

XXI.

Aus der Klinik für Geistes- u. Nervenkrankheiten zu Halle a.S.
(Direktor: Geh. Rat Prof. Dr. Anton.)

Beitrag zur Statistik und Klinik der Puerperalpsychosen.

Von

Dr. Ph. Jolly,

ehem. Assistenten der Klinik.



Unter Puerperalpsychosen in weiterem Sinne versteht man seit langem die während der Schwangerschaft, im Wochenbett und während des Stillens auftretenden Geistesstörungen. Wenn auch, wie allgemein anerkannt, die puerperalen Psychosen keine eigenartigen Krankheitsformen bieten, so erwecken sie doch Interesse und verdienen eine gesonderte Besprechung, weil bei ihnen ein gemeinsamer ätiologischer Gesichtspunkt der Erkrankung zu Grunde liegt, weil sie spezifische Körpersymptome haben und weil sie beim weiblichen Geschlecht einen grossen Teil der Psychosen überhaupt bilden.

Die Literatur¹⁾ der Puerperalpsychosen beschäftigt sich im grossen und ganzen mit statistischen Zusammenstellungen über die Aetiologie, die Zeit des Ausbruchs, Alter usw. der Erkrankten, über die einzelnen Krankheitsformen und Aehnlichem, sowie mit allgemeinen Betrachtungen über diese Punkte; die Prognose wird meist nur insofern berücksichtigt, als das Resultat der Anstaltsbehandlung berichtet wird. Ueber das weitere Schicksal der Patientinnen erfährt man selten etwas.

Es erschien mir nun von Interesse, einmal über einen längeren Zeitraum katamnestische Erfahrungen anzustellen und die Resultate zusammenzustellen. Ich hoffte dabei, vielleicht Gesichtspunkte zu finden, nach denen man bei den doch immer noch ziemlich häufigen Puerperalpsychosen beim Ausbruch oder in der ersten Zeit der Erkrankung eine

1) Verzeichnisse bringen Siemerling, in Binswanger-Siemerling Lehrbuch der Psychiatrie. S. 201 ff. — Anton, Ueber Geistes- und Nervenkrankheiten in der Schwangerschaft, im Wochenbett und in der Säugungszeit. S.-A. aus J. Veit, Handbuch der Gynäkologie. 1910.

einigermassen sichere Prognose stellen könnte. Es schien mir auch interessant, einmal zu sehen, ob die relativ günstige Prognose, die man bei dem einzelnen Erkrankungsfall bei einer Puerperalpsychose zu stellen gewohnt ist, auch der Nachforschung über das weitere Ergehen der Kranken Stand hielt.

Ausser für die Frage der Prognose mussten derartige Fälle mit Katamnesen, also die möglichst vollständigen Lebensgeschichten von beim Fortpflanzungsgeschäft erkrankten Frauen, auch von besonderem Wert für die Diagnostik sein, weil hier alle Formen der sogenannten funktionellen Psychosen auftreten, und zwar jedes Mal durch eine greifbare Ursache (Gravidität, Puerperium, Laktation) veranlasst oder ausgelöst; über die Art der Wirkung dieser Ursachen auf das Gehirn wissen wir allerdings bis jetzt noch wenig Sicheres. Bei derartigen Zusammenstellungen nach einem bestimmten ätiologischen Moment ist eine Gefahr vermieden, welche nahe liegt, wenn die Fälle nach den Diagnosen ausgesucht werden; es werden nämlich dann manche gerade nicht in den Rahmen des Themas oder der Diagnose passende Fälle ausgeschieden, während es doch gerade interessant ist, zu sehen, was aus diesen diagnostisch unklaren Fällen wird.

Ich suchte mir alle Krankengeschichten der von 1887 (Gründung der Klinik) bis zum Jahre 1900 in die Klinik für Geistes- und Nervenkrankheiten Halle a. S. wegen Puerperalpsychosen aufgenommenen Frauen heraus, indem ich alle Krankengeschichten auf das ätiologische Moment hin durchsah. Zum mindesten ist also ein Zeitraum von 10 Jahren seit der Erkrankung verfloßen, was für die vorliegenden Zwecke genügend ist, wie sich später ergeben wird. Eine Wiedererkrankung nach einem gesunden Intervall von mehr als 10 Jahren ist selten. Von den Krankengeschichten musste ich wegen des Fehlens wichtiger Angaben, wegen des Ausbleibens von Antworten oder wegen unbrauchbarer Antworten auf meine Anfragen etwa die Hälfte ausscheiden. Ich behielt danach 79 Fälle.

Der durchschnittliche Aufenthalt dieser 79 Kranken in der Hallenser Klinik betrug nicht ganz 9 Wochen. Ein Teil starb in der Klinik, die anderen wurden teils nach Hause entlassen, teils in die Provinzialanstalten überführt. Die Krankengeschichten der Anstalten wurden mir auf meine Bitte bereitwilligst zur Benützung zur Verfügung gestellt. Ich erlaube mir auch an dieser Stelle den Direktionen der Anstalten Alt-Scherbitz, Nietleben, Bernburg und Liebenburg dafür meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Es wäre ja natürlich das Idealste, wenn man von jeder Kranken einen psychischen Status vor der Erkrankung, die Beobachtung während der Erkrankung und wiederholte Nachuntersuchungen selbst hätte

machen können. Doch wird dies nur in den allerseltensten Fällen möglich sein. Meiner Ansicht nach genügen auch, besonders für praktische Zwecke, beim Vorhandensein einer guten Krankengeschichte mit ausführlicher Anamnese, schriftlich eingehende Angaben der Angehörigen oder event. des Hausarztes über das weitere psychische Leben der Kranken, am besten natürlich im Verein mit einer persönlichen Nachuntersuchung.

Ich schickte an die Gemeindevorstände Fragebogen mit dem Ersuchen, die Beantwortung der Fragen durch den Ehemann oder sonstige Angehörige zu veranlassen. Die Gemeindevorstände kamen der Aufforderung, soweit möglich, bereitwillig nach und ergänzten teilweise noch die Angaben der Angehörigen. Ich stellte folgende Fragen: 1. War Frau X bei ihrer Entlassung gesund oder erschien sie anders wie vor der Erkrankung? 2. Ist sie später irgendwie auffällig gewesen (besonders heiter, traurig, gleichgültig oder verwirrt)? 3. Wenn sie wieder krank wurde, wann war das, wodurch entstand die Krankheit, wie lange dauerte und wie verlief sie, in welchem Krankenhaus oder in welcher Anstalt wurde die Kranke damals behandelt? 4. Hat sie noch mehr Kinder bekommen, war sie bei den weiteren Schwangerschaften und Wochenbetten irgendwie verändert, hat sie die Kinder gestillt? Seit wann hat sie die Monatsregel nicht mehr? 5. Ist das Kind, das bei der zur Behandlung in der Klinik führenden Krankheit geboren wurde, ganz gesund oder irgendwie zurückgeblieben? 6) Wenn die Frau inzwischen gestorben ist, so ist nach Beantwortung der übrigen Fragen hier anzugeben, wann und woran sie gestorben ist. — Wenn es mir wegen der räumlichen Entfernung möglich erschien, dass die Frau zur Nachuntersuchung in der Klinik erschien, fügte ich noch eine dahingehende Aufforderung hinzu.

Der Text der Fragebogen hat sich mir im grossen und ganzen sehr gut bewährt, wenn vielleicht auch einige Ausdrücke hätten etwas besser gewählt werden können. So werden unter „Krankheit“ meist nur körperliche Krankheiten verstanden, während geistige Störungen nicht unter diesen Begriff fallen. Es antwortete z. B. ein Mann, dass seine Frau nie wieder krank war, während aus seinen übrigen Angaben hervorging, dass die Frau später wieder eine Zeit lang manisch war.

Natürlich muss man bei der Beurteilung der Antworten sehr kritisch verfahren und alle auf irgendwelche psychischen Abnormitäten hinweisende Ausdrücke in diesem Sinne verwenden. Die eingelaufenen Antworten waren zum grossen Teil recht brauchbar, teilweise auch sehr ausführlich. In einigen Fällen konnte ich auch die Patientinnen selbst untersuchen. Bei den meisten Frauen aus Halle, auf die ich hierfür besonders gerechnet hatte, war leider die Adresse nicht zu ermitteln

gewesen, wie dies ja bei städtischer Bevölkerung und einem Zeitraum von über 10 Jahren begreiflich erscheint.

Auch ohne die Frauen selbst gesehen zu haben, glaubte ich völlige Heilung annehmen zu dürfen, wenn die Antworten dieselbe berichteten und aus der ganzen Art der Beantwortung der Fragen hervorging, dass die Bogen sorgfältig ausgefüllt waren. Den skeptischen Standpunkt *Aschaffenburgs*, der annimmt, dass auch in den anscheinend günstigsten Fällen von Katatonie immer eine dauernde Veränderung zurückbleibe, konnte ich nicht teilen, besonders nicht, wenn ich den Begriff der Katatonie-Gruppe so weit wie *Aschaffenburg* fasste; bei dem fast die Hälfte der Puerperalpsychosen unter diese Rubrik fällt. Es ist auch nicht recht einzusehen, warum eine Psychose nicht ausheilen sollte; Erkrankungen anderer Organe des Körpers heilen doch auch oft gänzlich aus, warum nicht die des Gehirns? Selbst wenn man bei einer psychiatrischen Nachuntersuchung unbedeutende Abweichungen von der Norm findet, wie geringfügige Absonderlichkeiten, etwa labile Stimmung, sollte man sich hüten, dieselben sofort unbedingt als Residuen der früheren Psychose zu betrachten, wenn man die Psyche des Patienten vor der Psychose nicht kennt.

Ueber die Auswahl des Materials möchte ich noch bemerken, dass ich natürlich nur solche Fälle genommen habe, bei denen die Angaben der Anamnese über den Zusammenhang zwischen Generationsvorgängen und Psychose erschöpfend waren. Ausgeschieden habe ich die Paralysen, weil bei diesen eine derartige Ursache doch wohl nur eine geringe auslösende Rolle spielt. Eine hysterische Psychose, die deutlich durch Schwangerschaft oder Puerperium hervorgerufen wäre, fand sich nicht.

Bei der Zusammenstellung des Materials habe ich zunächst die einzelnen Fälle ohne Rücksicht auf die Diagnose zusammengestellt, wie das auch in den früheren Arbeiten über das Thema geschehen ist. Man bekommt so Vergleichswerte gegenüber den anderen Autoren. Ausserdem ist auch bei der Unmöglichkeit, beim Beginn der Psychose immer sicher ihre Art zu erkennen und bei der Verschiedenheit der psychiatrischen Diagnosenstellung diese Methode von praktischem Wert.

In einem zweiten Teil bringe ich eine Gruppierung nach den einzelnen Psychosen mit verschiedenen kurz angeführten Krankengeschichten und füge noch einige diagnostisch-statistische Bemerkungen an.

I.

Zunächst will ich mit einigen statistischen Angaben über Aetiologie, Zeit des Ausbruchs der Erkrankung etc. zum Vergleich mit den früher gefundenen Werten beginnen. Dann soll besonders der Einfluss der verschiedenen Momente auf Prognose und Dauer untersucht werden.

Von den 79 Fällen war die psychische Erkrankung bei 9 (= 11 pCt.) in der Gravidität, bei 55 (= 70 pCt.) in den ersten 6 Wochen nach der Geburt, also im Puerperium im engeren Sinn, und bei 15 (= 19 pCt.) in der Laktation aufgetreten. Auch bei den früheren Autoren überwiegen die im eigentlichen Puerperium aufgetretenen Psychosen bedeutend und die Laktationspsychosen sind häufiger wie die Graviditätspsychosen. So berechnete Siemerling¹⁾ an seinem Material 86 pCt. Puerperal-, 10 pCt. Laktations- und 3 pCt. Graviditätspsychosen. Die Seltenheit der letzteren kommt wohl daher, dass in der Gravidität meist depressive Zustände auftreten, die nicht unbedingt der Anstaltspflege bedürfen, während später und besonders in der ersten Zeit nach der Geburt meist agitierte Psychosen entstehen, die in der Häuslichkeit nicht zu behalten sind. Auch ist ja mit der Geburt eine viel grössere und plötzlichere Umwälzung des ganzen Organismus gegeben wie durch die Schwangerschaft.

Ueber das Verhältnis der Anzahl der Puerperalpsychosen (im weiteren Sinn) zu den Gesamtaufnahmen in den einzelnen Jahren habe ich leider keine Zahlen, da ich aus äusseren Gründen, wie Unvollständigkeit der Krankengeschichten, Ausbleiben von Antworten auf meine Fragebogen oder ungenügende Beantwortung derselben etc. einen Teil der Fälle ausschied. In einer späteren Krankengeschichte fand ich aber eine Bemerkung Hitzigs verzeichnet, dass die Häufigkeit der Puerperalpsychosen sehr nachgelassen habe. Das ist ja auch mehrfach von anderen Seiten konstatiert und durch die bessere Hygiene der Geburten erklärt. Um einige Zahlen anzuführen, erwähne ich, dass L. Hoche²⁾ in 8,6 pCt., Siemerling 2,2—4,8 pCt., E. Meyer³⁾ 4,6 pCt., Rigden⁴⁾ 4,5 pCt. und Quensel⁵⁾ 5,57 pCt. aller weiblichen Aufnahmen Puerperalpsychosen fand, dagegen Ripping⁶⁾ im Jahre 1877 21,6 pCt. Was den Stand betrifft, aus dem die Kranken stammten, so gehörten 3 dem besseren Mittelstand an, 13 kamen aus etwas einfacheren Verhältnissen, und die übrigen waren zu den unteren Klassen der Bevölkerung zu

1) Siemerling, Ueber Graviditäts- und Puerperalpsychosen. Münchener med. Wochenschr. 1904. S. 457 f.

2) L. Hoche, Ueber puerperale Psychosen. Dieses Archiv. Bd. 24. 1892.

3) E. Meyer, Zur Klinik der Puerperalpsychosen. Berliner klin. Wochenschr. 1901.

4) Rigden, Presidential Address concerning the Insanity of Childbirth. British Med. Journ. II. 1906.

5) Quensel, Psychosen und Generationsvorgänge beim Weibe. Med. Klinik. 1907.

6) Ripping, Die Geistesstörungen der Schwangeren, Wöchnerinnen und Säugenden. Stuttgart 1877.

rechnen. Leider habe ich keine Vergleichszahlen, doch hat es den Anschein, als ob die unteren Bevölkerungsklassen besonders häufig vertreten sind. Gilmore¹⁾ bemerkt, dass in England und den Vereinigten Staaten Puerperalpsychosen in Privatanstalten seltener seien, wie in öffentlichen. Er führt dies wohl mit Recht auf die sozialen und hygienischen Verhältnisse der ärmeren Bevölkerung zurück.

Für die Heredität fanden nur wenige Autoren einen besonders hohen Prozentsatz bei den Puerperalpsychosen gegenüber dem allgemeinen Durchschnitt. So konstatierte Shdarow²⁾ 79 pCt. Erblichkeit bei allen Puerperalpsychosen, Knauer³⁾ unter 82 Fällen 54 mehr oder minder belastet und Münzer⁴⁾ berechnete für die Graviditätspsychosen 63 pCt., für die Puerperalpsychosen 50 pCt. und für die Laktationspsychosen 38 pCt. und sprach ihr einen grossen Einfluss zu. Weit aus die Mehrzahl der Autoren erkennt der Heredität keinen wesentlichen Einfluss zu, so fanden z. B. Schmidt⁵⁾ und Rigden⁶⁾ ungefähr denselben Prozentsatz wie bei allen Frauenaufnahmen, auch Stonehouse⁷⁾, Hoppe⁸⁾, Siemerling, Reinhardt⁹⁾ fanden Heredität gleichgültig.

Bei meinem Material fand ich Heredität, d. h. Geistes- oder Nervenkrankheiten, Suizid, Potatorium, sonderbare Charaktere in 39 von 79 Fällen, also in nicht ganz der Hälfte der Fälle. Bei den Graviditäts-, Puerperal- und Laktationspsychosen ergab sich kein wesentlicher Unterschied, die Prozentsätze waren bei den einzelnen Gruppen fast gleich hoch. Die erbliche Belastung entspricht also dem im allgemeinen bei Psychosen konstatierten Wert.

1) Gilmore, *Insanity of the Puerperium*. Journ. of ment. and nerv. dis. 1892.

2) Shdarow, *Die puerperalen Psychosen, vom ätiologischen, klinischen und forensischen Standpunkt*. Moskau 1896. Ref. in Neurol. Zentralbl. No. 17, S. 278.

3) Knauer, *Aetiologische Zeit- und Streitfragen bezüglich der sogenannten Puerperalpsychosen*. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. 1897.

4) Münzer, *Ein Beitrag zur Lehre der Puerperalpsychosen*. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 1906 und Inaug.-Diss. Heidelberg.

5) M. Schmidt, *Beiträge zur Kenntnis der Puerperalpsychosen*. Dieses Archiv. 1881.

6) l. c.

7) Stonehouse, *Puerperal insanity*. Philad. med. Times 1874.

8) Hoppe, *Symptomatologie und Prognose der im Wochenbett entstehenden Geistesstörungen*. Dieses Archiv. 1893.

9) Reinhardt, *Beitrag zur Lehre von den Puerperalpsychosen*. Inaug.-Diss. Leipzig 1907.

Unter den 79 Fällen handelte es sich nur 4 mal um ausserehelich Geschwängerte, auch sonst spielte dieses Moment keine besondere Rolle: so hatte z. B. Mac Leod¹⁾ 11,85 pCt., L. Hoche²⁾ unter 814 Fällen 95 uneheliche und Behr³⁾ unter 100 nur 8. Nur bei Rigden war der Prozentsatz der Ledigen doppelt so hoch, wie nach den Geburten der Gegend zu erwarten. Bei einem Vergleich der Zahlen muss man natürlich die verschiedenen Verhältnisse der einzelnen Gegenden berücksichtigen; auch wird im einzelnen Fall die aussereheliche Schwängerung sehr wohl als psychische Ursache mitwirken, wie sie auch bei einem meiner Fälle anscheinend grossen Einfluss gehabt hat.

Primiparae fand L. Hoche 22 pCt., Multiparae 74 pCt., bei den übrigen seiner Fälle war keine Angabe. Bei Rigden dagegen waren mehr als die Hälfte seiner 73 Fälle Primiparae. Auch Siemerling hatte mit 40 pCt. eine ziemlich hohe Zahl; für Zweit- und Drittgebärende hatte er 13 pCt. resp. 15 pCt. Bei mir waren es 20=25 pCt. Erstgebärende, 17=22 pCt. Zweitgebärende, 14=18 pCt. Drittgebärende, die übrigen bis Neuntgebärende. Marcé⁴⁾ gab an, dass Graviditätspsychosen häufiger bei Multiparen seien; auf mein Material traf das nicht zu.

Das Durchschnittsalter bei Beginn der zur Aufnahme in die Klinik führenden Erkrankung war bei mir mit 30 Jahren fast dasselbe wie bei Behr (30,4 Jahre). Während im Einzelnen auch bei den Puerperal- und Laktationspsychosen der Durchschnitt 30 Jahre betrug, war es bei den Graviditätspsychosen 28,5 Jahre. Die älteste Kranke war 41 Jahre alt, zwischen 36 und 40 erkrankten 7, zwischen 31 und 35 19, zwischen 26 und 30 31, zwischen 21 und 25 15 und zwischen 15 und 20 Jahren 5. Der grösste Teil der Erkrankungen fiel also, wie das ja auch nicht überrascht, in die zweite Hälfte des dritten Jahrzehnts.

Als zum Ausbruch der Erkrankung beitragende Faktoren sind in den Krankengeschichten in 9 Fällen (=11 pCt.) psychische Momente, wie Schreck, Aerger, Sorgen angeführt. Anämie, gehäufte Geburten, Zwillingsgeburt, grosser Blutverlust, besonders schwere und lange Geburt sind 15 mal (=19 pCt.), Zange, Wendung sind 3 mal (=4 pCt.) ver-

1) Mac Leod, An adress on puerperal insanity. Brit. med. Journal 1886.

2) l. c.

3) Behr, Zur Aetiologie der Puerperalpsychosen. 1899. Neurol. Zentralbl. No. 18. S. 522.

4) Marcé, Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices etc. Paris 1858.

zeichnet. Fieberhafte Erkrankung, wie Pleuritis, Mastitis, Nephritis, Lungentuberkulose lag 11 mal (=14 pCt.) vor. Infektion bestand 16 mal, d. i. in 29 pCt. der 55 Puerperalpsychosen im engeren Sinn; doch war oft nicht zu entscheiden, ob das Fieber durch eine genitale Infektion oder durch in der Erregung entstandene und infizierte Verletzungen entstanden war. Mehrere der in Vorstehendem aufgeführte Ursachen trafen nur selten, nur 9 mal zusammen. Die Zahlen entsprechen den auch sonst gefundenen, man vergleiche z. B. Siemerling. Es geht aus ihnen hervor, dass neben dem Generationsprozess, wie schon Schmidt betonte, eine Hauptursache die körperliche Erschöpfung bildet. Gegenüber Münzer, der ihr nur eine geringe Rolle zuweist, möchte ich doch die besondere Wichtigkeit der Infektion betonen, die in über $\frac{1}{4}$ der Fälle der in den ersten 6 Wochen nach der Geburt erkrankten Frauen vorlag, bei Siemerling in 24 pCt., ohne dabei so weit zu gehen wie Idanof¹⁾, der in 70 pCt. Infektion konstatiert, aber auch Hitzegefühl, Durst, Kopfschmerzen dazu rechnet.

Der Ausbruch der Psychose erfolgte bei den Graviditätspsychosen in 8 von den 9 Fällen in der zweiten Hälfte der Gravidität. Bei den Puerperalpsychosen brachen 22 (=40 pCt.) in der ersten Woche und 40 (=73 pCt.) innerhalb der ersten 14 Tage nach der Geburt aus. Zum Vergleich sei angeführt, dass die letzte Zahl bei MacLeod 75 pCt., bei Rigden 92 pCt. und bei Herzer 78 pCt. beträgt. Bei den Laktationspsychosen erkrankte die Hälfte innerhalb der 7. bis 13. Woche nach der Geburt. Bei der Betrachtung der Prognose wird noch weiter über die Zeit des Ausbruchs der Erkrankung zu sprechen sein.

In 84 pCt. stillten die im eigentlichen Puerperium erkrankten Frauen ihre Kinder und zwar bei den chronisch entstandenen Psychosen meist noch während der ersten Zeit der Erkrankung, während rasch entstehende Geistesstörung meist schnell zum Absetzen führte, schon wegen der Gefahr für das Kind. Dass hier ungenügende Aufsicht nicht ungefährlich ist, zeigt ein Fall, wo die Frau ihr Kind in einem Eimer erstickte. Die in der Laktation Erkrankten stillten fast alle ihr Kind bis zur Aufnahme in die Klinik, wenn auch schon sehr deutliche geistige Störungen da waren. Die Indolenz der Bevölkerung in dieser Beziehung ist recht gross.

Wenden wir uns nun zum Ausgang und der Dauer der Erkrankung und der Prognose. Der Ausgang und zugleich die Art des Beginns seien in folgender Tabelle dargestellt.

1) Idanof, Contribution à l'étiologie de la folie puerpérale. Ann. méd. psych. 1893.

	Gravi- dität	Puer- perium	Lak- tation	Sa.	Beginn	
					chron.	akut
a. Für immer geheilt	2	29	5	36	4	32
b. Mit geringem Defekt zu Hause	0	4	1	5	2	3
c. Mit starkem Defekt zu Hause	1	5	0	6	4	2
d. Ungeheilt in Anstalt	2	5	4	11	6	5
e. Wieder erkrankt, dann geheilt	1	3	2	6	1	5
f. Wiedererkrankt, dann ungeheilt oder starker Defekt	1	3	1	5	2	3
g. Im 1. Jahr gestorben	2	6	2	10	1	9
Summa	9	55	15	79	20	59

Durch den Tod endete die Erkrankung innerhalb des ersten Jahres in 10 Fällen (= 13 pCt.), und zwar waren hierunter 3 Fälle von Lungentuberkulose. Es ist ja bekannt, einen wie schlechten Einfluss ein Partus auf eine Tuberkulose ausübt. Hierzu kommt hier noch die schädigende Wirkung der Psychose. Die übrigen starben an den Folgen der Erschöpfung resp. septischer Erkrankungen. Ausserdem kamen 3 Fälle von Suizid vor, und zwar der eine bei Wiedererkrankung; auf diese wird weiter unten zurückzukommen sein.

Eine völlige Heilung für immer trat in 36 von den 79 Fällen ein, was 46 pCt. entspricht. Rechnet man hierzu noch die Heilungen mit geringem Defekt (Stimmungs labilität, Gemütsstumpfheit usw. geringen Grades) und diejenigen, bei denen die Wiedererkrankung geheilt wurde, so bekommt man 47 Fälle = 59 pCt.

Die Korrektur oder Verschlechterung der Prognose durch die Katamnesen für diejenigen, die zunächst als geheilt oder mit geringem Defekt entlassen wurden, ist ziemlich beträchtlich, indem von diesen 52 Frauen bei 11 (= ca. $\frac{1}{5}$) eine Wiedererkrankung auftrat und zwar verlief bei 5 (= ca. $\frac{1}{10}$) die Wiedererkrankung ungünstig. Trotzdem bleibt die Prognose aber doch immer noch recht günstig.

Aehnliche Resultate wie ich hatte auch Siemerling bekommen, mit 58 pCt. Heilung resp. Besserung, 24 pCt. Ungeheilten und 16 pCt. Gestorbenen. Dagegen fanden einige Autoren einen auffallend hohen Prozentsatz von Heilungen, so MacLeod in 77,3 pCt. (von 814 Fällen), Shdarow in ungefähr $\frac{3}{4}$ der Fälle, Jelly¹⁾ in 70—80 pCt. (von 250 Fällen); vielleicht wurde hier der Begriff „Heilung“ sehr weit gefasst. Im Gegensatz dazu nahmen einige neuere Arbeiten nur selten völlige Heilung an.²⁾

1) Jelly, Puerperal Insanity. Boston med. and surg. Journal. 1901.

2) Münzer, Ein Beitrag zur Lehre der Puerperalpsychosen. Monatschrift f. Psych. u. Neurol. 1906.

Die mehrfach geteilte Ansicht von M. Schmidt, dass die Wochenbettpsychosen am günstigsten seien und am ungünstigsten die Laktationspsychosen, konnte ich nicht ganz bestätigen, indem allerdings die Wochenbettpsychosen am besten verliefen (von 55 wurden 29 = 53 pCt. für immer geheilt), aber bei den Laktationspsychosen war dies Verhältnis mit 15:5 ungefähr gleich schlecht wie bei den Graviditätspsychosen (9:2). Es ist aber zu berücksichtigen, dass es bei diesen beiden Gruppen sich bei mir um ziemlich kleine Zahlen handelt. Der Grund für den besonders günstigen Ausgang der Wochenbettpsychosen liegt darin, dass unter ihnen am häufigsten Amentia und Manie vertreten sind.

Hier möchte ich gleich bemerken, dass die Geburt auf die während der Schwangerschaft entstandenen Psychosen entweder gar keinen oder aber einen ungünstigen Einfluss hatte. Von den meisten Autoren wurde dieselbe Bemerkung gemacht.

Dauernd bei der vorliegenden Erkrankung in Anstaltspflege blieben 11; mit den 6 ungeheilt nach Hause Entlassenen sind es 17 = 22 pCt., die schon ohne katamnestiche Erhebungen als ungeheilt bezeichnet wurden.

In obiger Tabelle habe ich zugleich auch die Fälle nach dem akuten oder chronischen Beginn zusammengestellt. Hierbei ergibt sich das interessante Resultat, dass die Fälle mit gutem Ausgang ($a+b+c$) 7mal chronisch und 40mal akut begannen, während die Fälle mit schlechtem Ausgang, mit Ausnahme der Gestorbenen ($e+d+f$), 12mal chronisch und 10mal akut begannen. Bei letzteren trifft also auf einen Fall mit chronischem Beginn einer mit akutem, während bei den Fällen mit gutem Ausgang darauf fast 6 mit akutem Beginn treffen. Von den 10 im ersten Jahr Gestorbenen hatte nur ein Fall chronisch begonnen. Akuter Beginn weist demgemäss auf Heilung oder Tod hin, chronischer dagegen auf Unheilbarkeit.

M. Schmidt fand die Prognose dieselbe bei den Fällen mit und ohne erbliche Belastung. Ich konnte dies, wenigstens für den Ausgang, bestätigen, indem bei den 22 Fällen mit ungünstigem Ausgang in 12 Fällen Heredität vorlag, also ungefähr dasselbe Verhältnis wie bei der Gesamtzahl. Seine Beobachtung, dass bei Belastung mehr Rückfälle vorkamen, traf auf meine Fälle nicht zu. Dagegen war auffällig, dass, während die Dauer der Erkrankung bei den geheilt oder mit geringem Defekt zur Entlassung Gekommenen im Allgemeinen durchschnittlich $26\frac{3}{5}$ Wochen betrug, dieselbe bei den Fällen mit Belastung durchschnittlich 34 Wochen und bei den ohne Belastung 22 Wochen war. Es ist dies nicht etwa durch einige besondere extreme Werte verursacht.

Die oben angeführten exogenen Krankheitsursachen bestanden nur bei einem sehr kleinen Teil der ungeheilten Fälle. Es ist also das Fehlen derartiger Ursachen als ungünstig zu bezeichnen.

Von den ganzen Fällen wird 11 mal (= ca. $\frac{1}{7}$) berichtet, dass die Patientin immer etwas nervös, reizbar, eigensinnig, still oder dergleichen war. Auf den Ausgang der Psychose hatte dies keinen Einfluss.

Während Hoppe und Holm jüngerer Alter der Erkrankten als günstig ansehen, fand ich in bezug auf das Alter bei den Ungeheilten nichts besonderes, nur ist wichtig, dass von den 5 im Alter von 16 bis 20 Jahren zum ersten Mal Erkrankten 4 darunter waren; bei der fünften handelte es sich um zirkuläres Irresein. Ausserdem ist zu bemerken, dass bei den geheilt oder mit geringem Defekt zur Entlassung Gekommenen die Dauer der Krankheit bei den bis zu 30 Jahre alten durchschnittlich $15\frac{1}{2}$ Wochen und bei den über 30 Jahre alten 30 Wochen betrug.

Von Jugend auf schwachsinnig waren 6, nur 2 von diesen wurden geheilt, und zwar, nachdem sie kurzdauernde halluzinatorische Erregungszustände durchgemacht hatten. Schon Tuke¹⁾ fand für alle Puerperalen eine ungünstige Prognose, wenn sie von Hause aus schwachsinnig waren. Es bleibt dann eine grössere geistige Schwäche zurück.

Unter den ungünstig verlaufenen Fällen sind verhältnismässig sehr wenig Primiparae (ca. $\frac{1}{7}$), auch wenig Zweitgebärende (ca. $\frac{1}{5}$), dagegen auffallend viel Drittgebärende (ca. $\frac{1}{3}$). Es mag dies auf Zufall beruhen. Bei den günstig verlaufenen hatte die Zahl der Geburt keinen Einfluss auf die Dauer der Psychose.

Aus der Zeit des Ausbruchs können nach Quensel keine Schlüsse auf die Prognose gezogen werden. Auch ich fand bei genauer Gegenüberstellung unter Berücksichtigung des verhältnismässigen Anteils keine Beziehung zwischen dem Ausgang der Psychosen und der Zeit ihres Ausbruchs. Rippling und nach ihm mehrere Autoren, z. B. Craig²⁾ stellten die Regel auf, dass die Prognose um so günstiger war, je näher die Entbindung dem Beginn der Psychose lag. Vielleicht kommt diese Ansicht daher, dass bei den Wochenbettpsychosen, wie oben bemerkt, die meisten bald nach der Entbindung auftreten und dass die Prognose der Wochenbettpsychosen überhaupt die günstigste ist.

Auf die Dauer der Erkrankung dagegen hatte die Zeit ihres Ausbruchs einen erheblichen Einfluss, indem der Durchschnitt der in der

1) Tuke, Cases illustrative of the insanity of pregnancy, puerperal mania and insanity of lactation. Edinb. med. journ. 1867.

2) Craig, Psychological medicine. London 1905. p. 169.

1. und 2. Woche nach der Geburt Erkrankten und mit günstigem Erfolg Entlassenen eine Dauer unter dem allgemeinen Mittelwert hatte, nämlich 19 und 18 Wochen gegen $26\frac{3}{5}$ Wochen. Besonders lang dauerte die Krankheit bei den in der 3. Woche Erkrankten (51 Wochen) und zwar hier bei allen relativ lang, es wurde nicht der Durchschnitt durch einen besonders langen Krankheitsfall verschlechtert.

Die Dauer der Wochenbettpsychosen, bei denen eine genitale Infektion vorlag, war durchschnittlich 20 Wochen, gegenüber 28 Wochen bei denen ohne Infektion. Die Psychosen, die akut begannen, dauerten durchschnittlich 21 Wochen, dagegen diejenigen mit chronischem Beginn 45 Wochen. Es lassen also Infektion (bei den Wochenbettpsychosen) und akuter Beginn auf kurze Dauer, fehlende Infektion und chronischer Beginn auf lange Dauer schliessen. Die extremsten Werte bei der Dauer waren 3 Wochen und 2 Jahre.

In 26 von den 79 Fällen, also in ca. $\frac{1}{3}$, traten mehrfach im Leben psychische Störungen auf, und zwar in 15 Fällen mehrmals im Zusammenhang mit dem Generationsgeschäft; zu letzteren gehören auch die 3 Fälle von Epilepsie.

In bezug auf Heredität, Zeit des Ausbruchs der Erkrankung, Art des Beginns ergab sich bei den mehrfach Erkrankten nichts Besonderes. Für die Prognose sehr ungünstig erwies sich frühere Erkrankung ohne Veranlassung, besonders in frühem Alter; bis auf einen Fall von zirkulärem Irresein verliefen die letzteren 6 alle ungünstig.

Von den 11 früher puerperal Erkrankten sind nur 2 ungeheilt, 1 nach kurzer Krankheit gestorben. Mehrfache puerperale Erkrankung ist also nicht ungünstig.

Bei den mehrfach Erkrankten tritt Wiedererkrankung durchschnittlich nach 3 Jahren 8 Monaten auf, die Zwischenräume waren also ziemlich gross; es war keineswegs die Regel, dass bei den mehrfach puerperal Erkrankten die Erkrankungen bei aufeinander folgenden Geburten auftraten, wie man erwarten könnte, sondern es lagen meist mehrere ohne Störung verlaufene Puerperien dazwischen.

Leider stehen mir keine Vergleichswerte zur Verfügung, doch erscheint mir der für mehrfaches Auftreten psychischer Störungen gefundene Prozentsatz ($\frac{1}{3}$) ziemlich hoch. Fast die Hälfte dieser Fälle verlief schliesslich ungeheilt. Es bilden diese zum Schluss ungeheilten Fälle die Hälfte aller überhaupt von den 79 Fällen ungünstig geendeten Psychosen.

Fasst man alle diese Punkte zusammen, so kann man sagen, dass bei mehrfacher Erkrankung die Prognose sich wesentlich verschlechtert, besonders wenn in jugendlichem Alter oder ohne besondere Veranlassung

die erste Psychose aufgetreten war; nur bei mehrfacher puerperaler Erkrankung sind die Aussichten nicht ungünstig.

Von den ganzen 79 Fällen sind jetzt noch 4 in Anstaltsbehandlung, 7 sind ungeheilt zu Hause, und zwar im Lebensalter zwischen 37 und 60 Jahren.

Geheilt oder mit geringem Defekt leben noch 39 im Alter von 32 bis 57 Jahren. Von diesen sind bei 30 die jetzigen menstruellen Verhältnisse bekannt, und zwar haben 20 die gefährliche Zeit des Eintritts der Menopause überstanden, nur eine Zirkuläre war dabei erkrankt. Es werden sich also die oben für die Gesamtprognose ausgerechneten Werte kaum mehr erheblich verschlechtern.

Hier ist noch zu erwähnen, dass bei einer Frau in dem Alter, wo das Klimakterium zu beginnen pflegt, anscheinend durch den Tod ihres Mannes mit ausgelöst, ein Rezidiv einer Melancholie auftrat, das durch Suizid endete.

Ausser den im ersten Jahre gestorbenen 10 Fällen sind bis jetzt 19 gestorben, davon 5 geistig gesund. Die übrigen 14 sind teils zu Hause, teils in Anstalten gestorben. Bei 10 sind die Todesursachen bekannt, und zwar war es siebenmal Tuberkulose, einmal Schlaganfall, einmal Suizid, einmal Myokarditis; also auch hier wieder der grosse Prozentsatz der Tuberkulose. Auch ist ersichtlich, dass durch einen ungünstigen Verlauf die Lebensdauer verkürzt ist.

Das Schicksal der Kinder liess sich in 51 Fällen erfahren. Davon sind 20 = 39,2 pCt. klein gestorben, während die Mutter in der Klinik war. Diese Zahl steht wohl etwas über dem allgemeinen Durchschnitt der sonst im 1. Lebensjahre gestorbenen Kinder. Ein Kind ist älter, geistig gesund gestorben. 27 leben und sind bis jetzt geistig völlig gesund. In 3 Fällen sind die Kinder minderwertig; das eine davon ist jetzt in Anstaltsbehandlung. Jedenfalls lässt sich jetzt noch wenig über die Wirkung der Psychose der Mutter auf das Kind sagen, da die Kinder erst teilweise in der Pubertät sind.

In zwei Fällen liessen sich die Männer von ihren unheilbar geisteskranken Frauen scheiden. Ueber die Häufigkeit der Ehescheidung bei Geisteskranken fehlen mir leider Zahlen.

Die meisten Frauen haben nach Ueberstehen der Psychose noch geboren, und zwar von den 59 zur Entlassung gekommenen 45 = 76 pCt. Interessant ist, dass unter den 11 Wiedererkrankten nur eine nicht mehr geboren hat. Auch unter den 6 ungeheilt Entlassenen haben noch 3 geboren, die eine sogar viermal. Die Indolenz in dieser Beziehung ist also ziemlich gross.

Von den 45, die wieder geboren haben, ist in 6 Fällen wieder eine puerperale Erkrankung aufgetreten, hierunter bei den 3 Epilepsiefällen.

Man kann daher von weiteren Schwangerschaften nicht unbedingt abraten; natürlich muss man dabei auf die vorliegende Krankheitsform Rücksicht nehmen und wird besonders bei Epilepsie davon abraten, bei der ja merkwürdigerweise manchmal vom Publikum und, nach Angaben von Patienten von mir, auch von Aerzten gehofft wird, dass Geburten sie zu heilen vermöchten.

Dass weitere Geburten eine grosse Gefahr für die Beständigkeit der Heilung sind, wird öfter angegeben, z. B. von Craig¹⁾. Ich hatte auch diese Ansicht und riet deshalb vor Zusammenstellung der Resultate einem Lehrer, dessen Frau eine Amentia vor 12 Jahren durchgemacht und seitdem nicht mehr geboren hatte, von weiteren Kindern ab. In Anbetracht der Erkrankungsform und des jetzt sehr guten Gesundheitszustandes der Frau würde ich jetzt keine Bedenken mehr dagegen äussern. Im allgemeinen kümmert sich, wie oben gezeigt, das Publikum um derartige Rücksichten nicht.

Man muss natürlich bei Erwägung der Prognose des einzelnen Falles sich nicht nur von den aus der Statistik sich ergebenden allgemeinen Regeln leiten lassen, sondern auch die vorliegende Krankheitsform sehr in Rechnung ziehen.

II.

Bei der Besprechung vom diagnostischen Standpunkt aus möchte ich vorausschicken, dass ich, soweit es mir zugänglich erschien, die auf den Krankengeschichten stehende Diagnose bestehen liess, da natürlich der Beobachter des Kranken am besten ein Urteil über das Gesamtbild abgeben kann, doch wurde durch die Katamnesen dieses Bild der Krankheit öfter verändert, indem die in der Klinik verbrachte Zeit nur als vorübergehendes Zustandsbild erschien. Von den Fällen von halluzinatorischem Irresein fielen die meisten bei mir unter den Begriff der Amentia, ein Teil derselben wurde von mir bei der Katatonie eingereiht. Für mich massgebend ist das Lehrbuch der Psychiatrie von Binswanger-Siemerling²⁾.

Von früheren und verschiedenen Beobachtern geführte Krankengeschichten zu benutzen, hat für die Frage der Diagnose nur einen etwas beschränkten Wert, da doch auf manche Symptome vielleicht weniger geachtet wurde, wie jetzt, z. B. auf die motorischen Erscheinungen, Manieren etc., und weil nicht immer alle Gesichtspunkte bei Führung der Krankengeschichte berücksichtigt werden. Doch sind das schliesslich Mängel, die jeder zusammenfassenden Arbeit anhaften. Ein wertvolles

1) l. c. S. 170.

2) Siehe auch Raecke, Psychiatrische Diagnostik. 1908.

Hilfsmittel boten die Notizen über Hitzigs Bemerkungen bei den klinischen Vorstellungen¹⁾).

Epilepsie lag in 3 Fällen vor, und zwar handelte es sich immer um im Wochenbett ausgebrochene Psychosen.

E. S. geb. 1854. Keine Heredität. Früher gesund. Seit sie aufhörte, das 3. Kind zu stillen, epileptische Krämpfe, alle 4 Wochen. 7. 11. 86 4. Partus. 8. 11. epileptischer Anfall. Seit 12. 11. unruhig. 14. 11. bis 16. 12. 86 Klinik. Halluzinatorischer Erregungszustand. Geheilt.

Katamnese: Seitdem in der 6. Gravidität kurzer Verwirrtheitszustand. Seit 1898 keine Anfälle mehr. Verblödet, spricht oft 4 Wochen lang nicht.

E. B. geb. 1865. Vater geisteskrank. Pat. früher bleichsüchtig. 3 Tage nach der 1. Entbindung (1886) zuerst epileptische Krämpfe, seitdem alle 14 Tage bis 4 Wochen. In 6 $\frac{1}{2}$ Jahren 4 Partus. Im 4. Wochenbett kurz verwirrt. Jetzt seit der 5. Woche nach dem 5. Partus nach Anfall hochgradiger halluzinatorischer Erregungszustand. Deshalb vom 28. 4. bis 19. 5. 93 in der Klinik. Mehrmals epileptische Anfälle. Vom Erregungszustand geheilt entlassen (Demenz).

Katamnese: 5 Wochen nach der nächsten Geburt derselbe Zustand, wieder Klinik. Seitdem häufig Anfälle, Absenzen, Dämmerzustände. Mehrmals in Anstalten. Noch 2 Geburten mit normalen Wochenbetten, bei einer weiteren 3. kurz vor der Geburt bis 4 Wochen nach derselben halluzinatorischer Verwirrtheitszustand. Zunehmende Demenz. — Kind sehr schwach.

L. R. geb. 1865. Keine Heredität. Unbekannt, seit wann Anfälle. 9 Entbindungen. Seit dem 6. Tag nach der letzten Entbindung verwirrt. 7. 6. bis 11. 7. 95 Klinik. Dämmerzustand.

Katamnese: Während der nächsten Gravidität wieder in der Klinik wegen eines Verwirrtheitszustandes. Dann sehr oft Anfälle, Verblödung. Noch zwei Kinder geboren und gestillt. — Das betr. Kind 1896 an „Entkräftung“ gestorben.

Während in dem letzten Fall der Beginn der Epilepsie nicht bekannt ist, wird in den beiden ersten Fällen ihr Ausbruch mit der Laktation bzw. dem Wochenbett in Zusammenhang gebracht. Es ist schwer zu unterscheiden, ob dies mit Recht erfolgt, da die Frauen sehr oft geboren haben, so dass eigentlich kein freier Zwischenraum dazwischen liegt. Auch die Demenz, die sich bei den drei Frauen entwickelte, störte nicht das Fortpflanzungsgeschäft. Bei den vielen Geburten traten natürlich nach der ersten auch noch weitere psychische Erkrankungen in Gravidität, Puerperium oder Laktation auf. Die Prognose von puerperaler Psychose auf epileptischer Basis ist dieselbe wie sonst bei epileptischen Psychosen, es treten leicht wieder psychische Erkrankungen auf und die Demenz nimmt zu. Für die während der Krankheit ge-

1) Die zunächst beabsichtigte ausführliche Anführung aller Fälle unterliess ich, weil das zu weit geführt hätte, und sich auch nicht als notwendig erwies.

borenen Kinder wird dieselbe nicht gleichgültig sein. In obigen Fällen starb zweimal das Kind nach wenigen Tagen, das dritte Kind lebt noch, hat sich aber spät entwickelt und ist sehr schwach.

Chorea gravidarum tritt nach Runge¹⁾ und Kroner²⁾ meist bei Erstgebärenden und in der ersten Hälfte der Schwangerschaft auf. Bei dem einzigen meiner Fälle zeigte sie sich zuerst 3 Wochen vor der Geburt, bald kamen auch psychische Störungen dazu. Wie bei den meisten dieser akut auftretenden Fälle trat auch hier letaler Ausgang ein, durch Endokarditis veranlasst.

M. Sch., 24 Jahre. Keine Heredität. Nie krank. In 3 Jahren 3 Geburten. Vor 23 Tagen Schreck, zwei Tage nachher choreatische Bewegungen. Steigerung derselben. Wurde weinerlich, kindlich. Bald apathisch und benommen. Normale Entbindung, hierauf starke Steigerung der Choreabewegungen. 18. 11. bis 24. 11. 89 Klinik. Lebhaftige Jaktationen. Puls sehr klein, Sugillationen. Desorientiert. Schwer zu fixieren. Spricht in weinerlich singendem Ton. Weiterhin benommen. Exitus (Endokarditis, Pyelonephritis, Bronchitis purulenta).

Eklampsie mit psychischen Störungen lag in drei Fällen vor, die ich kurz anführen möchte.

D. R., 35 Jahre. Vater an Gehirnschlag gestorben. Patientin war immer gesund, seit 16 Jahren verheiratet. 5 normale Geburten. Jetzt im 7. Monat gravide. Vor 11 Tagen Tod eines Sohnes. Sie sprach seit 4 Tagen viel vom Sterben und Sündebekennen. Weiterhin hielt sie Leichenpredigten, war auch oft heiter. 28. 11. bis 21. 12. 96 Klinik. Gut genährt. Im Urin Albumen. Halluziniert, ist verwirrt. Mehrfach eklamptische Anfälle mit langer Benommenheit. Oedeme, Dekubitus, Fieber. Daher künstliche Entbindung, Ex-traktion. Verfällt. Ante exitum klar und orientiert. Exitus.

E. L., 35 Jahre. Mutter im 1. Wochenbett einige Tage Halluzinationen. Ein Bruder Suizid. Patientin zweimal Gelenkrheumatismus. Seit 5 Jahren verheiratet. 1 Fehlgeburt, 2 Zwillingsgeburten, zuletzt vor 2 Tagen. Mehrere Tage vorher Kopfschmerzen. In der Nacht der Geburt unruhig, zog die Betten ab, antwortete unzusammenhängend. 18. 5. bis 11. 6. 98 Klinik. Im Urin Eiweiss. Puls klein. Antwortet nicht, scheint zu halluzinieren. Wirft sich im Bett hin und her. Seit 20. 5. klar, dauernde Amnesie für die Erkrankung. Hemianopsie links.

Katamnese: 1907 an Schlaganfall gestorben, war gesund geblieben, hatte nicht mehr geboren. — Kind klein gestorben.

P. M., 22 Jahre. Bruder nach Schlaganfall mit 28 Jahren gestorben. Patientin immer gesund, etwas reizbar. Gegen Ende der 1. Schwangerschaft eklamptische Krampfanfälle mit Koma. Geburt durch Eistich beschleunigt,

1) Runge, Geburtshilfe. 1901. S. 314.

2) Kroner, Chorea gravidarum. Inaug.-Diss. Berlin 1896.

Kind asphyktisch. Seit Geburt Patientin erregt. 27. 2. bis 17. 4. 99 Klinik. Schluckpneumonie. Desorientiert, kaum fixierbar, spricht vor sich hin. Weiterhin meist heiter, halluziniert, gleichförmige Bewegungen, gedankenarmer Rededrang. Allmähliche Besserung.

Katamnese: War noch 3 Monate „nervös“. Seitdem ganz gesund, noch ein Partus ohne Besonderheiten. Kind gesund.

In allen drei Fällen handelte es sich um halluzinatorische Verwirrheitszustände von kürzerer oder längerer Dauer. Siemerling hatte unter seinen 45 Fällen von Psychosen nach Eklampsie 32mal derartige Verwirrheitszustände auftreten sehen. Wenn auch in dem ersten Fall vor Beginn der Psychose noch kein Anfall beobachtet wurde, so ist eben anzunehmen, dass er übersehen wurde; im 2. Fall ist ja überhaupt kein Anfall beobachtet worden, doch ist nach dem ganzen Krankheitsbilde die Diagnose Eklampsie sicher. Interessant ist bei diesem die auf zerebrale Veränderungen zurückzuführende Hemianopsie und die Amnesie für die ganze Zeit der Psychose mit Einschluss der Geburt. Nach Runge¹⁾ gehen von den Müttern 20 pCt. zugrunde, die Prognose in dem einzelnen Fall hängt von dem körperlichen Zustand ab; die Psychose an sich verläuft fast immer günstig, wie auch hier bei den zwei am Leben gebliebenen Eklampptischen nach kurzer Dauer der Psychose, 4 Tage bzw. 7 Wochen, dauernde Heilung eintrat. Bei Quensel heilten von zehn Fällen neun, bei Siemerling ging von seinen 45 Fällen nur zweimal die Verwirrtheit in ein unheilbares Stadium über.

Um Manie handelte es sich in 7 Fällen (= 9 pCt.), und zwar 5mal im Puerperium und zweimal in der Laktation. Ueber Heredität wird nur in zwei dieser Fälle berichtet, zweimal lag Infektion vor, einmal Mastitis. Es handelte sich zweimal um Erstgebärende, dreimal um Drittgebärende, einmal um die vierte und einmal um die neunte Geburt. Das Alter betrug zwischen 22 und 35 Jahren. Bei den 5 Wöchnerinnen trat die Manie immer innerhalb der ersten 10 Tage auf, bei den Fällen aus der Laktation nach $\frac{1}{4}$ bzw. $\frac{1}{2}$ Jahr. Die Dauer betrug bei ersteren 5 Wochen bis 3 Monate, bei letzteren 1 und $1\frac{1}{2}$ Jahr, und zwar war der Ausgang in allen Fällen dauernde Heilung, nur in dem letzten endete die Krankheit mit dem Tode.

Wichtig ist, dass frühere psychische Störungen, und zwar anscheinend auch manischer Art, bei drei Kranken vorgelegen hatten, und zwar einmal nach Abort, einmal im vorigen Wochenbett, einmal bei früherer Gravidität. Anstaltsbehandlung war hier nie notwendig gewesen. Eine Wiedererkrankung nach der jetzigen trat in keinem der Fälle auf. Klinisch boten die Fälle nichts Besonderes.

1) Runge, Geburtshilfe. 1901. S. 509.

Hier möchte ich eine periodische Manie erwähnen, bei der aber die katamnesticen Feststellungen nicht vollständig sind und die ich deshalb sonst nicht verwertet habe. Es handelt sich um eine Frau, die zuerst mit 17 Jahren an Manie erkrankte; seitdem wiederholen sich manische Erkrankungen fast genau alle drei Jahre. In einen Zwischenraum fiel die Heirat. Während der ersten Gravidität wurde sie manisch, die zweite Geburt traf in einen freien Zwischenraum, im dritten Puerperium erkrankte sie wieder. Hier hatten die Generationsvorgänge gar keinen Einfluss auf die Psychose, während bei den vorher genannten Frauen die Manie immer im Zusammenhang damit auftrat.

Melancholie lag in 15 Fällen vor (= 19 pCt.), dreimal in der Gravidität, einmal in der Laktation und 11mal im Puerperium. Heredität war, im Gegensatz zu den Fällen von Manie, häufig, nämlich in 10 Fällen (= $\frac{2}{3}$), teilweise war die Belastung sehr schwer, besonders häufig wird über Suizid und Melancholie berichtet. Exogene Ursachen kommen selten in Betracht, Infektion einmal. Das Alter der Kranken betrug zwischen 21 und 38 Jahren und bot nichts Besonderes. Die Angabe von Siegenthaler, dass höheres Alter zu Melancholie disponiere, konnte ich also nicht bestätigen, eher diejenige des Vorwiegens zahlreicher Geburten, indem es sich nur siebenmal um Erst- bis Drittgebärende handelte, im übrigen um die 4. bis 7. Geburt. Der Ausbruch der Erkrankung erfolgte nicht, wie bei Siemerling, meist in den ersten Zeiten nach der Geburt, sondern ebenso auch in späteren Wochen. In 5 Fällen (= $\frac{1}{3}$) endete die Krankheit nach kürzerer oder längerer Dauer durch den Tod, und zwar einmal kurz nach der Entlassung zu Hause durch Suizid. Die Prognose ist also bedeutend ungünstiger, wie bei Manie. Hierzu kommt noch, dass in drei Fällen keine gänzliche bezw. dauernde Heilung eintrat, indem in einem Fall nach Tod des Mannes in der Zeit der Menopause eine Melancholie auftrat, die durch Suizid endete, in einem zweiten Fall schon zweimal vorher eine Melancholie bestanden hatte und auch nach der jetzigen Erkrankung etwas Aengstlichkeit und Aufgeregtheit zurückgeblieben ist, schliesslich in einem dritten Fall die schon vorher vorhandenen periodischen Verstimmungen noch auftreten, wenn auch angeblich schwächer.

In den übrigen 7 Fällen kam es zu gänzlicher und dauernder Heilung. Die Dauer der Melancholie betrug, mit Ausnahme der Gestorbenen, zwischen 3 und 24 Monaten. Ein Jahr und darüber dauerten zwei. Clouston¹⁾ erwähnt einen Fall, wo sogar nach vierjähriger Dauer eine puerperale Melancholie noch ausheilte.

1) Clouston, Clinical Lecturer on Mental Diseases. London. 1898. p. 545.

In den meisten Fällen handelte es sich um tiefgehende Depressionen, teilweise mit sehr lebhaftem Angstaffekt und grosser Erregung (agitierte Melancholie).

Zirkuläres Irresein war in 3 Fällen zu konstatieren.

A. F. Keine Heredität. Mit 16 Jahren zu Hause manisch, mit 21 Jahren melancholisch, mit 30 Jahren, nachdem sie ihr 2. Kind 13 Monate gestillt hatte, wegen Manie in der Klinik.

Katamnese: Mit 41 und 45 Jahren zu Hause melancholisch. Ein Kind hatte sie noch geboren. Seit der letzten Psychose zessieren die Menses.

A. K. Mutter vor 2 Jahren geisteskrank, Bruder des Vaters Suizid. Im 2. Puerperium nach Tod des Kindes zu Hause Melancholie im 27. Jahre, im 30. Jahre im 4. Puerperium Manie, im 31. Jahre im 5. Puerperium in der Klinik Manie mit anschliessender längerer Depression.

Katamnese: Seitdem gesund. Noch 3 Kinder. Menopause ohne psychische Störungen.

C. M. Vater und Mutter komische Käuze. Immer lebhaft. Mit 16 und 21 Jahren wegen Manie in einer Anstalt, mit 31 Jahren 8 Tage nach 1. Geburt (schwer) in der Klinik verworrene Manie. Nach einigen Wochen Melancholie von 2 Monaten. In der 4. Laktation mit 36 Jahren wieder wegen verworrenen Manie in der Klinik und Anstalt, dort an Tuberkulose gestorben.

Während in dem zweiten Fall die Psychose jedesmal im Puerperium ausbrach, war in den beiden andern Fällen ihr Auftreten anscheinend ganz willkürlich und nur zufällig im Zusammenhang mit den Generationsvorgängen.

Wenn bei den eben besprochenen Krankheitsformen auch eine gewisse Zusammengehörigkeit unbestritten feststeht, so ist es doch aus praktischen Gründen kein Fortschritt, wenn man sie unter dem Namen manisch-depressives Irresein zusammenfasst.¹⁾

Es traten bei den hierzu zu rechnenden 24 Fällen doch nur dreimal ($= \frac{1}{8}$) sowohl Manie als Melancholie auf, während sonst dieselbe Psychose ein oder mehrmals ausbrach; auch mehrmalige Erkrankung überhaupt war nicht allzu häufig, nämlich in 8 Fällen ($= \frac{1}{3}$). Die Anzahl der mehrmals Erkrankten war aber hier im Verhältnis nicht grösser wie bei der Gesamtzahl, wo sie 26 : 79 war ($= \text{ca. } \frac{1}{3}$).

Eine gewisse Periodizität des geistigen Lebens ist schliesslich bei fast jedem Menschen herauszufinden. Auch wenn er geisteskrank wird, lassen sich im Verlauf der ganzen Krankheit oder der einzelnen Erkrankungen Schwankungen konstatieren. Wenn dann gleich von manisch-depressivem Irresein gesprochen wird, so wird auf das Schwanken ein

1) Siehe auch Anton, l. c. S. 18.

zu grosser Wert gelegt und andere Symptome werden darüber vernachlässigt.

Eine chronische Paranoia hat sich anscheinend in 3 Fällen im Puerperium entwickelt; doch erscheinen die Fälle nicht ganz klar.

Im 1. Fall trat bei einer 29jährigen belasteten Frau am 8. Tage nach der 5. Geburt ein heftiger halluzinatorischer Verwirrheitszustand auf, der einige Monate anhielt. Dann traten schwachsinnige Verfolgungs- und Grössenideen auf, die jetzt noch bestehen.

Im 2. Fall zeigte eine 27jährige belastete Frau am 5. Tage nach der 3. Geburt Halluzinationen und Vergiftungsideen, die einige Wochen blieben. Dann wurde sie ruhig, hielt aber an ihren Verfolgungsideen dem Mann gegenüber fest. Derselbe Zustand soll jetzt noch bestehen.

Im 3. Fall begann bei einer sehr belasteten 28jährigen Frau einige Wochen nach der 3. Geburt die Krankheit mit Reizbarkeit, dann Depression und Suizidideen, später kamen Verfolgungs- und Beziehungsideen. Dieselben bestehen anscheinend auch jetzt noch.

Nach Kräpelin würden diese Fälle wohl zur Dementia paranoides gerechnet werden müssen.

Zur Katatonie rechne ich 6 Fälle = 8pCt., hiervon könnte einer wohl auch als Hebephrenie bezeichnet werden, doch handelt es sich wohl um denselben Prozess im Gehirn. Folgende 2 Fälle möchte ich als Beispiel ganz kurz anführen.

F. W., 17 Jahre. Keine Heredität. Von jeher schwer von Begriff. 1899 seit dem 10. Tag nach der 1. Geburt ängstliche Halluzinationen, triebartige Erregungszustände. Dann Stupor (Fütterung), Negativismus, wechselnd mit heftiger Erregung. Teilweise orientiert. Mehrmals Anfälle: schrie und jammerte in monotoner Weise ohne wirklichen Grund. Viel Halluzinationen. Allmählich ruhiger, geordnet. Nach 15 Monaten nach Hause entlassen. Seit 2 Jahren wieder in der Anstalt. Wechsel von Stupor mit heftigsten Erregungszuständen.

M. W., 25 Jahre. Keine Heredität. In der 3. Laktation Beginn der Psychose mit hypochondrischen Beschwerden, dann Verfolgungsideen. Halluzinierte lebhaft. Triebartige Erregung und Stupor wechselnd. Negativismus. Impulsive Handlungen. Meist orientiert. Hysteriforme Anfälle biegen den Oberkörper stark nach einer Seite, den Kopf hintenüber, die Augäpfel nach oben gedreht, Mund weit offen; schnellende Bewegungen der Zunge. — Vorübergehend zu Hause, in der Anstalt gestorben (Verblödung).

Es handelte sich bei den Katatonie-Fällen bei der zur Aufnahme in die Klinik führenden Erkrankung einmal um eine solche in der Gravidität, dreimal im Puerperium und zweimal in der Laktation. Heredität lag selten, nämlich nur zweimal vor. Andere Ursachen, wie gehäufte Geburten, Infektion und dergleichen waren in keinem der Fälle verzeichnet; in zwei Fällen war die Patientin von Jugend auf schwach-

sinnig. Der Beginn erfolgte öfter akut wie chronisch. Auch Kräpelin¹⁾ erwähnt ja, dass es sich im Wochenbett vorzugsweise um akute oder subakute Formen handelt. Er berichtet von einem Fall, bei dem die vier Schübe je an eine Geburt anknüpften, bis der letzte die endgültige Verblödung brachte. Auch bei meinen Fällen trat die Krankheit mehrfach und zwar viermal in mehreren Schüben auf, aber nicht mehrfach im Anschluss an die Generationsvorgänge. Dieselben riefen den ersten Schub der Psychose viermal hervor. Es handelte es sich um die 1. bis 6. Geburt. Das Alter bei der ersten Erkrankung war zwischen 17 und 25 Jahren, in einem Fall aber 34 Jahre. Der klinische Verlauf unterschied sich nicht von dem sonstigen Verlauf der Katatonie, erwähnen möchte ich nur, dass in der Hälfte der Fälle hysteriforme bzw. epileptiforme Anfälle konstatiert wurden. Der definitive Ausgang war in allen Fällen ein ungünstiger. Einmal endete die Kranke durch Suizid, im übrigen trat Verblödung ein, teils zu Hause, teils in der Anstalt. Dagegen wurde die Hälfte der Kranken von der zur Behandlung in der Klinik führenden Erkrankung zunächst mehr oder weniger geheilt entlassen; Wiedererkrankung trat nach längstens 8 Jahren auf. Man muss also bei puerperaler Katatonie sehr vorsichtig mit der Prognose sein und auch nach einem längeren gesunden Zeitraum Wiedererkrankung doch noch für wahrscheinlich halten. Hier ist der Wert der Katamnesen besonders ersichtlich.

Amentia fand ich in 28 Fällen (= 35 pCt.), hiervon waren in der Schwangerschaft aufgetreten 1, im Wochenbett 19, in der Stillperiode 8.

Heredität spielte keine besondere Rolle, sie lag in nicht ganz der Hälfte der Fälle vor (13). Sehr wichtig war Infektion, nämlich in 10 der 19 Fälle von Wochenbettamentia. Sonstige fieberhafte Erkrankung bestand in 2 Fällen. Das Alter bei Ausbruch der Psychose lag zwischen 19 und 41 Jahren, und war durchschnittlich 29 Jahre (gegen 30 Jahre allgemeines Durchschnittsalter). Die Beobachtung von Siegenthaler²⁾, dass von den Verwirrten unter 30 Jahren erheblich mehr genesen, als von den über 30 Jahren, konnte ich nicht bestätigen. Es handelte sich gleich oft (6 mal) je um Erst-, Zweit- und Drittgebärende, also waren Primiparae nicht bevorzugt; es handelte sich im übrigen um die 4. bis 9. Geburt. Von den 19 Wochenbettpsychosen erfolgte der Ausbruch in der ersten Woche bei 8, in der zweiten bei 4, was dem oben berechneten Durchschnitt ungefähr entspricht. Die Dauer der gut verlaufenen Fälle betrug zwischen 5 Wochen und 18 Monaten, durchschnittlich 7 Monate,

1) Kräpelin, Lehrbuch II. S. 268.

2) Siegenthaler, Beitrag zu den Puerperalpsychosen .Diss. Wien 1898.

also länger wie bei Siemerling, der für leichtere Fälle 33 Tage, für schwerere 3—4 Monate berechnete. Der Ausgang war in 19 Fällen völlige Heilung (= 68 pCt.), bei Siemerling in $\frac{3}{4}$ der puerperalen Fälle. Beamentia überhaupt fand dieser nur in einem Drittel der Fälle günstigen Ausgang, Strohmeier¹⁾ dagegen in 60 pCt. Heilung. Letzterer betont auch, dass alle Fälle, in denen die Psychose ohne zureichenden Grund ausbricht, in bezug auf die Prognose verdächtig sind.

In zwei meiner Fälle erfolgte zwar Heilung, aber Wiedererkrankung, die jedoch günstig verlief. In 3 Fällen trat der Tod im ersten Jahre ein, in 4 Fällen (= 14 pCt.) blieben die Fälle ungeheilt und es kam zu Demenz, und zwar war es nur einmal eine Erkrankung im eigentlichen Wochenbett. Von den Ungeheilten waren zwei zu Hause, zwei in einer Anstalt. Früher schwer krank gewesen waren drei. Hiervon erinnern ein Fall, der bald starb und einer, der ungeheilt verlief, sehr an Katatonie und sind vielleicht besser dazu zu rechnen. Der dritte Fall ist dauernd geheilt, bei ihm hatte es sich bei der ersten Erkrankung auch um eine Amentia im Wochenbett gehandelt.

Was den klinischen Verlauf der Amentia betrifft, so wurden die Kranken in vielen Fällen in sehr verahrlostem Zustand in die Klinik eingeliefert, sie waren sehr anämisch, zeigten viele Schrunden und Beulen, die Haut war trocken, die Lippen rissig, die Zunge sehr belegt, es bestand starker Foetor ex ore; vielfach hatten die Kranken Fieber, das aber öfter, sowie die Kranken in sachgemässer Pflege waren, sehr schnell wieder verschwand. Der Beginn der Psychose war, nach kurzem Prodromalstadium von unbestimmten nervösen Beschwerden und besonders von Schlaflosigkeit, mit ängstlichen Halluzinationen, die sehr schnell zunahmen, worauf bald traumhafte Verwirrtheit mit Unreinlichkeit und Ratlosigkeit, Inkohärenz eintrat. Fürstners²⁾ Stadien des akuten halluzinatorischen Irreseins der Wöchnerinnen waren nur teilweise erkennbar; er sagt ja selber auch, dass es Abortivformen gebe. Die meisten Fälle zeigten weiterhin eine sehr wechselnde Stimmung, bei einigen herrschten Depression oder ängstliche Stimmung, selten heitere Stimmung und dementsprechende Halluzinationen und Wahneideen vor. Dieselben sind wohl als Mischform mit Melancholie (Angstpsychose) bzw. Manie zu betrachten. Katatonische Erscheinungen, wie Flexibilitas cerea, Stereotypien, Negativismus usw. waren besonders auf der Höhe der Erkrankung sehr häufig, bei drei Fällen traten eigenartige hysteriforme Anfälle auf.

1) Strohmeier, Zur Klinik, Diagnose und Prognose der Amentia. Monatsschr. f. Psych. 1906.

2) Fürstner, Ueber Schwangerschafts- und Puerperalpsychosen. Dieses Archiv. 1874.

Länger dauernder oder oft sich wiederholender Stupor fand sich etwa in einem Drittel der Fälle. In einem Fall handelte es sich um ganz akut aufgetretenen schweren Stupor, dann trat allmähliche Besserung ein (Stupidität). Die katatonen Erscheinungen fand ich nicht ungünstig für die Prognose, was auch Strohmeyer konstatiert hatte. Auch Meyer¹⁾ sah selbst bei Fällen mit sehr ausgesprochenen katatonen Erscheinungen weitgehende Besserung bzw. Wiederherstellung. Den Verlauf derselben fand er allerdings verhältnismässig ungünstiger; auch ich fand die Dauer der Fälle etwas grösser. Die Besserung erfolgte mehr oder weniger rasch, und mit Rückfällen; der Beginn der Besserung fiel einige Male mit dem Wiederauftreten der Menses zusammen. Meist waren die Kranken dann noch einige Zeit sehr gereizt, einige Male trat ein längeres Nachstadium von Verfolgungs- und Beeinträchtigungsideen auf. Die gänzliche Heilung erfolgte mehrfach erst zu Hause, da die Frauen auf ihr Drängen oft etwas zu frühzeitig von ihren Männern abgeholt wurden. In einigen Fällen wirkte die Versetzung in eine andere Umgebung, d. h. die Ueberführung nach einer Provinzialanstalt sehr günstig. Die Erinnerung an die Krankheit war verschieden, meist sehr gering.

Einige kurz angeführte Fälle mögen das Gesagte illustrieren.

A. K., 35 Jahre. Mutter und Grossmutter wurden im Wochenbett unheilbar geisteskrank. Patientin war immer etwas eigensinnig. Seit 12 Jahren verheiratet. 8 Partus und ein Abort. 24. 11. 93 letzte Entbindung leicht. Seit dem 3. Tag Perimetritis, Fieber. Am 4. Tag weinerlich, Todesgedanken. Schlieft wohl. Seit dem 10. Tag hielt sie Blumen für Köpfe, meinte, die Decke werde herunterfallen. Steigende Erregung, sprach und sang durcheinander, lachte viel.

12. 12. 95 Klinik. Etwas Fieber. Sehr anämisch. Oedem der Beine. Spricht in halbsingendem Ton unzusammenhängend vor sich hin, reimt dabei teilweise. Nur kurz zu fixieren.

13. 12. Stimmung wechselnd. Verwechselt die Personen. Nennt auf eigensinniges Anrufen Namen und Geburtsort.

14. 12. Gehobener Stimmung, spricht viel. Halluziniert. Gibt konfuse Antworten. Nässt oft ein.

28. 1. Unverändert. Bezeichnet die Personen ihrer Umgebung mit falschen Namen. Oft sehr laut.

12. 2. Beklagt sich über Personal und Behandlung. Giesst das Essen weg, zerreisst die Kleider, sie seien Lumpen.

22. 2. Gute Stimmung. Orientiert über Beginn und Verlauf ihres Leidens. Korrigiert die Halluzinationen.

12. 3. Geheilt entlassen.

1) Meyer, Beiträge zur Kenntnis der akut entstandenen Psychosen und der katatonischen Zustände. Dieses Archiv. 1899.

Katamnese: Dauern gesund, noch ein Partus ohne Besonderheiten, nicht gestillt. Menopause. — Kind gesund.

An diesem Fall ist interessant, dass Mutter und Grossmutter im Wochenbett unheilbar geisteskrank wurden, während die Patientin dauernd geheilt ist und auch den Eintritt des Klimakteriums gut überstanden hat. Die Psychose selbst, die sich an Infektion anschloss, zeigte ausser dem depressiven Beginn eine vorwiegend heitere Stimmung und ein querulierendes Endstadium. Katatone Erscheinungen, Stupor traten nicht auf.

L. Sch., 27 Jahre. Keine Heredität. 2 normale Partus. 31. 10. 96 dritte Geburt. Bekam Wochenbettfieber. Am 2. Tag unruhig, tobte und schrie, dazwischen ruhig.

9. 12. 96 Klinik. Sehr elend und mager. Patellarreflexe lebhaft. Kein Fieber. Liegt ruhig, mit starrem, verwirrtem Gesichtsausdruck da, beantwortet keine Frage, befolgt einfache Aufforderungen zögernd und unvollkommen. Regungslos zu Bett.

11. 12. Unverändert. Wollte eine Kranke mit einem Schuh erschlagen. Weint öfter.

27. 12. Sieht den Arzt erstaunt, verwirrt an, wenn sie gefragt wird. Sieht viel umher, sagt nichts.

2. 1. 97. Fängt öfter mit leiser Stimme einen Satz an, ohne ihn zu vollenden. Nicht orientiert über Zeit und Umgebung. Bezeichnet den Arzt als ihren Vater.

8. 1. Singt selbst gemachte Lieder, knüpft dabei an die Dinge ihrer Umgebung an.

31. 1. Ruhig, freier. Fragt erstaunt, wo sie sei. Auf die Frage, warum sie nicht gesprochen habe: Sie habe nicht gedurft. Weshalb wisse sie nicht. Gibt über Halluzinationen keine Auskunft, antwortet nicht mehr.

17. 2. Antwortet etwas. Weint leicht. Oertlich orientiert. In den andern Betten habe sie Leichen liegen sehen.

19. 3. Leidlich orientiert. Weint noch leicht.

18. 4. Stetige Besserung. Geheilt entlassen.

Katamnese: Immer gesund. Noch 6 Partus ohne Besonderheiten, gestillt. Noch Menses. — Kind gesund.

Hier standen im Vordergrund des Krankheitsbildes die stuporöse Hemmung, Ratlosigkeit und traumhafte Verwirrtheit. Wie tief die letztere war, sieht man oft erst deutlich bei der Klärung, z. B. auch in dem folgenden Fall, in dem es sich um massenhafte Halluzinationen ängstlicher Natur handelte.

M. E., 35 Jahre. Vater leidet an Schwindelanfällen. Patientin war von jeher heftig. 2mal verheiratet. 5 Geburten, schnell auf einander. 18. 6. 87 Zwillinge. Seitdem zunehmende Unruhe und Aengstlichkeit. Von Mitte Juli

heftig erregt, anscheinend auch Halluzinationen. Versuchte sich mit einem Tuch zu erdrosseln.

4. 8. 87 Klinik. Dürftige Ernährung. Aengstlich verwirrt. Glaubt sich gerufen, hört ihre Kinder schreien, Glocken läuten usw. Glaubt im Krankenhaus in Ballenstedt zu sein. Antwortet meist zusammenhanglos.

11. 8. Sie werde auf die Strasse geworfen, müsse sterben, ihre Eltern müssten verbrennen.

14. 8. Sehr ängstlich, jammert und weint laut, alle zögen aus und liessen sie allein zurück.

25. 8. Ihre Antworten sind äusserst verworren und meist ganz ohne Bezug auf die Frage.

1. 9. Zieht ihre Betten ab, weil hier Soldaten einquartiert würden; sie müsse daher ihr Zimmer räumen.

7. 9. Ruhiger, hört noch vereinzelte Stimmen.

8. 10. Spricht sehr wenig, antwortet sehr langsam. Ueber Ort und Zeit orientiert.

27. 10. Weint und jammert. Schreit stundenlang „Ach Du lieber Gott“.

3. 12. In letzter Zeit dauernd ruhig. Spricht wenig. Hört noch Stimmen.

8. 12. Still und ängstlich. Fragt, wo sie hier ist. Vergisst es gleich wieder. Antwortet sehr zögernd.

März 88. Wird immer klarer. Sie habe die Betten hier für die ihrigen gehalten, die Personen verkannt, alle möglichen Dinge sich vorgestellt und sei so in die grösste Unruhe geraten, da sie sich nicht zurecht finden konnte.

15. 4. Geheilt entlassen.

Katamnese: Immer gesund. Kein Partus mehr. Seit 15 Jahren Menopause.

A. G., 24 Jahre. Keine Heredität. Fürchtete sich sehr vor der Entbindung.
10. 10. 92 erster Partus, starke Blutung. In den ersten Tagen des Wochenbetts wenig Schlaf. Wenn sie die Augen schloss, sah sie „Geister“. Am 6. Tag weinte und sprach sie viel, sang Kirchenlieder, verkannte die Personen ihrer Umgebung, antwortete auf Stimmen.

22. 10. 92 Klinik. Fieber, Abdomen etwas aufgetrieben. Sehr erregt, spricht mit heiserer Stimme und wirr durcheinander. Inkohärent. Nichtorientiert. Manchmal kurz zu fixieren.

23. 10. Fein Fieber mehr. Dauernd sehr verwirrt. Wirft sich im Bett umher.

27. 10. Unverändert. Schmiert mit Kot, sträubt sich sehr beim Essen.

1. 11. Ruhiger. Fragt, wie sie hierher gekommen sei, ob sie irre sei.

5. 11. Zusammenhanglose Reden. Sie sei keine Amme, sei nicht venerisch. Alles sei hier verbrannt und vergiftet. Man habe ihr den Kopf verbrannt, Unter dem Bett werde alles abgezogen. Draussen sei Krieg. Die Bergleute seien erstickt. Von oben werde heruntergerufen.

30. 11. Etwas ruhiger, leicht zu fixieren. Viel Halluzinationen. Erotisch. Meist heiterer Stimmung. Verkennt Personen.

12. 3. Allmählich klarer. Hier gehe es nicht mit rechten Dingen zu, sie höre jeden Morgen ihre Mutter sprechen.

29. 3. Wieder verwirrt. Verstörter Gesichtsausdruck. Wälzt sich im Bett umher.

6. 4. Stupurös. Keine sprachlichen Aeusserungen. Lächelt den Arzt an.

14. 4. Spricht wieder, klarer.

30. 6. Nach einer weiteren Verwirrtheitsperiode allmählich definitive Klärung. Gibt zu, krank gewesen zu sein, will aber nicht darüber sprechen. Jetzt höre sie keine Stimmen mehr. Drängt nicht mehr uneinsichtig fort. Geheilt entlassen.

Katamnese: Seitdem gesund, nur im nächsten Wochenbett einen Tag etwas aufgereggt. Sonst kein Partus mehr. — Kind gesund.

Hier trat die halluzinatorische Erregung auch sehr akut auf, die Stimmung wechselte, Stupor war nur kurz. Sonstige katatone Erscheinungen sind nicht notiert.

Ich kann nicht einsehen, warum man den Begriff der Amentia ganz fallen lassen will bzw. so einschränkt, dass davon kaum mehr etwas überbleibt. Kräpelin führt zwar in seinem Lehrbuch das Erschöpfungs-Irresein auf, das ungefähr der Amentia entspricht, de facto wird aber von ihm und seinen Schülern dasselbe nur äusserst selten diagnostiziert, so fand Aschaffenburg unter 118 Puerperalpsychosen nur 5 Erschöpfungspsychosen, Münzer in 6 pCt. Auch andere Autoren, wie Jahrmärker¹⁾, Stransky²⁾ schränken den Begriff der Amentia sehr ein.

Die oben skizzierten Fälle zeigen aber in ihren klinischen Symptomen und ihrem Verlauf derartige Verschiedenheiten gegenüber der Katatonie, dass ich sie bei dieser bzw. der allumfassenden Dementia praecox nicht einreihen würde. Besonders die anhaltende Desorientierung und Verwirrtheit mit dem Affekt der Ratlosigkeit unterscheiden sie von den mit guter Auffassung, triebartigen Erregungen, ausgebildetem Negativismus, Manieren und Zerfahrenheit einhergehenden Krankheitsbild der Katatonie. Es erscheint ja doch auch a priori sehr wahrscheinlich, dass es häufig Psychosen gibt, die wie die Amentia durch äusseren oder inneren Einfluss akut entstehen, ohne im Gehirn schon prädisponiert zu sein, während andere Psychosen, wie man annehmen kann, schon von Geburt oder vielleicht durch chronische Veränderung der inneren Sekretion im Gehirn angelegt sind und zu ihrer Zeit kommen müssen, sei es mit oder ohne auslösendes Moment, wie Katatonie und vielleicht Manie und Melancholie. Doch sind das alles nur Vermutungen, man weiss ja über die Genese dieser Psychosen und auch der Paranoia noch garnichts.

1) Jahrmärker, Zur Frage der Amentia. Zentralbl. f. Nervenheilk. 1907.

2) Stransky, Zur Lehre von der Amentia. Wiener med. Wochenschrift. 1905. — Derselbe, Zur Amentiafrage. Zentralbl. f. Nervenheilkunde. 1907.

Bei der Differentialdiagnose zwischen Amentia und Katatonie spielen natürlich, wie auch Siemerling betont, subjektive Elemente sehr mit. Ob man bei der Einreihung eines Falls in die Katatoniegruppe sich nach dem endgültigen Ausgang richten darf, ist ja zweifelhaft. Auch wenn man, wie eben bemerkt eine irgendwie geartete Störung der inneren Drüsentätigkeit oder eine eigenartige Anlage des Gehirns als Grundlage der Erkrankung annimmt, so erscheint es ja doch als möglich, dass in einem Teil der Fälle wieder Heilung eintritt. Ich habe mich deshalb möglichst bemüht, den Ausgang bei der Stellung der Diagnose nicht zu berücksichtigen. Dennoch haben bei mir die Fälle, bei denen ich die Diagnose Katatonie stellte, alle wenigstens schliesslich einen ungünstigen Ausgang genommen, während die Amentia fast immer günstig verlief; in zwei zu Demenz bzw. Tod führenden Fällen war ich mir sogar später zweifelhaft, ob sie nicht doch eher zur Katatonie gehörten.

Von der Schule Kräpelin's würden die Amentiafälle wohl unter das manisch-depressive Irresein und die Dementia praecox aufgeteilt werden, und zwar würden die mit katatonen Symptomen zu letzterer gerechnet werden; dieselben würden aber dann ihren Namen sehr mit Unrecht tragen, da weitaus die Mehrzahl dauernd geheilt ist. Man könnte dann aber auch so verfahren, wie es ein Autor in einer Arbeit über Katamnesen bei Dementia praecox machte¹⁾, der die günstig verlaufenen Fälle von Dementia praecox dann als Fehldiagnosen erklärte (29,8 pCt. von 468 Fällen aus der Münchener Klinik) und einfach zum manisch-depressiven Irresein rechnete. Eine derartige Diagnosenstellung, wo schliesslich alle funktionellen Psychosen in zwei Krankheitsformen so ziemlich aufgehen, die nach einigen Autoren ausserdem noch sehr in einander übergehen, ist ja ziemlich einfach, ist aber besonders praktisch für die Diagnose kaum brauchbar. Dass der Name Dementia praecox forensisch sehr verwirrend wirkt, betont Anton²⁾.

Drei weitere Fälle schliessen sich eng an die Amentia an. In dem einen handelte es sich um ein in 14 Tagen zum Tode führendes Delirium acutum, das 8 Wochen nach der 4. Geburt ausgebrochen war. In den beiden anderen handelte es sich um Fieberdelirien, die vierzehn Tage dauerten, in dem einen Fall nach der 7., im andern nach der 4. ausgebrochen. Beide Frauen blieben dauernd geheilt. Es hängt dies natürlich von dem Kräftezustand ab; bei Braune³⁾ z. B. starben

1) Zendig, Beiträge zur Differentialdiagnose der Dementia praecox und des manisch-depressiven Irreseins auf Grund katamnestischer Forschungen. Vortrag ref. in München. med. Wochenschr. 1909. S. 1614 ff.

2) l. c. S. 35.

3) Braune, Protatierte Delirien bei fieberhaft. Erkrankung. Diss. Berlin 07.

von 6 derartigen Kranken 3. Bemerkenswert ist, dass die zweite schon im 1. Puerperium im Anschluss an Kopfrosee einen deliranten Zustand durchgemacht hatte.

Auf dem Boden des Schwachsinnns im Puerperium entstandene halluzinatorische Erregungszustände führten in 5 Fällen zur Aufnahme in die Klinik; und zwar waren es zweimal Imbezille, während in den anderen Fällen nicht bekannt war, ob angeborener Schwachsinn vorlag, oder ob es sich vielleicht um eine durch eine früher eventuell übersehene katatone Erkrankung entstandenen Schwachsinn handelte. Hierfür würde sprechen, dass auch ausgebildete katatone Erscheinungen mit Stupor dabei vorkamen. Die Orientierung war erhalten, soweit sie nicht durch die Demenz beeinträchtigt war. Traumhafte Verwirrtheit, Ratlosigkeit lag in keinem der Fälle vor. Mehrmals spielte physikalischer Verfolgungswahn bei den Halluzinationen eine Hauptrolle. Ueber frühere psychische Erkrankungen wird in keinem der Fälle berichtet. Die Kranken kamen alle zur Entlassung, bis auf eine, die in der Anstalt verblödete, was auch für Katatonie sprechen würde. Im zweiten und dritten Fall trat in einem späteren Puerperium wieder ein ähnlicher halluzinatorischer Erregungszustand auf.

Hieran schliessen sich noch zwei Fälle an, bei denen die Diagnose noch weniger sicher ist. In der Klinik waren sie als halluzinatorisches Irresein bezeichnet.

In dem einen handelte es sich um eine 33 jährige Frau ohne Heredität, die in der 6. Gravidität an einem zornmütigen Erregungszustand mit Verfolgungsideen erkrankte. Die Orientierung war erhalten, über Halluzinationen wird nichts berichtet, nur über Personenverkennungen. In der 3., 4. und 5. Gravidität sollen dieselben Störungen aufgetreten sein, die jedes Mal angeblich wieder verschwanden, während jetzt der Zustand auch nach der Geburt andauerte chronisch wurde. Die Frau starb nach 5 Jahren in eine Anstalt, der Mann hatte sich von ihr scheiden lassen.

In dem anderen Fall, auch ohne Heredität, trat zuerst mit 18 Jahren und dann noch einmal ein mehrere Stunden dauernder Anfall von Bewusstlosigkeit auf und anschliessende ängstliche Erregung von 14 Tagen. Im 1. Puerperium kam wieder $\frac{1}{2}$ Jahr lang ängstliche Erregungen, ebenso im 2. Puerperium. Eines Tages fand man das jüngste Kind ertränkt im Eimer, die Mutter wurde völlig verwirrt, unvollständig gekleidet im Wald gefunden. In der Klinik war sie orientiert, sehr ängstlich, hörte viele Stimmen, sie werde hingerichtet etc. Weiterhin blieb sie ängstlich gespannt. Nach zwei Jahren kamen ausgedehnte religiöse Wahnideen zum Vorschein; sie sei gestorben und wiedergeboren, ihre göttliche Schickung müsse sie allen bekannt machen, sie sei die Liebe Gottes und selbst Gott. Vom Bruder wurde sie ungeheilt abgeholt, fand aber ihren Mann inzwischen wieder verheiratet. Sie kam deshalb nach einigen Jahren auf

ihren Wunsch wieder in die Anstalt, wo sie jetzt noch ist und in schwachsinniger Weise in ihren Wahnideen viel schreibt.

Vielleicht handelte es sich im 1. Fall um eine chronische Paranoia, vielleicht um eine periodische Manie oder eine alte Katatonie. Im 2. Fall war die Diagnose der Klinik, wohl wegen der Anamnese, halluzinatorisches Irresein mit epileptischen Elementen, die der Anstalt sekundärer Schwachsinn und Paranoia. Auffallend ist, dass der Wahn sich erst nach zwei Jahren entwickelte. Zu bemerken ist noch, dass dieses die beiden Fälle waren, in denen die beiden Männer sich scheiden liessen.

Wenn ich einige zahlenmässige Ergebnisse der Zusammenstellung der einzelnen Fälle nach Diagnosen noch einmal zusammenfasse und sie mit Angaben der Literatur vergleiche, so fällt dabei die Divergenz der Diagnosen sehr ins Auge. Um nur einige Zahlen zu nennen, sei angeführt, dass von deutschen Autoren L. Hoche (1892) Manie 25 pCt. und Melancholie 54 pCt. fand, Hoppe (1893) dagegen 63 pCt. halluzinatorische Verwirrtheit, 11 pCt. Melancholie und 2 pCt. Manie, Aschaffenburg (1900) unter 118 Fällen 25 Mal manisch-depressives Irresein, 56 Mal Dementia praecox und 5 Erschöpfungssychozen, Meyer¹⁾ (1901) unter 51 Fällen 11 Mal Melancholie, 19 Mal Katatonie resp. Hebephrenie, 9 Mal akute Verwirrtheit, Siemerling (1904) als Hauptgruppe Amentia und Herzer (1906) und Münzer (1906) bei der überwiegenden Mehrzahl Dementia praecox.

In England, wo die Puerperalpsychosen auch häufig zusammenfassend besprochen wurden, wurde auch im wesentlichen Manie oder Melancholie diagnostiziert, was auch jetzt noch meist geschieht, obwohl in letzter Zeit auch öfter die Diagnose Dementia praecox sich findet. Doch hatte ich wenigstens in London im Bethlem-Hospital den Eindruck, dass gerade bei puerperalen und anderen Amentiafällen häufig die Bezeichnung Erschöpfungssychose angewendet wurde.

Die Diagnosen meiner Fälle seien in nebenstehender Tabelle noch einmal kurz zusammengestellt.

Die Hauptgruppe bildet hier auch die Amentia, während der Katatonie, im Gegensatz zu einigen der oben angeführten Autoren, nur ein kleiner Teil zugerechnet ist. Es hängt dies natürlich von der oben erwähnten Auffassung dieser beiden Krankheitsformen ab, besonders von der Bewertung der sogenannten katatonen Symptome.

1) Meyer, Zur Klinik der Puerperalpsychosen. Berliner klin. Wochenschrift. 1901.

	Gravidität	Puerperium	Laktation	Summa
Epilepsie	—	3	—	3 = 4 pCt.
Eklampsie	2	1	—	3 = 4 „
Chorea	1	—	—	1 = 1 „
Manie	—	5	2	7 = 9 „
Melancholie	3	11	1	15 = 19 „
Zirkuläres Irresein	—	1	2	3 = 4 „
Paranoia chron. mit akut. Beginn	—	3	—	3 = 4 „
Katatonie	1	3	2	6 = 8 „
Amentia	1	19	8	28 = 35 „
Fieberdelirien, Delirium acutum	—	3	—	3 = 4 „
Halluc. Erreg. a. d. Bod. d. Schwachsinn	—	5	—	5 = 6 „
Unklar	1	1	—	2 = 2 „
Summa	9	55	15	79 = 100 pCt.

Was die Verteilung der Psychosen auf die einzelnen Abschnitte betrifft, so ist hervorzuheben, dass Amentia hauptsächlich im Wochenbett, seltener in der Stillperiode auftrat, und nur viermal in der Schwangerschaft, und dass Manie in der Schwangerschaft überhaupt nicht vorkam. Die übrigen Psychosen, natürlich abgesehen von den eklamptischen und choreatischen Geistesstörungen, verteilten sich etwas gleichmässiger auf die einzelnen Abschnitte, die epileptischen Psychosen kamen nur im Puerperium vor, während Anton¹⁾ gerade ihr häufiges Vorkommen in der Schwangerschaft erwähnt.

Bei einer Gegenüberstellung von Heredität und Diagnose ergaben sich, wie oben im einzelnen bemerkt, besonders für Melancholie hohe Prozentsätze ($\frac{2}{3}$), mittlere für Amentia (etwa $\frac{1}{2}$) und auffallend geringe für Katatonie ($\frac{2}{6}$) und Manie ($\frac{2}{7}$). Letztere beruhen wohl auf den kleinen Zahlen, um die es sich handelt.

Infektion, erschöpfende Momente usw. hatten sich besonders bei Amentia, wenig bei Manie und Melancholie, gar nicht bei Katatonie gefunden.

Lebensalter, Zahl der Partus und Diagnose hatten keinen Einfluss aufeinander; zahlreiche Geburten disponierten nicht, wie Siegenthaler fand, zur Melancholie.

Was die Zeit des Ausbruches der Psychose betrifft, ist nur zu erwähnen, dass Melancholie am wenigsten die ersten Wochen nach der Geburt bevorzugte.

Akuter Beginn wies meist auf Amentia, Manie eventuell auch Katatonie hin, chronischer besonders auf Melancholie.

1) l. c. S. 21.

Unter den mehrfach Erkrankten waren im Verhältnis zur Gesamtzahl der daran Erkrankten sehr wenig Fälle von Amentia, dagegen ein beträchtlicher Teil der Fälle von Manie und Katatonie sowie natürlich die drei Fälle von zirkulärem Irresein sowie die von epileptischer Psychose.

In 3 Fällen von mehrfacher Erkrankung handelte es sich bei der einen Erkrankung um Fieberdelirien, und zwar hatte eine Patientin mit 20 Jahren Kopfroße mit Fieberdelirium gehabt und bekam mit 28 Jahren im 4. Puerperium Fieberdelirien von 4 Wochen Dauer, die geheilt wurden; eine zweite hatte mit 14 Jahren bei Masern Fieberdelirien gehabt und bekam mit 28 Jahren im 1. Puerperium eine Melancholie, die dauernd heilte; die dritte Patientin machte mit 26 Jahren in der 2. Laktation eine Amentia durch, wurde geheilt, doch trat im Alter von 32 Jahren bei ihr bei Kopfroße ein deliranter Zustand auf.

In den übrigen Fällen mehrfacher Erkrankung handelte es sich um Phasen einer Krankheitsgruppe (Manie, Melancholie), um Schübe desselben Leidens (Katatonie, Epilepsie), oder um Wiederholung derselben Krankheit (Amentia, 1 Fall). Ein Vorkommen einer verschiedenen Krankheit im Lauf des Lebens bei einer und derselben Patientin, etwa einer Manie oder Katatonie, wurde nicht beobachtet.

Ueber die Prognose, die oben im einzelnen ausführlich besprochen wurde, sei hier nur erwähnt, dass Manie und dann Amentia sich am günstigsten erwiesen, ungünstiger Melancholie und am ungünstigsten Katatonie.

Hoppe hatte gegenüber Amentia und Manie für Melancholie eine bedeutend längere Dauer der Krankheit berechnet. Auch ich fand die Dauer der Melancholie am längsten.

Ich möchte noch bemerken, dass die Prognose, wenigstens in der Hinsicht, als die Patientinnen starben oder nicht, nicht unwesentlich davon abzuhängen schien, ob sie frühzeitig nach Ausbruch der Psychose in die Klinik gebracht wurden oder nicht.

Eine vollständige Zusammenfassung der einzelnen Resultate unserer Untersuchungen würde zu weit führen, es mögen deshalb nur einige Punkte noch einmal hervorgehoben werden.

Der Prozentsatz an erblich Belasteten unter unseren Fällen war derselbe wie man ihn im Allgemeindurchschnitt der Psychosen findet.

Meist handelte es sich um Frauen zwischen 26 und 35 Jahren, verhältnismässig wenig um Erstgebärende, selten um ausserehelich Geschwängerte.

Die meisten Psychosen gehörten der Amentia an, etwas weniger der Manie-Melancholie-Gruppe und noch weniger der Katatonie.

Die Aufrechterhaltung der Amentia als Krankheitsbegriff erwies sich durch die Symptomatologie und durch die Katamnesen als gerechtfertigt.

Die Fälle der Manie-Melancholie-Gruppe zeigten keine häufigeren Wiedererkrankungen wie die Gesamtzahl.

Die Katatonie zeigte eine absolut ungünstige Endprognose.

Durch die Katamnesen wurde die Prognose ziemlich verschlechtert, indem von 52 Frauen, die zunächst geheilt oder mit geringem Defekt entlassen wurden, bei $\frac{1}{5}$ Wiedererkrankung auftrat, die bei der Hälfte derselben ungünstig verlief.

Völlig geheilt wurden 46 pCt., durch Hinzurechnung der mit geringem Defekt Geheilten und bei Wiedererkrankung Genesener erhöht sich diese Zahl auf 59 pCt. Im ersten Jahr starben 13 pCt.

Wiedererkrankung trat durchschnittlich nach 3 Jahren 8 Monaten auf; der grösste Zwischenraum war 16 Jahre (bei einer Katatonie); abgesehen von einem Fall mit früherem Fieberdelirium war dies der einzige Fall, bei dem die Zwischenzeit über 8 Jahre betrug. Die für die Katamnesen gewählte Zeit von mindestens 10 Jahren (Maximum 23 Jahre) ist also genügend; ein kürzerer Zeitraum dürfte zu Fehlschlüssen führen.

Was die allgemeine Prognose der Puerperalpsychosen betrifft, so erwiesen sich für den Ausgang

als ungünstig: angeborener Schwachsinn, chronischer Beginn, frühere geistige Erkrankung in jugendlichem Alter oder ohne besondere Veranlassung,

als günstig: Infektion und erschöpfende Momente.

Die Dauer der Psychosen war

länger: bei Belasteten, bei Frauen über 30 Jahren, bei chronischem Beginn und bei Amentia, wenn katatone Züge sehr in den Vordergrund traten,

kürzer: bei den in den ersten zwei Wochen nach der Geburt und bei den im Anschluss an Infektion aufgetretenen Psychosen.

Von den noch lebenden 30 Kindern sind bis jetzt 3 geistig minderwertig.