen und Alter richtig an. Oertlich desorientiert. Aengstlich gespannt.

15. 6. Verbigeriert, sagt lange Zeit hintereinander: „Ich bin verrückt, ich bin verrückt.“

17. 6. Starke Unruhe. Klagt über Kopfschmerzen. Sie sei in der Badestube aufgeschlitzt. Es werde auf sie geschossen. Sie werde schlecht behandelt. Weint. Sie sei schon halb tot.

19. 6. Ratloser Gesichtsausdruck. Gibt ihren Namen richtig an. Sie sei im Isolierhaus, wo die Toten hinkämen. Fragt, ob ihr Mann noch lebe. Ihre Schwester sei im Saal. Gibt das Jahr richtig an, das Datum weiss sie nicht. Sie sei im Juni hergekommen. Sei behandelt wie ein Tier. Soll aufgehängt werden. Alles mögliche sei mit ihr gemacht worden. Sie sei hier im Schwesterheim. Habe Schwindel und Kopfweh. Denken könne sie nichts mehr. Aber verbrochen habe sie nichts, das wisse sie. Habe Angst und höre Stimmen. Sei hier ausgelacht worden, wisse aber nicht von wem.

25. 6. Ruhig, mürrisch, Name, Geburtstag, Jahr, Monat werden richtig angegeben. Oertlich orientiert. Sie sei krank gewesen, sei aber jetzt nicht mehr krank. 8 Tage nach der Geburt habe sie einen Schreck bekommen, habe nicht mehr sprechen können. Habe dann eine Nacht ohnmächtig gelegen. Was dann gewesen sei, könne sie nicht sagen. Verkennt noch Personen. Hält eine Kranke für ihre Schwester, diese wisse es selbst nicht mehr, sei krank. Ihre Mutter sei auch im Saal, ihr Vater sei tot. Es sei ihr alles verheimlicht.

28. 6. Behauptet, ihr Mann müsse da sein, sie habe ihn sprechen hören, es werde überhaupt immer über sie gesprochen, sie habe eben ein paar Mal gehört: „Da ist die dumme Frau K.“ Bezeichnet den Arzt als Tierarzt. Er sei kein richtiger Arzt.

29. 6. Unruhig nachts. Habe Leuchtgas gerochen, sie solle mit andern Kranken vergiftet werden. Sie habe ihnen allen Wasser deshalb bringen müssen.

3. 7. Sehr verschlossen. Oertlich und zeitlich orientiert. Will nach Haus, sie sei hier immer misshandelt worden.

12. 7. Oertlich und zeitlich orientiert. Verkennt anscheinend keine Personen mehr. Könne sich an die Stimmen erinnern, höre jetzt schon lange keine mehr. Macht Ausreden wegen der Personenverkennungen.

18. 7. Noch verschlossen und misstrauisch.

21. 7. Vom Mann abgeholt. Gebessert entlassen. Einmal Menses. Gewichtsabnahme 4 Pfd.

Katamnese vom Mann: Hat keine Symptome von Geistesstörung mehr geboten, macht sämtliche Haus- und Handarbeiten wie früher. Noch 6 Jahre nach der Entlassung oft Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit. Fühlt sich im letzten Jahr sehr wohl, ist heiter und lebensfroh. Hatte noch eine Geburt, stillte 14 Tage. Dabei keine psychischen Störungen mehr.

#### 6. Infektionsdelirien.

Frau Johanna D., Schlächtersfrau, 38 Jahr. Aufnahme am 27. 8. 1908.

Anamnese (Mann und Arzt): Keine Heredität. Lernte leicht. Zuweilen nervös und leicht erregbar. Heirat mit 30 Jahren. 2 Geburten, letzte 21. 8. 08. Zangengeburt. Kleine Dammnaht. Kein starker Blutverlust. Stillte einen Tag, dann wurden die Brüste vom Kind nicht mehr genommen. Soll in der Gravidität geschwollene Füsse und anfangs leichtes Erbrechen gehabt haben.

Vom 24. zum 25. nachts aufgereggt. Schlief nicht, sprach durcheinander. Hatte Angst, weinte. Beruhigte sich nach  $\frac{1}{4}$  Stunde.

Am 25. vormittags wieder aufgereggt, sprach durcheinander, war ängstlich, zwischendurch auch klar. Sah gestern den Teufel, Hölle, Sonne, Mond und Sterne. Glaubte, ihr Mann will sie totschlagen. Glaubte, in einen Brunnen gefallen zu sein, in der Hölle, im Himmel zu sein. Ganz verwirrt, sehr schreckhaft. Erkannte den Mann zeitweise nicht. Gestern Fieber. Uterus gut kontrahiert, Lochien rochen nicht. Die Temperatur stieg heute auf 40,2. Sagte, sie solle durchgeschnitten werden, sie sei Glas. Grosse Angst, Angstanfälle mit Zittern. Schlief garnicht.

Status: Gesicht blass, Zunge stark belegt, trocken. Lippen trocken, mit Schorf bedeckt. Starker Tremor manuum. In den Mammae Milch. Abdomen aufgetrieben, in der Blasengegend druckempfindlich. Puls 160. Nach Ansicht des Gynäkologen besteht allgemeine Sepsis, während an den Genitalien nichts besonders zu finden ist. Im Blut und Lochien keine Streptokokken, in den Lochien koliähnliche Kokken. Völlig verwirrt. Widerstreben. Angst. Kaum zu fixieren. Gibt gänzlich falsche Antworten. Wiederholt Fragen. Glaubt die Krankengeschichte sei ein Becken. Fasst keine Vorgänge in der Umgebung auf. Macht Bewegungen mit den Händen. Will nicht trinken, das könne sie

nicht. Gegenstände werden sonst im allgemeinen richtig bezeichnet. Rhythmische Bewegungen mit den Armen. Spricht abgerissene, inkohärente Sätze. Abends immer erregter. Sehr ängstlich, wenn sie angefasst wird. Schreit, will aus dem Bett.

28. 8. Ruhiger. Wenig geschlafen. Kramt mit der Decke. Puls kräftiger. Trinkt etwas. Verwirrt. Nachmittags ist der Puls kaum zu fühlen.

29. 8. Zunehmend benommen. Leib stark aufgetrieben. Temperatur 40,5. Puls kaum zu fühlen, Exitus letalis um 6 Uhr abends. Fieber hier dauernd über 40. Bekam Ergotin, Cornutin, Kampfer.

### 7. Chorea psychose.

Frau Frieda O., 24 Jahr, Zimmerersfrau. Aufnahme 19. 9. 1907.

Anamnese (vom Mann): Mutter geisteskrank endete durch Suizid. Sonst keine Heredität. Von Kind auf ohrenleidend. Jetzt läuft noch das linke Ohr. Viel Kopfschmerzen. Auf der Schule gut gelernt. Danach als Dienstmädchen in Stellung. Heirat mit 21 Jahren. 3 Partus. 2. und 3. Totgeburt im 8. Monat. Letzte Geburt im Februar 1907. Seit 3 Monaten Menses wieder ausgeblieben. Frühere Schwangerschaften alle ohne Chorea. Seit ca. 10. 9. bemerkte der Mann, dass die Pat. zu nichts Lust hatte. Sprach nicht mehr, war reizbar, nahm alles gleich übel, hatte einen scheuen Blick und glaubte, die Leute sprächen über sie. Klagte über inneres Angstgefühl. Wegen einer Aeusserung des Mannes, dass er wohl nach auswärts gehen müsse, wenn der Streik ausbräche, habe sie 5 Minuten lang geschrien, dann durcheinander gesprochen. Nach 10 Minuten war sie wieder ganz geordnet, nur traurig gestimmt. In der Nacht noch mehrmals solche „Schreianfälle, verzog das Gesicht dabei, streckte die Zunge heraus. Seitdem öfter Schreianfälle“, auch „Lachkrämpfe“. Wenn der Mann sie dabei aufrüttelte, sagte sie „wo bin ich, was ist los, was machst Du?“ Angeblich habe sie selbst von dem Schreien nichts gewusst. Vorher Klagen über krampfartige Schmerzen in der Herzgegend. Schon längere Zeit wurden Zuckungen im rechten Arm und Bein bemerkt, die teilweise sehr stark waren und in der letzten Zeit sehr zunahmen. In der letzten Zeit gar nicht mehr geschlafen. Appetit schlecht.

Status: am 20. 9. Dürstige Muskulatur und Ernährung. Blasse Gesichtsfarbe, blasse Schleimhäute. Unkoordinierte, unwillkürliche Zuckungen im rechten Arm, Bein und Gesicht. Die Finger werden gestreckt, gebeugt, die Hand und der Arm gebeugt, gedreht, gestreckt, ebenso der rechte Ober- und Unterschenkel, die Zehen. Im Gesicht besonders Zuckungen in der Mundmuskulatur. Bei der körperlichen Untersuchung nehmen die Zuckungen stark zu. Bei intendierten Bewegungen Ausfahren des rechten Armes, Sprache langsam, stockend, zuweilen werden einzelne Silben verschluckt. Kein wesentlicher Unterschied in der groben Kraft der Arme zwischen rechts und links. Sehnenreflexe, Sensibilität normal. Innere Organe ohne pathologischen Befund. Im Urin kein Eiweiss und Zucker. Macht folgende Angaben: Schon den ganzen Sommer sei sie reizbar gewesen, habe sich über Kleinigkeiten geärgert. Letzte Menses

Juli 1907. Seit ca. 3 Wochen habe sie bei Aufregungen Schwindelanfälle und Ubelkeit bekommen, sei bewusstlos geworden. Sei nach einer halben Stunde wieder aufgewacht, hatte heftige Kopfschmerzen. Nie Krämpfe mit Zungenbiss oder Einnässen. Seit 14 Tagen jeden Tag ca. 3 mal solche „Anfälle“. Das sie geschrien habe, wisse sie nicht. Die Leute im Hause hätten über sie geschimpft, sagten immer, sie „schluderte“. Voriges Jahr hätten sie sie auch schon gefoppt, dass sie in andern Umständen sei. Fürchtete, die Leute würden ihr etwas tun. Konnte nachts vor Angst nicht schlafen. Habe nachts Leute hinter dem Fenster gehört, die klopften. In den letzten Nächten sei es auch gewesen, als wenn „Tiere“ kämen, es habe immer etwas vor der Kommode herumgesprungen. Seit dem 14. September Zuckungen im rechten Arm und Bein, die nicht unterdrückt werden konnten und allmählich stärker wurden. Seit 2 Tagen auch Zuckungen im Gesicht. Die Sprache wurde schlechter, konnte die Worte nicht recht hervorbringen, die Zunge sei schwer. — Viel Kopfschmerzen. Appetit schlecht. Fühlt sich matt. Oertlich und zeitlich orientiert. (Kaiser) Wilhelm II. — (Vater desselben) Wilhelm I. — (Hauptstadt von Deutschland) Berlin — (Provinz hier) Schleswig-Holstein — (Erdteile) Afrika, Asien, Europa, Deutschland, Frankreich.

21. 9. Ruhig zu Bett. Zuckungen unverändert. Bekommt abends Brom.

23. 9. Sagt abends dem Arzt, die Blase sei gesprungen, sie habe Schmerzen im Unterleib. Sie glaube, dass die Geburt anfange.

24. 9. Behauptet, heute nacht schwindelig und ohnmächtig geworden zu sein. Hat eingenässt. Vom Pflegepersonal nichts beobachtet. Weint gegen Abend heftig, sagt, sie werde nicht wieder besser. Behauptet dann, ihre Schwester sei da, schimpft und verlangt sie zu sprechen. Zuckungen unverändert.

26. 9. Schimpft, warum ihre Verwandten nicht hereingelassen würden, die ständen draussen, sie höre sie sprechen. — Sehr reizbar, zankt sich mit anderen Patienten. Isst sehr wenig. Heute mehrfaches Erbrechen. Vom Frauenarzt wird heute Gravidität im 4. Monat festgestellt, normaler Befund. — Bekommt Arsen.

28. 9. Glaubt immer noch ihre Verwandten zu hören, zankt sich mit anderen Patienten, glaubt, dass dieselben über sie sprechen. Isst immer noch sehr wenig, gibt auf Fragen wenig Antwort.

30. 9. Sie wolle sterben, sie sei ja unheilbar. Das habe der Frauenarzt gesagt, sie habe es deutlich gehört. Bittet die Pflegerin, sie solle ihr den Tod erleichtern. Will nichts essen, es nütze ja doch nichts mehr. Geht viel nach dem Klosett, weil ihr gesagt wurde, sie stinke. Schläft auf Schlafmittel ruhig.

1. 10. Behauptet, im Saale werde über sie gesprochen. Man habe gesagt, sie müsse mit Peitschen geschlagen werden. Eine Pflegerin habe gesagt, sie möge sie nicht anfassen, sie könne sie nicht riechen. Sie wolle sterben, weil sie unheilbar sei.

5. 10. Behauptet dauernd, sie werde beschimpft. Sie werde nie wieder gesund. Antwortet langsam mit leiser Stimme auf Fragen, antwortet auch öfter

garnicht. Will zeitweise nichts essen. Auf energisches Zureden und, als sie mit der Sonde gefüttert werden soll, isst sie gut. Bricht an manchen Tagen mehrere Male. — Zuckungen des Armes und Beins besser.

15. 10. Dauernd sehr still, antwortet sehr kurz oder gar nicht auf Fragen. Zuckungen rechts kaum noch bemerkbar. Isst immer noch wenig.

19. 10. Weinte heute heftig, sollte aufstehen, weigerte sich. Dauernd still. Spricht spontan nichts. Ziemlich gleichgültig gegen die Umgebung. Isst auf Zureden etwas besser.

25. 10. Anscheinend öfter verstimmt, gibt dann gar keine Antwort. Mürrischer Gesichtsausdruck. Isst auf Zureden. Kein Erbrechen mehr. Schlaf ruhig. Zuckungen nur, wenn sich Patientin unbeobachtet glaubt oder wenn man sich mit ihr unterhält.

29. 10. Zuckungen nur ganz gering, in der rechten Hand. Pat. ist dauernd sehr still, antwortet auf Fragen nur mit leiser Stimme.

6. 11. Pat. steht 1 Stunde auf, verhält sich ruhig, macht etwas gedrückten Eindruck. Zuckungen im rechten Arm und der rechten Hand wieder etwas deutlicher.

16. 11. Jetzt heiterer zufriedener Stimmung. Schlaf und Appetit gut.

20. 11. Steht den ganzen Tag auf, beschäftigt sich mit Handarbeit; keine Zuckungen mehr. Noch ziemlich still.

30. 11. Geheilt entlassen.

Nach Angabe des Mannes begannen die Zuckungen 14 Tage nach der Entlassung wieder. Am 24. Dezember 1907 erfolgte im 8. Monat der Gravidität die Geburt eines toten Kindes. Die Geburt war leicht. Fieber bestand im Wochenbett nicht. Gleich nach der Geburt Besserung der Zuckungen, verschwanden aber nie ganz. Nach einer 5 tägigen Reise, Mitte Januar 1908 wurden die Zuckungen immer stärker. Etwa Anfang Februar 1908 fing die Patientin an, vor sich hinzusprechen, sagte, ihr Mann wolle ihr beim Umzug, der gerade erfolgte, nicht helfen, glaubte Stimmen zu hören. Fürchtete, es käme jemand, ihr Kind wäre aus dem Fenster gefallen, ihr Mann wolle sich was antun. Glaubte, sie solle umgebracht werden, meinte eines Morgens, sie verblute ein anderes Mal, sie verbrenne, die ganze Stube sei voll Rauch und Feuer, jemand habe gesagt, man solle sie ruhig verbrennen lassen. Nach dem Partus bis Februar leichte Blutungen. Seit 1. Februar Sprache sehr schlecht, konnte fast gar nicht gehen, fiel öfter. Seit 14 Tagen Schlaf sehr schlecht, klagte über Kopfschmerzen, hat dauernd Angst. Beobachtete ihren Mann, fühlte ihm den Puls, fürchtete, er sterbe. Ging öfter zu ihrem Kinde, um zu sehen ob es noch lebe. Glaubte gestern, ihr Mann wolle sie vergiften, als er ihr vom Arzt verschriebenen Tee gab. Ass schlecht, musste in den letzten Tagen gefüttert werden. Vor 14 Tagen behauptete sie einmal, die Beine würden so kalt. Konnte dieselben angeblich ca. 1 Stunde lang nicht bewegen.

Am 19. Februar wurde sie wieder in die Klinik aufgenommen. Die Zuckungen waren jetzt allgemein und sehr hochgradig. Wackeln mit dem Kopf, Drehen und Beugen des Kopfes und Rumpfes. Straffes Aufrichten des Rumpfes. Beugen und Strecken der Extremitäten. Zeitweise werden die Zuckungen so

heftig, dass Pat. im Sitzen fast vom Stuhle fällt. Heftiges Grimassieren, Mundspitzen, weites Aufreissen der Augenlider, Verdrehen der Augen. Im Bett ist Pat. rubiger. Beim Gehen sind die Bewegungen am stärksten. Ausfahren mit den Beinen. Pat. geht oft ganz breitbeinig, muss geführt werden. Macht grosse und kleine Schritte, droht vorn- und hintenüber zu fallen. — Temperatur 37,5.

20. 2. Pat. gibt an, dass die Zuckungen erst seit Anfang Januar wieder gekommen seien. Der Schlaf wurde schlecht. Allmählich sei sie reizbarer geworden. Seit Mitte Februar höre sie Stimmen, Männer- und Frauenstimmen. Es sei gerufen worden, ihr kleiner Junge sei aus dem Fenster gestürzt. Hiervon habe sie ihre Verwandten unten auf der Strasse sprechen hören. Fürchtete, die Leute täten ihr was, sie sei mit Gummistöcken geschlagen worden. Jetzt höre sie ihren Vater draussen sprechen, wisse aber nicht, ob er da sei. — Pat. spricht sehr abgerissen, die einzelnen Silben mühsam hervor-  
stossend, auch einzelne Silben verschluckend. Braucht oft lange, bis sie ein Wort hervorbringt. Pat. springt plötzlich vom Stuhl auf, sieht sich entsetzt um, sie habe gedacht, es sei jemand hinter ihr. Habe dauernd Angst. Oertlich und zeitlich orientiert. Braucht beim Rechnen sehr lange Zeit. Bei der körperlichen Untersuchung fand sich, dass die rechte obere und untere Extremität in geringem Masse schwächer war als die linke. Am Herzen war der 1. Ton an allen Ostien unrein, der 2. Pulmonalton akzentuiert. Im Urin fanden sich Eiweiss und Zucker in ganz geringer Menge. — Abends 38,7, Angina. Gegen Abend wird Pat. unruhiger. Die Zuckungen nehmen zu. Schläft erst auf Duboisinjektion.

21. 2. Unruhe noch grösser als gestern. Wird durch die starken Zuckungen fortwährend im Bett hin und her geworfen. Die Zuckungen steigern sich immer mehr. Pat. ist hochrot im Gesicht. Wird mittags eine Stunde gebadet. Dabei hochgradige Angst, will dauernd aus dem Bad. Nach dem Bad etwas ruhiger. Höre Stimmen, es sei gesagt worden, sie solle sich was schämen! „Die andere kleine Frau soll unschuldig hingerichtet werden“, habe die Stimme gesagt. Ihr Mann habe ihr schon wieder den Hals abgeschnitten, das tue auch weh. Oertlich und zeitlich orientiert. Nennt den Arzt richtig beim Namen. Habe etwas weniger Angst. Das Essen muss gereicht und Pat. dabei festgehalten werden, jedoch steigern sich die Zuckungen hochgradig, wenn man Pat. anfasst. Schläft auf Isropalklystier (3,0) bis in die Nacht. Dann auf Isropalklystier (5,0) bis zum nächsten Mittag. Im Schlaf keine Zuckungen.

22. 2. Zuckungen mittags über lebhafter, gegen Abend geringer. Jemand habe gesagt, es sei Gift im Essen, es solle ihr der Hals abgeschnitten, die Pulader geöffnet, die Augen ausgestochen werden. Sie höre immer ihren Mann hier sprechen, der habe das auch gesagt. Er habe ihren Jungen aus dem Fenster geworfen. „Wer schreit denn da schon wieder?“ Oertlich und zeitlich orientiert. Man habe gesagt, sie solle hingerichtet und verbrannt werden. Sie sei doch unschuldig. Isst wenig.

23. 2. Auf 1 g Trional geschlafen. Dann wieder lebhafte Zuckungen. Fragt, ob sie denn hier verbrennen solle, es brenne doch überall, ob der Arzt

es nicht sehe. Sie fühle es auch, unter dem Bett sei ja Feuer gemacht. Es habe jemand gesagt: „Nun stecke mal an!“ Warum sie denn unschuldig leiden solle. Nachmittags weniger Zuckungen.

24. 2. Auf Paraldehyd gut geschlafen. Liegt heute morgen ganz ruhig im Bett, nur hier und da leichte Zuckungen der Extremitäten und im Gesicht. Schwäche im rechten Arm. Reflexe an oberen und unteren Extremitäten vorhanden, rechts und links. Spricht sehr langsam, macht hinter jedem Wort eine Pause, atmet dabei kurz. — Höre immer noch Stimmen und habe noch Angst. Es sei gesagt worden, sie sei eine falsche Schlange und solle hier gemartet werden, sie solle verbrannt werden, habe ihren Glauben vergessen. Bringt alles ziemlich affektlos vor. Spricht spontan nicht. Seit gestern Fieber. Im Urin noch Spur Albumen, kein Saccharum.

25. 2. Gut geschlafen. Ruhig. Spricht spontan nicht. Sprache etwas besser. Schwäche im rechten Arm unverändert.

27. 2. Schläft gut. Ruhig. Kann allein essen. Gebraucht beim Zugehen meist nur die linke Hand. Höre immer noch Stimmen, dass sie umgebracht, verbrannt werden solle. Das sei aber Unsinn, kümmere sich nicht darum, höre nicht darauf. Kann allein gehen. Leichte Angina. Temperatur 38,3.

28. 2. Gibt an, gar nicht geschlafen zu haben. Hat eingenässt. Ihr Kind sei ihr immer gezeigt worden. Man habe gesagt sie solle sterben, das Kind soll mit ihr gehen. Ist fest überzeugt, dass sie sterben soll. Sehr missgestimmt. Weinte morgens viel. Zuckungen etwas lebhafter. Am Nachmittag ruhiger. Gibt zu, dass das, was sie heute Nacht gesehen habe, wohl krankhaft gewesen sei.

29. 2. Lief nachts herum, riss sich den Priessnitz vom Hals. Missgestimmt, antwortete gereizt. Nachts eingenässt. Temperatur 38,0. Habe den Verband abgerissen, weil sie keine Halsschmerzen habe. — Habe keine Stimmen nachts gehört. Kann den rechten Arm nicht ganz bis zur Senkrechten heben, dagegen den linken.

2. 3. Immer noch erhöhte Abendtemperaturen. Still. Keine Stimmen gehört. Menses.

7. 3. Tonsillen noch leicht geschwollen und gerötet. Still. Schlaf ruhig. Isst ausreichend.

10. 3. Heiterere Stimmung. Nur bei der Unterhaltung noch ganz leichte Zuckungen in den Händen bemerkbar. Klar und geordnet, keine Halluzinationen mehr.

14. 3. Schwäche im rechten Arm nicht mehr deutlich nachzuweisen. Noch leichte Zuckungen in den Händen. Ruhig. Keine Halluzinationen.

21. 3. Steht auf. Fühlt sich wohl. Ruhig. Geordnet.

31. 3. Zuckungen an den Händen kaum noch sichtbar, aber bei Händedruck, da Pat. nicht mit konstant gleicher Kraft drückt, noch fühlbar.

9. 4. Geheilt entlassen.

Eine Katamnese war nicht zu erhalten.

## 8. Epileptiforme Erregung bei Chorea.

Frau Johanna W., 20 Jahre. Aufnahme 22. 6. 1906.

Anamnese (vom Mann) 22. 6. 1906: Keine Heredität. Pat. war einziges Kind. Ueber Kinderkrankheiten nichts bekannt. In der Schule gut gelernt. Nach Schulzeit zu Hause, pflegte später die Grossmutter. War ein Jahr in Stellung. der 1903 Heirat. Glückliche Ehe. Nach Angabe der Patientin selbst Abort in der 6. Woche, August 1905. Jetzt gravide im 4. Monat. Von Anfang an Erbrechen, zirka 4 Wochen lang. Druckgefühl vor dem Nabel. Ass wenig, aber sehr häufig. Die späteren Monate verliefen ziemlich gut, nur immer „Druck vor dem Nabel“<sup>4</sup>. Vor 3 Wochen begannen Zuckungen, zuerst in den Schultern, dann in Füßen und Händen, im Gesicht zuletzt. Die Intensität der Zuckungen wechselte, sie waren abends und bei Aufregungen heftiger, aber nie so stark, dass der ganze Körper herumgeworfen wurde. Im Schlaf hörten sie auf. In der letzten Zeit Schlaflosigkeit. Auf Brom geringe Besserung. Vor 5 Tagen fing Pat. an zu phantasieren, glaubte, es sei jemand vor der Tür, hörte Leute sprechen, Kinder schreien, die gar nicht da waren. Gestern und heute ängstlich und aufgeregt, ganz von Sinnen. Glaubte, Referent sei erschossen. Sie habe den Knall gehört. Als Musik vorbeizog, sagte sie: „Jetzt bringen sie ihn weg“. Sucht in den Ecken, glaubte, dort sei jemand versteckt. Wollte einmal zum Fenster hinausspringen, glaubte, es sei die Thüre. Appetit gut, Stuhlgang regelmässig. — Ihre Umgebung erkannte Pat. immer. Vor 4 Tagen Schwindelanfall und Ohnmacht; es sei ihr schwarz vor den Augen geworden, sie habe sich gestreckt und sei vom Stuhl gefallen. Zirka 1 Minute ohnmächtig, danach Erbrechen. Am 24. 6. gibt Ref. noch an, dass allzu grosse Angst vor der bevorstehenden Entbindung diese Bewegungen und das Phantasieren ausgelöst habe.

22. 6. 1906. Ruhig, geordnet. Choreatische Bewegungen am ganzen Körper von wechselnder Intensität. Werden im Wochenbett stärker. Puls 80, regelmässig, mässig kräftig. Auf  $\frac{3}{4}$  g Veronal bis Morgens gut geschlafen. Im Schlaf sistierten die choreatischen Bewegungen.

23. 6. Klagt über Mattigkeit. (Wo hier?) „Sanatorium“ (sei ihr vom behandelnden Arzt gesagt). (Stadt?) „Kiel“. — Oertlich orientiert. Gibt geordnete Auskunft. Auf Befragen: ihr Mann sei erschossen, später sagt sie: „erschossen nicht, geschossen, er war verwundet“. Die Leute schrien so. Sie habe gehört, dass jemand sagte: „Herr W. ist „tot“. Die Kinder schrien es gestern. Sie hätten gerufen: Herr W. hat sich erschossen, das Blut läuft vom Balkon herunter“. Sie sei auf den Hof gelaufen, habe die Kinder fragen wollen; auf der Treppe hätten die Kinder sie gross angesehen. Das eine habe gesagt: „Musst Frau W. nichts sagen“. Sei nach der Waschküche gegangen, habe gedacht, ihr Mann würde da sein, vielleicht umgebracht. Sie wisse nicht genau, ob das Einbildung war. Ihr Mann habe sie ja in der Droschke hergebracht. In der letzten Nacht habe ihr Mann sie durch einen Spalt der Gardine am Fenster des Saales gerufen. Sie glaube auch jetzt, dass ihr Mann tot sei, so lange, bis er vor ihr stehe. Aus allen Ecken ihrer Wohnung habe sie so ein Knistern

gehört. In den Ohren habe sie Brummen und Summen gehört, als als ob es Bienen seien. Erscheinungen habe sie nicht gehabt. Gestern habe sie einen Leichenwagen an ihrem Fenster vorbeifahren sehen. Es sei ihr so unheimlich gewesen, dass sie aus der Wohnung weggelaufen sei. Mit 14 Jahren erste Menses, immer regelmässig, ohne Beschwerden.

August 1905 Umschlag. 1904 Heirat (nach Angabe des Mannes 1903). Letzte Menses 5. 2. 06. Von da an mürrisch und verdriesslich, die geringste Kleinigkeit habe sie geärgert. Anfangs heftiges Erbrechen 4 Wochen lang. Sei schwach und matt gewesen, hatte bitteren Geschmack im Munde und auf nichts Appetit. Seit 3 Wochen Zuckungen zuerst in den Füßen und Händen, dann in den Schultern usw. Dieselben seien namentlich bei Aufregungen immer heftiger geworden. Schlafe schlecht. Habe von dem behandelnden Arzt brausendes Bromsalz bekommen. Seitdem phantasiere sie und laufe nachts herum. Sie sei, da der Mann immer zu See gewesen sei, stets allein und ängstige sich sehr. Graziler Knochenbau, mässig entwickelte Muskulatur, mässiger Ernährungszustand. Temp. 36,9. Am ganzen Körper ungewollte, unkoordinierte unregelmässige Bewegungen beiderseits gleich, von wechselnder Intensität. Mitunter vorübergehend ziemlich heftige ausfahrende Bewegungen in den Armen. Bei den intendierten Bewegungen starkes Ausfahren. Die gesamte Gesichtsmuskulatur, Augenmuskulatur und Zunge nimmt daran teil. Am geringsten sind die Bewegungen in den Beinen und Füßen. Schädel auf Druck und Beklopfen nicht empfindlich. Keine Kopfnarben. Keine Druckpunkte. Pupillen unter mittelweit, gleich, rund. Reaktion auf Licht und Konvergenz normal, Augenbewegungen frei; die Bulbi gehen aber sofort wieder in eine andere Richtung. Augenhintergrund ohne Besonderheiten. Fazialisgebiet symmetrisch innerviert. Zunge gerade hervorgestreckt, mässig belegt. Gaumenbögen gleichmässig gehoben. Rachenreflex vorhanden. Sprache langsam, undeutlich, durch die choreatischen Bewegungen der Mundmuskulatur ungleichmässig. Leichter Tremor manuum. Keine Motilitätsstörungen. Gelenke frei. Dynamometer: rechts = 90, links = 55. Sehnen- und Periostreflex der oberen Extremitäten vorhanden. Mechanische Muskeleregbarkeit nicht erhöht. Leichtes vasomotorisches Nachtröten. Abdominalreflex vorhanden. Patellarreflex lebhaft. Kein Patellarklonus. Achillesreflex vorhanden. Kein Fussklonus. Plantarreflex normal. Gang unsicher, tänzelnd, schwankend. Kein Romberg. Pinselberührungen prompt lokalisiert. Kopf und Spitze der Nadel prompt unterschieden, Schmerzempfindung normal. Lungen ohne Besonderheiten. Herzdämpfung nicht vergrössert. Leises systolisches Geräusch an der Spitze. Puls 80, regelmässig, von mittlerer Spannung und Füllung. Abdomen vorgewölbt. Uterus in Nabelhöhe. Kleine Teile rechts vom Nabel fühlbar. Deutliche Bewegungen. Keine kindlichen Herztöne hörbar. Urin ohne Zucker und Eiweiss. Bei der Untersuchung durch den Frauenarzt wird Pat. plötzlich heftig erregt, enorme Chorea- und Abwehrbewegungen, schnellt mit einem Ruck vom Tisch auf und hinunter, kommt sofort auf dem Fussboden zum Stehen, schreit leise auf, lässt sich leicht beruhigen. Jammert im Bett noch etwas, allmähhlich ruhiger. Gegen Abend Choreabewegungen heftiger. Will trotz heftiger Bewe-

gungen im Bett hochsitzen. Essen erschwert, Schlucken immer noch gut. Verweigert abends das Schlafmittel. Als ihr der Arzt dasselbe geben will, heftiger Tobsuchtsanfall: Schlägt, stösst um sich, springt aus dem Bett. Ausserdem lebhafte Choreabewegungen. Setzt sich auf das Bett der Nachbarin, wird dann ohne ersichtlichen Grund sehr aggressiv, schlägt um sich, kratzt heftig, beißt eine Pflegerin in den Arm, wehrt sich verzweifelt, ist von 4 Pflegerinnen kaum zu halten, schreit dabei laut, rot im Gesicht, atmet tief und schwer. Lässt sich durch Zuspruch nicht beruhigen, sondern wird immer erregter. Injektion von 0,0015 Duboisin  $\pm$  0,01 Morphinum. Wird erst nach 25 Minuten ruhiger. Nach ca. 20 Minuten wieder heftiger Tobsuchtsanfall: Pat. wird hochgradig erregt, schlägt um sich, beißt, kratzt. Pupillen weit, reaktionslos. Scheint orientiert, gibt auf Befragen an, sie sei im Krankenhaus; scheint auch die Personen gut zu unterscheiden. Sagt einmal, man möge Erbarmen mit ihr haben. Puls 120. Sobald man sie beruhigen will, springt sie plötzlich auf und wird sehr aggressiv. Seit der Duboisin-Morphiuminjektion keine Choreabewegungen mehr. Nach ca.  $\frac{1}{4}$  Stunde ruhig. Schläft dann bis  $\frac{1}{2}/4$  Uhr früh. Dann wieder Tobsuchtsanfall wie vorher. Injektion von 0,0015 Duboisin und Kampher.

24. 6. Gegen 7 Uhr früh wieder hochgradige gewaltige Erregung, atmet dabei schwer. Pupillen reaktionslos. Schläft dann in leichter Packung bis 10 Uhr. Verlangt zu trinken, ist bei Bewusstsein. Puls frequent. — Geringe Choreabewegungen. Weiss nicht, dass sie getobt hat, noch dass sie gewaltätig gegen die Pflegerinnen geworden ist. Wisse auch nicht, was für einen Grund sie haben solle, böse zu werden. Nimmt Flüssigkeit zu sich. Um 12 Uhr mittags wieder plötzlich hochgradig erregt, strengt sich mit aller Kraft an. Am ganzen Körper, besonders an den Extremitäten, zahlreiche blaue Flecke. Linkes Handgelenk leicht geschwollen. — Wird auf die Packung hin wieder ruhiger; ist benommen, fühlt sich sehr heiß an. Fängt an zu stöhnen. Allmählich zunehmendes Koma. Temp. 41,2. Puls 160, regelmässig, kräftig. Pupillen different, links  $>$  rechts. Reaktionslos. Kornealreflexe fehlen. Lässt den Stuhl unter sich. Hat die Zungenspitze zwischen den Zähnen. Aus dem Munde sickert Blut. Kleine Bisswunde an der Zunge rechts. Trotz Kampher wird Puls immer kleiner. — In dem durch den Katheter gewonnenen Urin Spuren von Albumen, kein Zucker. — Sauerstoffinhalation. Erbrechen galliger Massen. Einzelne spontane Bewegungen mit dem rechten Arm. Um 8 Uhr 50 Min. abends Exitus. — In dem nachträglich bakteriologisch untersuchten Blut fand sich nichts Wesentliches.

### 9. Eklamptische Psychose.

Margarete T., 36 Jahre, Arbeiterfrau. Aufnahme 12. 11. 1907.

Anamnese (vom Mann): Schwester nervös. Pat. lernte auf der Schule gut, war früher gesund. Nach der Schulzeit Dienstmädchen. Heirat mit 31 Jahren. Glückliche Ehe. Zwei Geburten, Kinder leben. Letzter Partus 3. 11. 07 leicht. Bei der Nachgeburt traten Krämpfe auf. Soll schon vor der Geburt einmal

Kopfschmerzen gehabt haben wie auch Erbrechen. Habe bei Beginn der Wehen einmal verwirrt geredet. Zu Hause im ganzen drei Anfälle. Kam dann in die Frauenklinik.

Krankengeschichte der Frauenklinik: Am 3. und 4. 11. 13 eklamtische Anfälle. Im Urin Eiweiss, granulierte Zylinder, Epithelien. Meist bewusstlos. Allmählich Fieber. Bekam Kochsalzeinläufe, schwitzte. Am 4. abends 9 Uhr freier. Nimmt etwas flüssige Nahrung. Nachts ziemlich unruhig, nässte ein.

6. 11. Nur noch Spuren von Albumen im Urin. Hat ruhig geschlafen. Stillt das Kind. Oertlich nicht orientiert. Antwortet sonst richtig.

7. 11. Nachts unruhig. Glaubt zu Hause zu sein, deliriert. Stösst das angelegte Kind fort. Sieht Feuer. Verwirrt.

8. 11. Nachts unruhig. Etwas benommen, springt aus dem Bett. Am Tage ruhiger. Deutet Vorgänge in der Umgebung falsch. Beobachtet die Umgebung scharf.

10. 11. Glaubt Feuer zu sehen, ihr Kind gesprochen zu haben. Glaubt sich bestohlen, will die Polizei holen. Macht der Wärterin Vorwürfe. Wundert sich über diese Täuschungen. Sieht sie teilweise ein.  $\frac{1}{2}$  pM. Albumen im Urin.

Status in der psychiatrischen Klinik: Im Urin  $\frac{1}{4}$  pM. Albumen, Epithelien, rote Blutkörperchen, keine Zylinder. Sonst bei körperlicher Untersuchung nichts Besonderes.

Gibt auf Befragen an, sie wisse von der Geburt nichts, sei erst vorgestern wieder zu sich gekommen. Es sei ihr davon nichts gesagt worden. Nachts habe sie Feuer im Hause gegenüber gesehen, habe Männerstimmen gehört, laufen, einen Schlüssel hinfallen hören. Habe Gespenster gesehen, Angst gehabt und geglaubt, sie solle umgebracht werden. Dabei habe sie ein Gefühl gehabt, als wenn sie herunterfalle, im Keller verschwinde. Bittet den Arzt, der sie untersucht, ihr nichts zu tun. Sie werde doch noch umgebracht. Oertlich orientiert, zeitlich ungenau. Sie habe geglaubt, ihr Geld sei ihr gestohlen. Sie wisse nicht, ob ihr Kind noch lebe. Sie werde nicht gesund, nicht besser. Macht schwer besinnlichen Eindruck. Stillt das sehr schlecht genährte Kind selbst. Weiss nicht, ob es ein Junge oder ein Mädchen ist. Kümmert sich nicht darum.

13. 11. Gut geschlafen. Gibt an, vom Feuer geträumt zu haben. Schläft auch am Tage viel.

14. 11. Glaubt, in der Frauenklinik zu sein. Auf Befragen gibt sie an, sie sei drei Tage hier. Zeitlich ungenau orientiert. Fühle sich gesund. Das Kind wird abgesetzt, da die Mutter nicht genügend Nahrung hat.

15. 11. Fragt, ob Mann und Kind tot seien. Bestreitet nachher diese Frage getan zu haben. Freundlicher, munter. Unsicher in der Orientierung, wechselt darin in ihren Angaben.

16. 11. Erysipel im Gesicht. (Soll auch schon 4 Tage vor dem Partus eins gehabt haben.)

18. 11. Hohes Fieber. Wieder etwas verwirrter. Verkennt zuweilen die Personen der Umgebung.

21. 11. Erysipel abgelaufen. Vollkommen klar und geordnet.

25. 11. Dauernd klar und geordnet. Geheilt entlassen. Hatte hier keine Menses.

Katamnese selbst vom Mann erhoben: Sei vollkommen gesund. Klage nur oft über Kopfschmerzen. Leide nicht an Schwindel, Ohnmachten, Krämpfen. Die Stimme sei lediglich gleichmässig. Zeige Interesse für alles, arbeite so gut wie vor der Erkrankung. Im Juni 1909 Abort ca. in der 12. Woche. Auch zu dieser Zeit keine Krämpfe oder psychische Störungen.

#### 10. Hysterische Depression.

Olga B., 24 Jahre, Architektenfrau. Aufnahme 13. 10. 1906.

Anamnese (vom Mann): Ein Grossonkel starb durch Suizid, war leichtsinnig. Sonst keine Heredität. Als Kind Masern. War immer blass, lernte gut. Menses mit 14 Jahren, anfangs unregelmässig, mit Schmerzen. Später regelmässig. Seit der Konfirmation öfter enfallsweise schwermüdig. Weinte viel. Mit 16 Jahren bleichsüchtig. Bekam mit 17 Jahren eine Stellung als Stütze auf einsamen Hof. Litt viel unter Heimweh. Ging deshalb nach Hause. 1904 Heirat. Ein leichter Partus. Stillte 4 Monate. Hatte damals Schwindelanfälle, Zittern, Nervenschmerzen im Kopf. 2. Partus 16. 9. 06, normal. Wochenbett ohne Besonderheiten. Kind, Knabe, gesund. Pat. stillte. 8 Tage post partum Tod des Grossvaters. Grübelte danach viel. Stand am 12. Tage auf. Seit 5. 10. traurig gestimmt. Klagte über Kopfschmerzen. Glaubte, sie werde nicht gesund. Aeusserte angeblich Versündigungsideen, Selbstvorwürfe. Wollte ins Wasser. Schrieb gestern einen Abschiedsbrief an den Mann. Ging in einen Teich, wurde von einem Gärtner gerettet. Sprach nicht. Klagte schon vorher über Angstgefühl, schlief schlecht.

Status 13. 10.: Mammae stark gefüllt. Temperatur 40,1. Rechtsseitige Mastitis. Puls 140. Zeitlich und örtlich orientiert. Macht folgende Angaben: Habe mit 17 Jahren Nervenschmerzen, Nervenzucken gehabt, ebenso im ersten Wochenbett. Habe in der Schwangerschaft an Kopfschmerzen gelitten. Habe Schwindel, Angstgefühl, Herzklagen. Sei traurig, ängstlich gestimmt. Sie glaube, sie werde nicht wieder besser, werde unklug. Jeder Nerv zittere. Gibt den Selbstmordversuch zu, sie habe aber, als sie am Wasser angekommen sei, gezögert, hineinzugehen, sei dann aus Unvorsichtkeit hineingefallen. Es sei ihr alles gleichgültig gewesen, ob sie lebe oder sterbe. Ist leicht gedrückter Stimmung.

14. 10. Macht sich Vorwürfe wegen des Suizidversuchs. Ist immer noch etwas gedrückt. Mastitis geht auf entsprechende Behandlung zurück, des Fiebers ebenfalls. Klagt über Kopfschmerzen, Schmerzen in den Augen.

18. 10. Leicht verstimmt. Schläft auf Schlafmittel gut.

21. 10. Nach Besuch des Mannes freier. Viel Klagen über nervöse Beschwerden: Zucken und Prickeln in den Händen und Gliedern, im linken Ohr. Druck, Beklemmung auf der Brust.

30. 10. Menses. Weint zuweilen.

3. 11. Fragt, ob sie noch besser werde.

12. 11. Zeigt nur Interesse für sich und ihr Leiden. Soll schon seit Jahren nach Angabe des Mannes so sein. Klagte dem Manne gegenüber, es geschehe nicht genug für sie.

6. 12. Mehr Hoffnung. Zalreiche nervöse Beschwerden, meint, sie müsse noch lange hier bleiben. Will nicht nach Haus.

20. 12. Gebessert entlassen. Hat im ganzen 3 Pfund zugenommen. 2 mal hier Menses, ziemlich stark.

Katamnese (vom Mann): Keine psychischen Störungen seit der Entlassung. Klagt häufig über Kofschmerzen, meist bei den Menses. Mache ihre Hausarbeiten wie vor der Erkrankung. Zeitweise sei sie traurig gestimmt, dann wieder leicht erregt. Geburten habe sie nicht mehr durchgemacht.

### 11. Hysterische Verwirrtheitszustände.

Emma M., Landmannstochter, 20 Jahr. Aufnahme 7. 5. 1907.

Anamnese (vom Vater): Mutter und eine Schwester geisteskrank, Grossvater, müterlicherseits sehr exzentrisch. Geschwister der Mutter alle vorübergehend geistesgestört, immer merkwürdig. Pat. hatte als Kind Masern, Lernte auf der Schule sehr gut. Erste Menses mit 16 Jahren, unregelmässig, selten. Vor den Menses immer sehr aufgereggt. Während der Menses flau, schlapp. Letzte Menses vor 8 Wochen. Vor 4 Wochen sehr stark erregt. Sprach, schimpfte viel, warf Sachen kaput, tanzte herum, blieb nicht im Bett. War nach Ablauf der Erregung nach 8 Tagen wieder ganz normal.

Seit dem 2. 5. wieder sehr erregt, zerriss die Kleider, lief nackt auf die Strasse. Fuhr mit Strümpfen und Hemd bekleidet auf dem Fahrrad des Bruders weg. Sang Couplets. Sehr vergnügt, dazwischen wütend. Schlug, biss, warf, kratzte. Schlug fast alle Fensterscheiben im Haus ein. Sprach sinnlos, unzusammenhängend. Sah Gestalten. Hatte vor einigen Monaten sexuell verkehrt.

Status: Mässige Ernährung, sonst nichts Besonderes. Spricht vor sich hin, läuft herum, will fort. Unordentlich, Haare zerzaust. Nannte ihren Namen richtig. Verkennt die Personen der Umgebung. Sie sei hier im Lotsenhaus. Zeitlich ungenau orientiert. Gibt an, den Teufel gesehen zu haben. Sie sei krank, habe einen Bandwurm, der im Hals stecken geblieben sei. Seit 4 Wochen sei das Unwohlsein ausgeblieben, dann sagten sie gleich „etwas anderes“ von einem Emil K. sei der besoffene Teufel. Sie habe sich aufs Rad gesetzt, weil sie verlorene Treue geschworen habe. Sie höre immer Stimmen. Sie kenne dieselben, wisse nicht, was sie sagten. Hinter ihr sei immer ein Biest gewesen. Sieht sich in den Spiegel und sagt, sie sehe so verloren aus. Beobachtet den Arzt aufmerksam.

8. 5. Abweisend, unfreundlich. Weint zeitweise. Orientiert.

11. 5. Hat sich ruhig verhalten. Schreibt Briefe.

12. 5. Sagt, sie höre die Stimmen ihrer Verwandten durchs Telephon, höre Klavier spielen.

13. 5. Höre jetzt keine Stimmen mehr. Macht genaue Angaben über ihre Vergangenheit. Gibt an, hier erst Stimmen gehört zu haben, zu Hause nicht. Kann sich an ihre Erregung ganz gut erinnern. Oertlich und zeitlich orientiert. Muss sich auf alles lange besinnen.

21. 5. Klagt zuweilen über Uebelkeit. Steht auf, arbeitet.

2. 6. Klar geordnet, keine Stimmen.

6. 6. Bei der Visite hysterischer Anfall. Schreit. Arc de cercle. Pupillen reagieren dabei auf Licht gut. Befolgt dann Aufforderungen. Bei Wiederholung des Anfalls wird derselbe durch Faradisieren coupiert. Lacht, weint durcheinander.

7. 6. Nachts unruhig. Singt heute Morgen, schimpft. Singt auch weiterhin Gassenhauer.

9. 6. Will zerreißen, schreit schimpft. Immer erregter.

14. 6. Wälzt sich auf dem Boden herum, spuckt, schimpft.

17. 6. Wieder ruhig. Klagt über Kopfschmerzen.

4. 7. Hat sich bis heute ruhig verhalten. Heute wieder Zuckungen. Klagte vorher über Schwindel. Gesicht gerötet. Die Zuckungen hören auf Zureden auf.

5. 7. Klagt über Kopfschmerzen, warf sich unruhig im Bett hin und her. Abends Zunahme der Unruhe, fing plötzlich an schreien.

7. 7. Sehr unruhig. Spricht und schimpft vor sich hin. Zerreisst. Schlägt wütend auf die Aerzte und Pflegerinnen ein. Spuckt, kratzt, schreit.

9. 7. Zerreisst jegliche Kleidung, so dass sie nackt in der Zelle bleiben muss. Schlägt sinnlos auf die Pflegerinnen ein, die zu ihr kommen. Schreit unverständliche Worte.

11. 7. Dauernd sehr laut. Schreit und singt Tag und Nacht.

12. 7. Wieder ruhiger. Kann sich angeblich an die Erregung nicht erinnern.

20. 7. Weiter ruhig, geordnet geblieben. Durch spezialistische Untersuchung wird Gravidität im 6. Monat festgestellt. Foetus lebt.

23. 7. Ziemlich still. Meist für sich. Hilft nur wenig bei der Arbeit.

3. 8. Ist ruhig geblieben. Zeitweise Kopfschmerzen.

8. 8. Beklagt sich, dass sie nicht habe schlafen können, weil eine andere Pat. sie gestört habe.

9. 8. Macht gedrückten Eindruck. Klagt über Kopfschmerzen.

12. 8. Klagt immer noch über Kopfschmerzen. Schilt auf andere Kranke.

13. 8. Hysterischer Anfall.

15. 8. Immer mehr erregt. Schrieb einen etwas wirren Brief an ihren Bräutigam, weinte, schimpfte, zankte sich mit anderen Pat., kam häufig aus dem Bett.

16. 8. Wiederholung derselben Erregungen wie früher. Mehrfach hysterische Anfälle angedeutet im Anfang.

21. 8. Erregung wieder abgelaufen. Geordnet. Schlaf und Appetit gut.

30. 8. Wieder Klagen über Kopfschmerzen, dauernd klar, ruhig.

14. 9. Labile Stimmung, weint zuweilen.  
 18. 9. Nachts unruhig. Erhält Brom, bleibt zu Bett.  
 20. 9. Schläft viel. Ruhig. Sprichts nachts im Schlaf vor sich hin.  
 25. 9. Steht wieder auf. Bleibt diesmal ruhig.  
 8. 10. Zeitweise noch etwas unruhig. Klagt über Kopfschmerzen.  
 16. 10. Leicht reizbar. Zankte sich wiederholt mit anderen Pat. Erhält weiter Brom.  
 26. 10. Dauernd ruhig. Arbeitet etwas. Schlaf ruhig.  
 6. 11. Klagen über Kreuzschmerzen. Soll im Schlaf öfter schreien und stöhnen. Hals-Brustschmerzen. Keine objektiver Befund. Schnarchender, bellender Husten.  
 20. 11. Mit Wehen in die Frauenklinik verlegt.  
 24. 11. Wieder hierher zurückverlegt, da sie in der Frauenklinik aufgereggt geworden. Hatte dort kein Brom bekommen.  
 29. 11. War dauernd ruhig. Heute wegen Wehen wieder in die Frauenklinik verlegt.  
 30. 11. Leichte Geburt eines Mädchens.  
 14. 12. Hat bisher selbst gestillt. Verhielt sich bisher dauernd ruhig. In die psychiatrische Klinik zurückverlegt.  
 21. 12. Dauernd ruhig, geordnet, entlassen. Hier keine Menses.  
 2. Aufnahme vom 25. 11. bis 26. 11. 08. Kommt abends spät allein. Gleich typischer hysterischer Anfall. Habe sich über Lärm im Saal aufgereggt. Gibt an, zu Haus gearbeitet zu haben, einmal Krämpfe gehabt zu haben. Sei noch nervös. Sei zur Zeit in Stellung.

Katamnese (vom Vater): Habe zuweilen noch Zuckungen. Sei unbeständig bei der Arbeit. Halte es nie lange an einer Stelle aus. Verrichte häusliche Arbeiten. Die Stimmung sei wie vor der Erkrankung schwankend. Keine Geburt mehr.

### Literaturverzeichnis.

1. Adler, Ueber die im Zusammenhang mit den Infektionskrankheiten auftretenden Geistesstörungen. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1897. Bd. 53. S. 740.
2. Albrecht, Die psychischen Ursachen der Melancholie. Monatsschr. für Psych. 1906. Bd. 20. S. 65.
3. Alexander, A case of post-eclamptic mania. Journ. of mental science. 1891. Neurol. Zentralbl. 1891. S. 565.
4. Alt, Puerperalpsychosen. Enzyklopädie der Geburtshilfe u. Gynäkologie.
5. Alzheimer, Ueber die Indikationen für eine künstliche Schwangerschaftsunterbrechung bei Geisteskranken. Münchener med. Wochenschr. 1907. S. 16/17.
6. Anton, Ueber Geistes- und Nervenkrankheiten in der Schwangerschaft, im Wochenbett und in der Säugungszeit. Im Handbuch der Gynäkologie. v. Veit. Wiesbaden, Verlag v. Bergmann. 1910.

7. Arndt, Ueber Puerperalpsychosen. Berliner Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie. 1874. Bd. 3.
8. Arsimoles, Grossesse et puerpérality chez une épileptique atteinte de chorée ancienne. Arch. de neurologie. 21. 1906. Ref. Neurol. Zentralbl. 1908. S. 317.
9. Aschaffenburg, Ueber die klinischen Formen der Wochenbettpsychosen. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1901. Bd. 58. S. 337.
10. Aschaffenburg, Die Katatoniefrage. Zeitschr. f. Psych. 1898. Bd. 54. S. 1004.
11. Baracoff-Dimitre, Du rôle des trouble de la nutrition dans la pathogénie de la folie puerpérale. Thèse de Paris. 1902.
12. Bauchwitz, Veränderung des Nervensystems in der Gravidität. Inaug.-Diss. München. 1903.
13. Bechterew, Ein Fall von Chorea gravidae mit letalem Ausgang. Wissenschaftl. Vers. der Aerzte der St. Petersburger Kl. f. G. u. N. 23. 11. 95. Ref. Neurol. Zentralbl. 1896. S. 382.
14. Behr, Zur Aetiologie der Puerperalpsychosen. Vortrag auf der Vers. des Vereins der Irrenärzte. Nieders. und Westf. 6. 5. 1899. Ref. Neurol. Zentralbl. 1899. S. 522.
15. Bruns, Diskussion auf derselben Versammlung.
16. Bérand, De l'épilepsie dans ses rapports avec la grossesse etc. Thèse de Paris. 1884. Ref. Virchow-Hirsch Jahresber. 1884.
17. Binswanger und Berger, Zur Klinik und pathologischen Anatomie der postinfektiösen und Intoxikationspsychosen. Dieses Archiv. 1901. Bd. 34. S. 107.
18. Binswanger, Die Epilepsie. In Spez. Pathol. und Ther. von Nothnagel. Bd. 12. 1. Teil. Wien 1899. Verlag von Hölder.
19. Binswanger, Die Hysterie. Spez. Pathol. u. Ther. v. Nothnagel. Bd. 12. Wien 1904. Verlag von Hölder.
20. Binswanger, Diskussion nach dem Vortrage von Jolly. Vers. d. Vereins deutscher Irrenärzte. 1901.
21. Bonhoeffer, Die symptomatischen Psychosen. Leipzig und Wien, Verlag von Deuticke. 1910.
22. Bottentuit, De la manie des nouvelles accouchées. L'union. méd. No. 34. 1874. Ref. Virchow-Hirsch Jahresber. 1874.
23. Boyd, Observations on puerperal insanity. Journ. of ment. Sc. 1870. Ref. Virchow-Hirsch Jahresber. 1870.
24. Brétonville, Contribution à l'étude des psychopathies puerpérales. Thèse de Paris. 1901.
25. Bumke, Ueber die Umgrenzung des manisch-depressiven Irreseins. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1909. 32. Jahrg. S. 381.
26. Chambrelen, De l'épilepsie pendant la grossesse. Gaz. hebd. de méd. et de chir. 1899. Ref. Virchow-Hirsch Jahresber. 1899.
27. Chrobak, Abortus und Psychose. Zentralbl. für Gynäkol. 1907. Bd. 31. S. 248.

28. Clark, Clinical illustrations of puerperal insanity. Glasgow 1884. Ref. Neurol. Zentralbl. 1884. S. 507.
29. Cleland, Insanity during pregnancy. The Brit. med. Journ. 1887. p. 179. Ref. Neurol. Zentralbl. 1887. S. 507.
30. Cramer, Gerichtliche Psychiatrie. 4. Aufl. 1908. Jena, Verl. v. Fischer.
31. Cramer, Die Nervosität. Jena 1906. Verl. v. Fischer.
32. Cramer und Többen, Beiträge zur Pathogenese der Chorea. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 1905. Bd. 18.
33. Dörschlag, Beitrag zu den Puerperalpsychosen. Inaug.-Dissert. Berlin. 1886.
34. Dreyfus, Die Melancholie, ein Zustandsbild des manisch-depressiven Irreseins. Jena 1907. Verl. v. Fischer.
35. Dubuisson, Die Warenhausdiebinnen. Leipzig 1904. Verl. v. Seemann. Uebers. v. Fried.
36. Dakin, Seven cases of pregnancy complicated by chorea. Practitioner. 1897. p. 571.
37. Debus, Ueber Bewusstlosigkeit während der Geburt. Inaug.-Dissertation. Tübingen 1896.
38. Dixon, Course and treatment of a case of chorea insaniens with pregnancy. The Dublin med. Journ. 1905. Ref. Virchow-Hirsch Jahresber. 1905.
39. Duckworth, Observations on chorea gravid. Saint Bartholomews Hospital reports. Bd. 39. Ref. Virchow-Hirsch Jahresber. 1904.
40. Feist, Beitrag zur pathologischen Anatomie der Puerperalpsychosen. Arch. f. pathol. Anatomie. Bd. 130. 1892. S. 453.
41. Fellner, Ueber Graviditätspsychosen. Therapie der Gegenwart. 1908. Bd. 10. S. 416.
42. Féré, Eclampsie et épilepsie. Arch. de Neurol. 1884. p. 37.
43. Festenberg, Ein Fall von schwerer Chorea während der Schwangerschaft mit Uebergang in Manie. Deutsche med. Wochenschr. 1897. S. 196.
44. Fiedler, Chorea im Puerperium. Inaug.-Diss. Kiel 1903.
45. Frank, Ueber Chorea gravidarum. Inaug.-Diss. Kiel 1904.
46. French and Hicks, Chorea gravidarum. The Practitioner. Bd. 77. Ref. Virchow-Hirsch Jahresber. 1906. S. 745.
47. Freyer, Die Ohnmacht bei der Geburt. Berlin 1887. J. Springer.
48. Friedmann, Ueber neurasthenische Melancholie. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 1904. Bd. 15. S. 301.
49. Friedreich, Gerichtliche Psychologie. Leipzig 1835. Verl. v. Wigand.
50. Frigyesie, Chorea gravidarum. Orvosi Hetilap. 1905. Ref. Virchow-Hirsch Jahresber. 1905.
51. Fritz, Quelques considérations sur la pathogénie de l'eclampsie et ses rapports avec la manie. Thèse de Strasbourg. 1870. Ref. Virchow-Hirsch Jahresber. 1871.
52. Fürstner, Ueber Schwangerschaft und Puerperalpsychosen. Dieses Arch. 1875. Bd. 5. S. 505.

53. Fürstner, Diskussion zu dem Vortrage von E. Meyer auf der Jahresvers. des deutschen Vereins f. Psych. 1901.
54. Fürstner, Ueber hysterische Geistesstörungen. Deutsche Klinik. 1906. Bd. 6. 2. S. 154.
55. Garcia, De la folie puerpérale. Thèse de Paris. 1879. Ref. Virchow-Hirsch Jahresber. 1879.
56. Gaupp, Zur prognostischen Bedeutung der katatonischen Erscheinungen. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1903. Bd. 26. S. 680.
57. Gettkant, Ueber Chorea gravidarum. Inaug.-Diss. Berlin 1905.
58. Glockner, Ueber Beziehungen zwischen der puerperalen Eklampsie und der Epilepsie. Zentralbl. f. allg. Pathologie. 1901. S. 609.
59. Gowers, Handbuch der Nervenkrankheiten. Bd. III. 1892. Bonn, Verlag von Cohen.
60. Griffin, Puerperal insanity and insanity of lactation. Australian med. Journ. 1882. Ref. Neurol. Zentralbl. 1883. S. 330.
61. Gudden, Die Zurechnungsfähigkeit bei Warenhausdiebinnen. Vortrag auf der 78. Vers. deutscher Naturf. und Aerzte in Stuttgart 1906. Neurolog. Zentralbl. 1906. S. 922.
62. Hallervorden, Zur Pathogenese der puerperalen Nervenkrankheiten und der toxischen Psychosen. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1897. Bd. 53. S. 661.
63. Hansen, Ueber das Verhältnis zwischen der puerperalen Geisteskrankheit und der puerperalen Infektion. Zeitschr. f. Geburtsh. und Gynäkol. 1888. Bd. 15. S. 60.
64. Hirschl, Ueber Chorea gravidarum. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. 27. S. 56.
65. Hajós, Künstl. Abort bei sich wiederholender Schwangerschaftspsychose. Budapesti Orvosi Ujsag. No. 36. Ref. Virchow-Hirsch Jahresber. 1905.
66. Heilbronner, Studien über eklampische Psychose. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 1905. Bd. 17. S. 277.
67. Hermkes, Ueber den Wert chirurgischer Behandlung von Neurosen und Psychosen. Dieses Archiv Bd. 39. 1905.
68. Herzer, Beitrag zur Klinik der Puerperalpsychosen. Allg. Zeitschr. für Psych. 1906. Bd. 63. S. 244.
69. Hinrichsen, Statistischer Beitrag zur Frage nach der Häufigkeit der einfachen akuten Manie im Verhältnis zu den periodischen Formen derselben. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1898. Bd. 54. S. 786.
70. Hirsch, Puerperal insanity. The med. record. 1900. Ref. Virchow-Hirsch Jahresber. 1900.
71. Hitzig, Diskussion zum Vortrage von E. Meyer auf der Jahresvers. des Vereins deutscher Irrenärzte. Berlin 1901.
72. Hoche, L., Ueber puerperale Psychosen. Dieses Archiv. 1892. Bd. 24. S. 612.
73. Hoche, Bemerkungen zur Frage des künstlichen Abortes bei Neurosen und Psychosen. Monatsschr. für Kriminalpsychol. und Strafrecht. Ref. 1906. Bd. II. S. 417.

74. Hoche, Das akute halluzinatorische Irresein (Amentia). Deutsche Klinik. 1906. Bd. 6. H. 2.
75. Hoche, Hebephrenie, Katatonie, Dementia paranoides. In Lehrbuch für Psychiatrie v. Binswanger und Siemerling. 1907. 2. Aufl.
76. Hoche, Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie. Berlin 1909. Verlag v. Hirschwald.
77. Hoche, Die Melancholiefrage. Zentralbl. f. Nervenheilk. und Psychiatrie. 1910. S. 199.
78. Holm, On Puerperalafafsindighed. Hosp. Tid. 1874. Ref. Virchow-Hirsch Jahresber. S. 103.
79. Hoppe, Symptomatologie der im Wochenbett entstehenden Geistesstörungen. Dieses Archiv. 1893. Bd. 25. S. 137.
80. Hübner, Klinische Studien über die Melancholie. Dieses Archiv. 1908. Bd. 43. S. 505.
81. Jaffé, Beiträge zu den Puerperalpsychosen. Inaug.-Diss. Berlin 1905.
82. Jahrmärker, Zur Frage der Dementia praecox. Halle a. S. Verlag von Marhold. 1902.
83. Jahrmärker, Zur Frage der Amentia. Zentralbl. für Nervenheilk. und Psych. 1907. S. 588.
84. Idanof, Contribution à l'étiologie de la folie puerpérale. Ann. méd. psych. 1893. Ref. Virchow-Hirsch Jahresber. 1893.
85. Jörg, Die Zurechnungsfähigkeit der Schwangeren und Gebärenden. Leipzig 1837. Verl. v. Wygand.
86. Jelly, Puerperal insanity. Boston med. and surg. Journ. 1901. Ref. Virchow-Hirsch Jahresber. S. 854.
87. Ilberg, Die Bedeutung der Katatonie. Zeitschr. f. Psych. 1898. S. 416.
88. Jolly, Chorea minor. Im Handbuch von Ebstein u. Schwalbe. Stuttgart 1905.
89. Jolly, Die Indikationen des künstlichen Abortus bei der Behandlung von Neurosen und Psychosen. Vortrag auf der Vers. deutscher Naturforscher und Aerzte in Hamburg. 1901.
90. Kahlbaum, Klinische Abhandlungen über psychische Krankheiten. H. 1: Die Katatonie. Berlin 1874. Verlag von Hirschwald.
91. Koch, Zur Lehre von der Chorea minor. Deutsches Archiv f. klin. Med. 1867. Bd. 40. S. 544.
92. Knauer, Ueber puerperale Psychosen. Berlin 1897. Verlag von Karger.
93. Kölpin, Klinische Beiträge zur Melancholiefrage. Dieses Archiv. 1905. Bd. 39. S. 1.
94. Koritowski, Vier Fälle von Chorea gravid. Inaug.-Diss. Greifswald 1909.
95. Kraepelin, Ueber Remissionen bei Katatonie. Zeitschr. f. Psych. 1896. Bd. 62. S. 1126.
96. Kraepelin, Lehrbuch der Psychiatrie. II. Bd. Leipzig 1904. 7. Aufl.
97. Kraepelin, Lehrbuch der Psychiatrie. II. Bd., 1. Teil. Leipzig 1910. 8. Aufl.
98. v. Krafft-Ebing, Die transitorischen Störungen des Selbstbewusstseins. Erlangen 1868. Verlag von Enke.

99. v. Krafft-Ebing, Lehrbuch der Psychiatrie. Stuttgart 1897. 6. Aufl. Verlag von Enke.
100. v. Krafft-Ebing, Gerichtliche Psychopathologie. Stuttgart 1900. Verlag von Enke.
101. Kramer, Zur Lehre von den Puerperalpsychosen. Prager med. Wochenschrift. 1889. Ref. Neurol. Zentralbl. 1889.
102. Krauss, Die Berechtigung der Vernichtung des kindlichen Lebens mit Rücksicht auf Geisteskrankheiten der Mutter. Monatsschr. f. Kriminallpsychologie u. Strafrechtsreform. 1906. II. S. 264.
103. Kleist, Ueber die psychischen Störungen bei Chorea minor. Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie. 1907. Bd. 64. H. 5.
104. Krönig, Ueber die Bedeutung der funktionellen Nervenkrankheiten für die Diagnostik und Therapie in der Gynäkologie. Leipzig 1902. Verlag von Thieme.
105. Kroner, Ueber Chorea gravidarum. Inaug.-Diss. Berlin 1896.
106. Lane, Puerperal insanity. Boston med. and surg. journ. 1901. Ref. Virchow-Hirsch Jahresber. 1901.
107. Laquer, Der Warenhausdiebstahl. Samml. zwangl. Abhandl. a. d. Geb. d. Nerven- u. Geisteskrankh. Bd. 7. H. 5.
108. Leod, On address on puerperal insanity. Brit. med. journ. 1886.
109. Lazard, A case of cerebral hemorrhage following labor. Philadelphia med. journ. 1900. Ref. Virchow-Hirsch Jahresber. 1900.
110. Löwenthal, Diskussion zum Vortrag von Jolly. Vers. f. Naturf. u. Aerzte. 1901.
111. Lippschitz, Zur Aetiologie der Melancholie. Monatsschr. f. Psych. 1905. Bd. 18. S. 193.
112. Macdonald, Puerperal insanity. Med. record. 1899. Virchow-Hirsch Jahresber. 1899.
113. Marcé, Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices. Paris 1858. Bailliére et f.
114. Marcus, Ueber einige Besonderheiten in Erscheinung und Verlauf der Melancholie bei Neurasthenikern. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1890. Bd. 46. S. 487.
115. Martin, Diskussion zum Vortrag von Jolly. Vers. d. Naturf. u. Aerzte. 1901.
116. Martin, Zur Chorea gravidarum. Deutsche med. Wochenschr. 1906. S. 1265.
117. Martin, Gynäkologie und Psychiatrie. Med. Klinik. 1907. Nr. 1.
118. Möbius, Ueber Seelenstörungen bei Chorea. Neurol. Beiträge. 1894. H. 2. S. 123.
119. Mendel, Leitfaden der Psychiatrie. Stuttgart 1902. Verlag von Enke.
120. E. Meyer, Beitrag zur Kenntnis der akut entstandenen Psychosen und der katatonischen Zustände. Dieses Archiv. 1899. Bd. 37. S. 780.
121. E. Meyer, Zur Klinik der Puerperalpsychosen. Berliner klin. Wochenschrift. 1901. S. 805.

122. E. Meyer, Zur prognostischen Bedeutung der katatonischen Erscheinungen. Münchener med. Wochenschr. 1902. Nr. 32.
123. E. Meyer, Zur Prognose der Dementia praecox. Dieses Archiv. 1908. Bd. 45. H. 1.
124. E. Meyer, Die Ursachen der Geisteskrankheiten. Jena 1907. Verlag von Fischer.
125. E. Meyer, Psychische Störungen und Gravidität mit besonderer Berücksichtigung des künstlichen Abortus. Klin.-therapeut. Wochenschr. 1910. Nr. 1.
126. E. Meyer, Gravida mit Epilepsie. Vortrag im Verein f. wissenschaftl. Heilkunde. Königsberg. Ref. Deutsche med. Wochenschr. 1910. S. 685.
127. Mongeri, Nervenkrankheiten und Schwangerschaft. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. 1901. Bd. 58. S. 893.
128. Meynert, Die Amentia, die Verwirrtheit. Jahrbücher f. Psych. u. Neurol. 1890. S. 1.
129. Moravesik, Ueber Katatonie. Neurol. Zentralbl. 1905. S. 875.
130. Mucha, Beiträge zur Kenntnis der Katatonie. Zeitschr. f. Psych. 1898. Bd. 55. S. 429.
131. Münzer, Ein Beitrag zur Lehre der Puerperalpsychosen. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. 1906. Bd. 19. S. 362.
132. Neumann, Zur Aetiologie der Chorea minor. Vortr. a. d. Vers. südwestd. Neurol. u. Irrenärzte zu Baden-Baden. Juni 1901.
133. Neu, Epilepsie und Gravidität. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkologie. 1907. Bd. 26. S. 27.
134. Olshausen, Beitrag zu den puerperalen Psychosen, speziell den nach Eklampsie auftretenden. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn. 1892. Bd. 21. H. 2.
135. Opitz, Zur Biochemie der Schwangerschaft. Deutsche med. Wochenschr. 1903. Nr. 34.
136. Oppenheim, Lehrbuch der Nervenkrankheiten. Bd. II. Berlin. Verlag von Karger.
137. Oui, La chorée gravidique. Gaz. hebd. de Méd. Ref. Virchow-Hirsch Jahresber. S. 618.
138. Peretti, Ueber die Beeinflussung der Geistesstörung durch die Schwangerschaft. Dieses Arch. 1886. Bd. 16. S. 442.
139. Pick, Diskussion zum Vortrag von E. Meyer. Vers. d. Vereins deutscher Irrenärzte. Berlin 1901.
140. Pilcz, Ueber Chorea. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 1898. Bd. 4. S. 247.
141. Pilcz, Die periodischen Geistesstörungen. Jena 1901. Verlag v. Fischer.
142. Plempel, Zur Frage des Geisteszustandes der heimlich Gebärenden. Vers. deutscher Naturf. u. Aerzte. Köln 1908.
143. Putnam, Relation of pregnancy to nervous diseases. Amer. med. Quarterly. April 1900.
144. Quensel, Psychosen und Generationsvorgänge beim Weibe. Med. Klinik. Nr. 50. 1907.

145. Raecke, Ueber Erschöpfungspsychosen. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1900.
146. Raecke, Zur Lehre von den Erschöpfungspsychosen. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 1902. Bd. 11. S. 12.
147. Raecke, Die transitorischen Bewusstseinsstörungen der Epileptiker. Halle 1903. Verl. v. Marhold.
148. Raecke, Katatonie, Manie, Melancholie im Handbuch der ärztlichen Sachverständigkeit. Wien u. Leipzig 1909. Verl. v. Braumüller.
149. Raecke, Zwangsantriebe u. Zwangsvorstellungen. Dies. Arch. Bd. 43. H. 3.
150. Raimann, Die hysterischen Geistesstörungen. Leipzig und Wien 1904. F. Deuticke.
151. Raw, The mental disorders of pregnancy and the puerperal period. The Edinburgh. med. journ. Ref. Virchow-Hirsch Jahresber. 1906.
152. Reichardt, Leitfaden der psychiatrischen Klinik. Jena 1907. Verlag von Fischer.
153. Reinhardt, Beitrag zur Lehre von den Puerperalpsychosen. Inaug.-Diss. Leipzig 1907.
154. Reuter, Geistesstörung während der Gravidität. Ungar. med. Presse. 1903. Ref. Virchow-Hirsch Jahresber. 1903.
155. Rigden, Presidential address concerning the insanity of childbirth. Brit. med. journ. Ref. Virchow-Hirsch Jahresber. 1906.
156. Ripping, Die Geistesstörungen der Schwangeren, Wöchnerinnen und Sängenden. Stuttgart 1877. Verl. v. Enke.
157. Roustan, De la psychicité de la femme pendant l'accouchement. Thèse de Bordeaux. 1900.
158. Ruhemann, Ueber Chorea gravidarum. Inaug.-Diss. Berlin 1889.
159. M. Runge, Lehrbuch der Geburtshilfe. 8. Aufl. Berlin 1909. Verlag von Springer.
160. W. Runge, Chorea minor mit Psychose. Dieses Arch. 1909. Bd. 46. H. 2.
161. Salgo, Kompendium der Psychiatrie. Wien 1889. Verlag v. Bergmann u. Altmann.
162. Sander, Ein Fall von posteklamptischem Irresein mit rückschreitender Amnesie. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. 1898. Bd. 54. S. 600.
163. Schmidt, Beiträge zur Kenntnis der Puerperalpsychosen. Dieses Arch. 1880. Bd. 11. S. 75.
164. Schmidtmann, Handbuch der gerichtlichen Medizin. Bd. III.—Streitige geistige Krankheiten von Siemerling. Berlin 1906. Verlag v. Hirschwald.
165. Schönfeld, Diskussion zum Vortrag von E. Meyer auf Vers. deutscher Irrenärzte zu Berlin. 1901.
166. Schott, Beitrag zur Lehre von der Melancholie. Dieses Archiv. 1903. Bd. 36. S. 818.
167. Schrock, Ueber Chorea gravidarum. Inaug.-Diss. Königsberg 1899.
168. Schröder, Lehrbuch der Geburtshilfe. Bonn 1886.
169. Schüle, Klinische Psychiatrie. Leipzig 1886. 3. Aufl. Verl. v. Vogel.
170. Schüle, Zur Katatoniefrage. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1898. Bd. 54. S. 515.

171. Schüle, Klinische Beiträge zur Katatonie. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1901. Bd. 58. S. 221.
172. Siegenthaler, Beitrag zu den Puerperalpsychosen. Jahrb. f. Psych. 1898. S. 87.
173. Shaw, Chorea during pregnancy. The journ. of obstetrics. Vol. 21. Ref. Virchow-Hirsch Jahresber. 1907.
174. Sheill, Chorea gravidarum. The Practitioner. Jahresber. f. Neurol. u. Psych. 1906.
175. Shdanow, Zur Aetiologie der puerperalen Psychosen. Vortrag. Ref. Neurol. Zentralbl. 1892. S. 490.
176. Siemerling, Ueber Graviditäts- und Puerperalpsychosen. Vortrag im physiol. Verein in Kiel. Münchener med. Wochenschr. 1904. S. 457.
177. Siemerling, Ueber Psychosen im Zusammenhang mit akuten und chronischen Infektionskrankheiten. Deutsche Klinik. Bd. 6. 1906. S. 363.
178. Siemerling, Graviditäts- und Puerperalpsychosen, Deutsche Klinik. Bd. 6. 1906.
179. Siemerling, Amentia und Delirien. Lehrbuch v. Binswanger-Siemerling. 1907. 2. Aufl. S. 188.
180. Sigwart, Selbstmordversuch während der Geburt. Dieses Arch. Bd. 42. 1907. S. 248.
181. Sinclair, On puerperal aphasia with analysis of 18 cases. The Lancet. 1902. Ref. Jahresber. f. Psych. u. Neurol. 1903.
182. Sommer, Diagnostik der Geisteskrankheiten. Berlin-Wien 1901. 2. Aufl.
183. Spiegelberg u. Wiener, Lehrbuch der Geburtshilfe. 1891.
184. Stransky, Zur Amentiafrage. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1907. S. 809.
185. Stransky, Zur Lehre von der Amentia. Journ. f. Psychol. u. Neurol. 1904/05. Bd. 4. S. 158.
186. Strohmayer, Zur Klinik, Diagnose u. Prognose der Amentia. Monatschr. f. Psych. u. Neurol. 1906. Bd. 19. S. 417.
187. Seiffer, Die Manie, die periodische Manie und das zirkuläre Irresein. Deutsche Klinik. Bd. 6. 1906. S. 466.
188. Study, Albuminuric retinitis in pregnancy etc. Med. record. 1901. Ref. Jahresber. f. Psych. u. Neurol. 1901.
189. Sury, Beitrag zur Kasuistik des Selbstmordes während der Geburt. Münchener med. Wochenschr. 1908. S. 1534.
190. Thalbitzer, Melancholie und Depression. Zeitschr. f. Psych. 1905. Bd. 62. S. 775.
191. Theilhaber, Der Zusammenhang von Nervenerkrankungen mit Störungen in den weiblichen Geschlechtsorganen. Samml. zwangl. Abhandl. a. d. Geb. d. Frauenheilk. u. Geburtsh. Halle 1902. Verlag von Marhold.
192. Thomsen, Dementia praecox und manisch-depressives Irresein. Zeitschr. f. Psych. Bd. 64. S. 631. 1907.
193. Tilling, Kommt Manie als selbständige Krankheitsform vor? Jahrb. f. Psych. 1883.

194. Tuke, Cases illustrative of the insanity of pregnancy, puerperal mania and insanity of lactation. Edinburger med. journ. 1867. Ref. Virchow-Hirsch Jahresber. 1867.
195. Urstein, Die Dementia praecox u. ihre Stellung zum manisch-depressiven Irresein. Berlin 1909. Urban u. Schwarzenberg.
196. Viedenz, Ueber Geistesstörungen bei Chorea. Dies. Arch. Bd. 46. S. 171. 1910.
197. Vorkastner, Epilepsie. Deutsche Klinik.
198. Weber, Ueber Psychosen unter dem Bild der reinen primären Inkohärenz. Münchener med. Wochenschr. 1903. S. 1417.
199. Weebers, Over Puerperal-Psychosen. Proefschrift Vlaardingen. 1893.
200. Weiskorn, Transitorische Geistesstörungen beim Geburtsakt und im Wochenbett. Inaug.-Diss. Bonn 1897.
201. Wernicke, Diskussion zu dem Vortrag von E. Meyer. Vers. d. Vereins deutscher Irrenärzte. 1901.
202. Wernicke, Grundriss der Psychiatrie. Leipzig 1900. Verlag von Thieme.
203. Westphal, Manie, Melancholie und periodische Geistesstörungen. Lehrbuch der Psychiatrie von Binswanger u. Siemerling. 2. Aufl. 1907.
204. Weygandt, Wochenbett und Psychose. Vortrag a. d. Fränk. Ges. f. Geburtsh. u. Frauenheilk. 1906. Münchener med. Wochenschr. 1906. S. 730.
205. Withe, A note of the treatment of puerperal insanity. Brit. med. journ. 1903. S. 306. Ref. Jahresber. f. Psych. u. Neurol. 1903.
206. Windscheid, Neuropathologie und Gynäkologie. Berlin 1897. Verlag von Karger.
207. Winter, Die Wochenbettpsychosen usw. Inaug.-Diss. Marburg 1908.
208. Wollenberg, Infektiöse Chorea. In Nothnagels speziell. Path. u. Therap. Bd. 12. 2. T. Wien 1899. Verl. v. Hölder.
209. Wollenberg, Die Melancholie. Deutsche Klinik. 1906. S. 493.
210. Ziehen, Psychiatrie. Leipzig 1902. Verlag von Hirzel.
211. Ziehen, Die Erkennung und Behandlung der Melancholie in der Praxis. Samml. zwangl. Abhandlg. Bd. 1. H. 2.
212. Ziehen, Ueber Hysterie. Deutsche Klinik. Bd. 6. S. 1319. 1906.
213. v. Ziemssen, Chorea. In Ziemssens Handbuch der speziellen Pathol. u. Therap. Leipzig 1875. Bd. 12. H. 2.
214. Zweifel, Diskussion zu dem Vortrag von Jolly. Vers. deutscher Naturf. u. Aerzte. 1901.
215. Zweig, Zur Lehre von der Amentia. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1908. Bd. 65. S. 708.