

Die Münchener Medizinische Wochenschrift erscheint wöchentlich im Umfang von durchschnittlich 6-7 Bogen. • Preis der einzelnen Nummer 80 J. • Bezugspreis in Deutschland vierteljährlich 2/6.—. • Übrige Bezugsbedingungen siehe auf dem Umschlag.

MÜNCHENER

Zusendungen sind zu adressieren: Für die Redaktion Arnulfstrasse 26. Bureauzeit der Redaktion von 8 1/2-1 Uhr. • Für Abonnement an J. F. Lehmann, Paul Heysestrasse 15a. • Für Inserate und Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16. •

MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT.

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

O. v. Angerer, Ch. Bäumlcr, O. v. Bollinger, H. Curschmann, H. Hellerich, W. v. Leube, G. Merkel, J. v. Michel, F. Penzoldt, H. v. Ranke, B. Spatz, F. v. Winkel, München. Freiburg i. B. München. Leipzig. Kiel. Würzburg. Nürnberg. Berlin. Erlangen. München. München. München.

No. 33. 13. August 1907.

Redaktion: Dr. B. Spatz, Arnulfstrasse 26. Verlag: J. F. Lehmann, Paul Heysestrasse 15a.

54. Jahrgang.

(Nachdruck der Originalartikel ist nicht gestattet.)

Originalien.

Ueber die Indikationen für eine künstliche Schwangerschaftsunterbrechung bei Geisteskranken.*)

Von Privatdozent Dr. Alzheimer in München.

Wenn wir uns in der gynäkologischen Literatur umsehen, so finden wir, dass über die Gründe, welche Anlass zu einer künstlichen Schwangerschaftsunterbrechung geben können, im allgemeinen Uebereinstimmung besteht. Man kann die Indikation dafür wohl dahin zusammenfassen: Eine künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft ist dann geboten, wenn infolge der Schwangerschaft ein lebensbedrohlicher Zustand der Mutter bereit eingetreten oder mit Bestimmtheit zu befürchten ist, falls eine Unterbrechung der Schwangerschaft und nicht etwa eine weniger eingreifende Massnahme den bedrohlichen Zustand der Schwangeren beseitigen kann.

Versuchen wir aber nun diese allgemeinen Grundsätze, die aus einer vernunftgemässen Abschätzung zwischen dem Werte des Lebens von Mutter und Kind gewonnen worden sind, auf die ungemein mannigfachen Umstände und Bedingungen anzuwenden, die in der Praxis das Zusammentreffen der Schwangerschaft mit vielerlei mütterlichen Erkrankungen ergibt, so begegnen wir wechselnderen Meinungen und oft auf der einen Seite der Empfehlung entschiedenen Vorgehens, auf der andern dem Rat vorsichtigen Zurückhaltens. Denn es schwanken sowohl die Meinungen darüber, ob in dem einzelnen Falle ein lebensbedrohlicher Zustand der Mutter vorliegt, als auch darüber, ob nur eine Unterbrechung der Schwangerschaft und nicht schon andere ärztliche Eingriffe diesen Zustand beseitigen können. Das gilt besonders auch bezüglich der Frage, in wie weit psychische Störungen Anlass zu Schwangerschaftsunterbrechungen geben können.

Es lässt sich nicht leugnen, dass gerade hier von manchen Gynäkologen und Irrenärzten, seit dem Vortrage Jollys auf der Naturforscherversammlung in Hamburg, 1901: „Ueber die Indikationen des künstlichen Abortes bei der Behandlung von Neurosen und Psychosen“ die Grenzen des Eingreifens weiter gezogen worden sind und aus gelegentlichen Erfahrungen kann man ersehen, dass heute manche Aerzte noch viel weiter zu gehen sich geneigt zeigen, als es Jolly selbst für ratsam gehalten hatte.

So ist es wohl am Platze, auf Grundlage eines grösseren Materiales, die Frage der Indikation für die Schwangerschaftsunterbrechung bei den Psychosen aufs neue zu prüfen. Das Material, das mir zur Verfügung stand, setzt sich zusammen teils aus Fällen der hiesigen Klinik, teils aus zahlreichen Krankengeschichten, die mir Herr Direktor Dr. Vocke in liebenswürdiger Weise aus der Kreisirrenanstalt zur Verfügung gestellt hat, dann aus Fällen, welche in der früheren Abteilung für Geisteskranke des Krankenhauses l. d. Isar von Herrn Professor Dr. Gudden beobachtet worden sind und schliesslich aus eigenen Beobachtungen in meiner Anstalts-

tätigkeit und Konsiliarpraxis. Im Ganzen standen mir 65 Krankengeschichten von mit Geisteskrankheit komplizierten Schwangerschaften zu Gebote.

In den Lehrbüchern der Gynäkologie lesen wir, dass eine Graviditätspsychose Anlass zur Schwangerschaftsunterbrechung geben könne. Die Graviditätspsychose ist nun keine klinische Krankheitsform, darüber sind in Deutschland alle Psychiater einig. Jede Psychose und Neurose, die im mittleren Lebensalter der Frau auftritt, begegnet uns auch gelegentlich bei Schwangeren. Wollen wir einen sicheren Standpunkt in unserer Stellung zu den Schwangerschaftsunterbrechungen gewinnen, so müssen wir zunächst sehen, ob und in wie weit solche Psychosen durch die Schwangerschaft selbst veranlasst sind.

Dass eine Gravidität eine Psychose veranlassen kann, ist gewiss nicht von vornherein auszuschliessen. Denn die Schwangerschaft bringt offenkundig tiefgehende Umwälzungen im mütterlichen Organismus zu Wege; zum Aufbau der Frucht wird mütterliches Material verwendet, ja im Verlaufe der Schwangerschaft können Stoffe gebildet werden, die auf die Mutter als Giftstoffe wirken. Zu diesen körperlichen Schädigungen kommen psychische. Nicht jede Mutter empfindet das stolze Gefühl, Mutter zu sein; Angst vor Schande, Sorge um die Nahrung, Bangen vor der Geburt und ihren Gefahren lasten auf vielen Schwangeren.

Vergleichen wir nach den älteren Statistiken von Weebers und Jones (Fig. 1) die Zahl der Graviditäts-

Verhältnis der Psychosen beim weiblichen Geschlecht zu den Graviditäts-, Puerperal- und Laktationspsychosen.

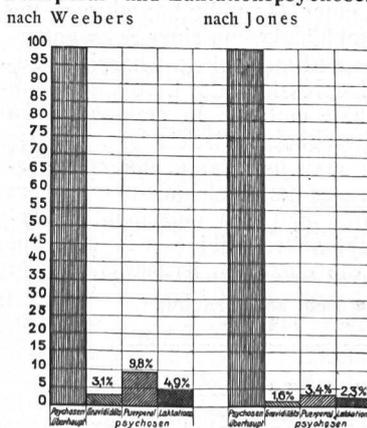


Fig. 1.

Verhältnis der Graviditäts-, Puerperal- und Laktationspsychosen zu einander.

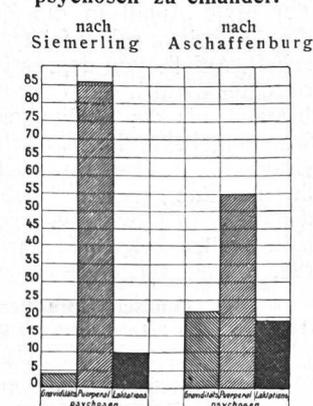


Fig. 2.

psychosen mit der Zahl der Psychosen des weiblichen Geschlechtes überhaupt und der Zahl der puerperalen und Laktationspsychosen, so zeigt sich, dass die Zahl der Graviditätspsychosen im Vergleich zu den Psychosen überhaupt nicht sehr beträchtlich scheint und namentlich auffällig niedrig ist zu der Zahl der Psychosen in den anderen Perioden des Generationsgeschäftes, besonders der Periode des Puerperiums. Letzteres zeigt sich besonders deutlich auch an den Zusammenstellungen von Aschaffenburg und Siemerling (Fig. 2), wo die Puerperalpsychosen die Schwangerschafts-

*) Nach einem im Münchener ärztlichen Verein gehaltenen Vortrage.

psychosen um ein sehr vielfaches übertreffen, obwohl die Zeit der Gravidität $4\frac{1}{2}$ mal so lange ist, als die in Berechnung gezogene Zeit des Puerperiums. Während also aus dieser Zusammenstellung eine ätiologische Beziehung zwischen Puerperium und Psychose unverkennbar zu Tage tritt, erscheint sie für die Schwangerschaft, wenigstens auf diesem Wege, nicht nachweisbar.

Eine solche Statistik würde aber noch nicht ausschliessen lassen, dass zwischen einzelnen Psychosen und der Schwangerschaft ätiologische Beziehungen vorhanden sind.

Wir müssen daher aus dem Wesen der einzelnen Krankheiten so weit es uns die klinische Betrachtung erschlossen hat und aus dem Studium des Verlaufes der Krankheit und der Gravidität in einzelnen Fällen derselben unseren Standpunkt zu der Frage der Schwangerschaftsunterbrechung abzuleiten versuchen.

In den Lehrbüchern der Gynäkologie finden wir öfter erwähnt, dass die Graviditätspsychosen vornehmlich als Depressionszustände und heitere und verwirrte Erregungszustände auftreten. Auch aus der Zusammenstellung Aschaffenburgs und Siemerlings und meiner eigenen lässt sich ersehen, dass Zustände ängstlicher und trauriger Verstimmung und Zustände heiterer oder verwirrter Erregung am häufigsten bei der Gravidität beobachtet werden. Wir wissen heute, dass diese Depressionen und Erregungen verschiedene Zustandsbilder im Verlaufe einer einzigen Krankheit darstellen, die man früher als Melancholie, Manie, periodisches und zirkuläres Irresein unterschieden hat, während wir sie jetzt zu treffender mit Kraepelin alle unter dem Namen des manisch-depressiven Irreseins zusammenfassen.

Gehen wir nun den Beziehungen nach, welche zwischen dieser Psychose und der Gravidität bestehen, so sehen wir, dass diese nicht nach allen Richtungen ganz durchsichtige sind. Man kann sich die sehr verschiedenartigen Verlaufsformen dieser Krankheit und ihre Beziehungen zur Schwangerschaft am besten an der Hand von Schematas, wie sie hier wiedergegeben sind, vor Augen führen; der Einfachheit halber sind aus dem ganzen Leben nur die Jahre herausgenommen, die zur Darstellung der Beziehungen zwischen Gravidität und Krankheitsanfällen wichtig sind. Jede quere Kolumne entspricht einem in zwölf Monate geteilten Jahre. Die deprimierten Zeiten sind senkrecht, die manischen wagrecht gestrichelt, die Zeiten der Schwangerschaften punktiert eingetragen.

Von 21 manisch depressiven Kranken nun fällt nur bei 4 der erste Anfall in die Zeit einer Gravidität, während bei den 17 übrigen schon früher, unabhängig von einer Schwangerschaft, Anfälle von depressivem und manischem Charakter beobachtet worden sind oder die Depression oder Erregung schon bestand, als die Schwangerschaft eintrat. In einigen Fällen war umgekehrt die manische Erregung indirekte Ursache der Gravidität, da Manische leichter sexuellen Versuchen unterliegen. Eine genauere Beobachtung der Beziehungen zwischen den einzelnen Schwangerschaften und den einzelnen Krankheitsanfällen zeigt uns gar nicht selten Bilder, wie eines in Fig. 3 wiedergegeben ist, wo die einzelnen Krankheitsanfälle

Manisch-depressives Irresein und Gravidität.

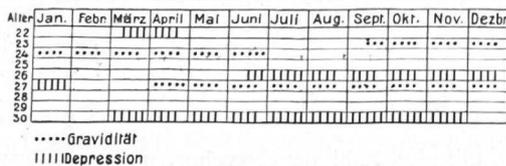


Fig. 3.

zwischen die einzelnen Schwangerschaften hineinfallen. Die betreffende Frau war deprimiert, wenn sie nicht gravide war, und gesund, wenn sie eine Schwangerschaft durchmachte. Der Mann einer anderen Patientin versicherte uns, dass seine Frau nur gesund sei, wenn sie sich in anderen Umständen befinde, aber immer bald erregt oder deprimiert würde, wenn die Geburt vorbei sei. Würden hier enge ätiologische Beziehungen vorliegen, so müsste man wohl viel häufiger ein Zusammenfallen von Gravidität und psychischer Störung erwarten.

In der Literatur sind nun aber auch Fälle beschrieben, bei welchen sich in jeder Gravidität eine Depression eingestellt hat. Solche Fälle sind aber offenbar nicht häufig. Mir ist unter mehreren hundert Fällen von manisch-depressivem Irresein kein solcher Fall bekannt geworden. In allen jenen Fällen, in welchen ein oder zwei Schwangerschaften mit einem manisch-depressiven Zustande zusammenfielen, waren auch Anfälle ohne Gravidität nachzuweisen, schon vor der ersten Gravidität vorhanden oder sie traten auch in der klimakterischen Epoche noch auf. Abzustreiten ist aber das Vorkommen solcher einzelner Fälle nicht.

Spricht nun alles dies nicht sehr für enge ätiologische Beziehungen zwischen manisch-depressivem Irresein und Gravidität, so zeigt uns die klinische Betrachtung des manisch-depressiven Irreseins, dass es in einer degenerativen Anlage seine Ursache haben muss. In zahlreichen Fällen, besonders in den schwereren mit häufigen Anfällen, tritt es ganz unverkennbar zutage, dass sich die einzelnen Anfälle lediglich von innen heraus ohne äussere Einwirkung entwickeln. Bei leichteren Fällen lässt sich wohl heute nicht mit Sicherheit ausschliessen, dass das Hinzukommen anderer Schädlichkeiten einen Krankheitsanfall begünstigt. Sicher aber dürfte sein, dass man den Einfluss solcher Schädigungen noch vielfach zu überschätzen geneigt ist. So mag auch bei einer hiezu disponierten einmal eine Schwangerschaft einen Anfall auslösen.

Gegen eine grosse Bedeutung der Schwangerschaft für die Entstehung manisch-depressiver Krankheitszustände spricht auch der geringe Einfluss, den in all unseren Fällen die natürliche Unterbrechung oder die Beendigung der Schwangerschaft auf den Krankheitsverlauf zeigte. In keinem Falle trat mit dem Ende der Schwangerschaft eine Heilung ein. Weder ein natürlicher Abort, noch die Entbindung veränderte das Krankheits-

Manisch-depressives Irresein und Gravidität.



Fig. 4.

bild (Fig. 4). Die mit einer Schwangerschaft komplizierte Erkrankung dauerte nicht länger als die vorausgegangene oder folgende, bei der keine Schwangerschaft vorlag (Fig. 5). In

Manisch-depressives Irresein und Gravidität.

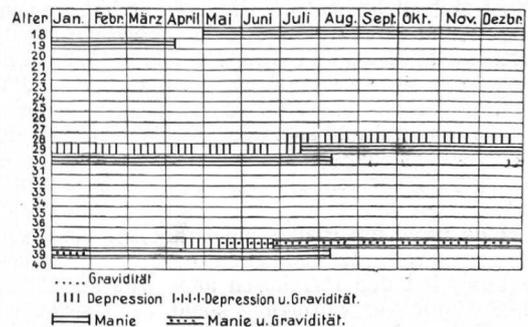


Fig. 5.

einem Falle trat die Heilung des Anfalles noch während der Schwangerschaft ein.

Bezüglich der Prognose des manisch-depressiven Irreseins wissen wir, dass sie günstig ist, insofern als der einzelne Anfall regelmässig zur Heilung führt, ungünstig, insofern als durch das ganze Leben hindurch die Gefahr späterer Rückfälle bestehen bleibt, ja Anfall sich an Anfall reihen kann.

Zunächst lässt sich nicht ersehen, wie eine solche Krankheit die allgemeinen Bedingungen für die Einleitung einer

Schwangerschaftsunterbrechung geben soll, wie sie oben dargelegt worden sind. Jolly hat aber eine für die Mutter bestehende Lebensgefahr darin gesehen, dass depressive Kranke vielfach lebhaftes Suizidneigung zeigen. Dieser Suizidneigung könne auch dadurch nicht wirksam begegnet werden, dass man die Kranken in Anstalten bringe, da dort ein Selbstmord auch nicht zu verhüten sei. Der Abort bessere dazu den Zustand der Kranken und könne so die Lebensgefahr beseitigen. Bei suizidgefährlichen, schwer deprimierten Schwangeren hält er darnach eine Schwangerschaftsunterbrechung für angebracht.

Den Schlussfolgerungen Jollys kann man, glaube ich, nach zwei Seiten hin nicht ganz beistimmen. Es ist zunächst zuzugeben, dass auch in einer aufs beste geleiteten Anstalt eine Geisteskranke sich töten kann. Am häufigsten ereignet sich das bei Kranken, bei welchen niemand einen Selbstmordversuch erwartet. Deprimierte Kranke, deren Selbstmordneigung jeder Arzt kennt, werden in allen Anstalten unter ständige Wache gebracht. Wenn sich dann nicht das Personal einer groben Nachlässigkeit schuldig macht, ist ein Selbstmord mit ziemlicher Sicherheit zu verhüten, jedenfalls gehört er zu den äussersten Seltenheiten. Gegenüber den immerhin recht zahlreichen Aborten, die man bei selbstmordsüchtigen Deprimierten vornehmen müsste, kann die Zahl derer, die davon in einer gutgeleiteten Anstalt sich das Leben nehmen würden, wohl kaum in Betracht kommen. Da noch dazu eine an Selbstmordneigung leidende Deprimierte, auch wenn sie nicht schwanger ist, schon aus therapeutischen Gründen in eine geschlossene Anstalt gehört, so müssen wir jedenfalls die Verbringung in die Anstalt als einen milderen Eingriff ansehen, als die Einleitung eines Abortes. Damit haben wir aber auch, scheint es mir, das Recht verloren, eine Schwangerschaftsunterbrechung vorzunehmen.

Es sind gewisse Formen der Depression mit einer besonderen Art von Wahnbildung, die den Gedanken einer künstlichen Schwangerschaftsunterbrechung nahelegen und die auch wohl Jolly in erster Linie im Auge gehabt hat. Bei Frauen, welche schon mehrere Kinder geboren haben, entwickelt sich im Anschluss an eine neue Schwangerschaft ein erster oder wiederholter Depressionszustand mit einer Fülle ängstlicher oder hypochondrischer Vorstellungen oder Versündigungs-ideen. Die Kranke glaubt, alles schwarz in schwarz sehend, dass sie das neue Kind nicht mehr ernähren könne, elendiglich mit ihrer ganzen Familie Hungers sterben müsse, oder dass sie zu schwach, zu elend sei, die ihr in einem ganz grässlichen Lichte vor Augen stehende Geburt durchzumachen, oder dass sie zum Gelächter, Hohn und Spott der Welt würde, weil sie in ihren alten Tagen noch einmal ein Kind bekomme. Das alles kann sie nicht ertragen, sie will, sie muss sterben. Sie verweigert die Nahrung, sucht ständig nach Gelegenheit zum Selbstmord, verlegt sich in selbstmörderischer Absicht. Solche Kranke machen in der Pflege und Beaufsichtigung die erdenklichste Mühe. Gelegentlich wird dann auch einmal von den Angehörigen oder der Kranken selbst der Wunsch geäußert, dass man die Frucht, die vermeintliche Ursache aller der Wahnvorstellungen der Kranken, beseitige.

Wir wissen nun aber doch, dass die Wahnbildungen dieser Kranken keines reellen Anknüpfungspunktes bedürfen und wir haben Kranke genau dieselben Wahnideen äussern hören, die gar nicht schwanger waren, sondern nur schwanger zu sein sich einbildeten. Tatsächlich zeigte sich auch in einem der wenigen Fälle, die mir bekannt geworden sind, bei denen ein künstlicher Abort eingeleitet worden war, dass die Kranke zunächst nicht zu überzeugen war, dass die Frucht beseitigt sei und in der alten Weise weiter klagte, später aber, als sie sich überzeugte hatte, jammerte, dass sie ein grosses Verbrechen verschuldet habe. Die Krankheit hatte sich mit der Vornahme des Abortes nicht verändert, nur langsam der Inhalt der Wahnideen.

Es erscheint mir dann weiter nach dem erfahrungsgemäss geringen Einfluss, den der normale Ausgang einer Schwangerschaft in den Krankengeschichten auf den Verlauf der manisch-depressiven Zustände erkennen lässt, im Gegensatz zu Jolly, wenig wahrscheinlich, dass ein Abort in der Regel eine günstige Einwirkung zeigen wird. Bei der ungemein wechselnden und

gar nicht voraus zu bestimmenden Dauer der einzelnen Krankheitszustände, bei dem oft raschen Zurückgehen der Symptome können ein paar Fälle, in welchen eine rasche Besserung eintrat, noch nicht einen günstigen Einfluss des Abortes beweisen.

Dass aber solche Fälle auch ohne Einleitung eines Abortes einen guten Ausgang nehmen, zeigt eine Beobachtung, die wir im vorigen Jahre mit den Aerzten in Egfling zusammen gemacht haben.

Eine Frau, welche schon früher 4 Geburten durchgemacht hatte, ohne zu erkranken, kam im Mai 1895 wegen eines Depressionszustandes in die psychiatrische Klinik. Noch in tiefer Depression wird sie von ihrem Mann gegen ärztlichen Rat aus der Klinik geholt, bald darauf geschwängert und kommt dann anfangs September in einer erregten Depression in die Klinik zurück. Grosse motorische Unruhe, heftige Angstzustände, möchte „laut schreien vor innerer Unruhe, Angst und Beklemmung“. Allmählich wenden sich ihre krankhaften Vorstellungen immer mehr ihrer Schwangerschaft zu. Sie hat sich selbst ein Kind gewünscht, um gesund zu werden. Das war ein grosses Unrecht, denn sie kann es nicht ernähren; ihre ganze Familie muss zu Grunde gehen. Nach Egfling überführt, steigert sich die Erregung. Hartnäckige Nahrungsverweigerung, immerwährend Versuche sich zu morden, selbst zu schädigen. Sie muss wochenlang gehalten werden. Schliesslich erfolgt eine normale Geburt und heute ist auch die Mutter wieder zu Hause, wenn auch noch nicht völlig genesen. Aber auch hier bestand die Depression schon vor Eintritt der Gravidität und die Erregung dauerte noch eine gute Zeit über die Geburt hinaus.

Demgegenüber steht ein anderer Fall, dessen Kenntnis ich der Freundlichkeit des Herrn Professor Gudden verdanke. Bei einer schwer manisch erregten Kranken wird eine Frühgeburt eingeleitet. Das Kind stirbt bald nach der Geburt, die Mutter geht wenige Tage später an puerperaler Sepsis zu Grunde.

Freunde eines entschiedenen Vorgehens mögen vielleicht sagen, dass der Tod der Mutter einem unglücklichen Zufalle, einem Versehen zuzuschreiben sei, dass bei peinlichster Vorsorge ein solcher Ausgang vermieden werden könne. Fast in allen Krankengeschichten, welche über die Geburt Geisteskranker berichten, selbst wenn es sich um sehr erregte Kranke handelt, findet sich die Bemerkung, dass die Geburt auffallend gut von statten gegangen sei. Unter 4 Fällen von Schwangerschaftsunterbrechung bei Geisteskranken, über die ich verfüge, befinden sich zwei mit Tod durch Sepsis. Gewiss mag hier der Zufall mitspielen. Aber ganz sicher dürfte doch jedenfalls sein, dass bei einer natürlichen Beendigung der Schwangerschaft die physiologischen Schutzvorrichtungen des weiblichen Organismus besser gegen die Gefahr einer Infektion zu schützen vermögen, gerade bei einer sehr erregten Kranken, als bei den durch einen Abort gesetzten Wunden.

Alles dieses zusammenfassend müssen wir also sagen, dass das manisch-depressive Irresein keine Indikation für die Schwangerschaftsunterbrechung abgeben dürfte. Der Selbstmordgefahr kann wirksamer und weniger eingreifend durch die Verbringung in eine geschlossene Anstalt begegnet werden. Eine heilende Einwirkung des Abortes auf die Krankheit der Mutter scheint nicht genügend erwiesen.

Etwas einfacher dürften die Verhältnisse bei den Krankheitszuständen liegen, die wir unter dem Namen der *Dementia praecox* zusammenfassen. Jolly hat die Meinung ausgesprochen, dass leichte Fälle von Katatonie nach Beendigung der Schwangerschaft gewöhnlich heilten, dass aber eine Gefahr vorliege, dass sie sich zu chronischen Psychosen entwickelten. Obwohl die oben ausgesprochenen Grundsätze diesen Fall nicht einschliessen, so würde ich keinerlei Bedenken haben, eine künstliche Schwangerschaftsunterbrechung dann zu empfehlen, wenn dadurch eine Verblödung, ein dauerndes geistiges Siechtum mit Sicherheit verhindert werden könnte. Blödsinn ist wohl schlimmer als der Tod. Doch so liegen offenbar die Verhältnisse nicht. Die Krankheit scheint sich wohl manchmal mit dem Ablauf der Schwangerschaft zu bessern, aber gewöhnlich schreitet sie bald wieder weiter. In vielen Fällen ändert die Schwangerschaft und die Geburt nicht das allergeringste. Alle 9 Krankengeschichten, welche mir zu Gebote stehen, zeigen dies. Von den 9 Fällen waren offenbar 7 schon krank, als die Schwangerschaft eintrat. Die Geburt hat in keinem Falle den Krankheitsverlauf wesentlich beeinflusst. Eine Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung wird durch die *Dementia praecox* nicht gegeben.

Unter meinen Fällen befinden sich dann auffallend viele — 10 Paralyse n. Die Paralyse ist eine metasypilitische

Erkrankung und das Zusammentreffen von Gravidität und Paralyse jedenfalls nicht ätiologisch begründet. Viele paralytische Schwangerschaften enden mit einem Abort oder mit einer Frühgeburt. Bei anderen kommt ein lebendes, meist schwächliches Kind zur Welt. Es ist auffällig, wie wenig die meisten Paralytischen durch die Geburt affiziert werden. Dass im Verlaufe einer paralytischen Schwangerschaft durch diese lebensbedrohliche Zustände ausgelöst würden, ist mir nicht bekannt. Bei der absolut infausten Prognose der Krankheit ist das Leben der Mutter geringer einzuschätzen, allerdings auch die dauernde Lebensfähigkeit des Kindes.

Bei der Epilepsie hält Binswanger in besonderen Fällen eine Schwangerschaftsunterbrechung für geboten, Jolly bei schweren Anfällen von Hysteroepilepsie. Die Hysteroepilepsie ist wohl nicht als eine besondere Krankheitsform anzunehmen, es handelt sich teils um Hysterische mit epileptischen, teils um Epileptische mit hysterischen Zügen.

Dass epileptische Anfälle zum ersten Male in der Schwangerschaft auftreten, ist so selten, dass man wohl annehmen darf, dass es sich hier um ein zufälliges Zusammentreffen handelt. Natürlich muss man eine Eklampsie ausschliessen. Gar nicht selten sieht man aus den Krankengeschichten von Epileptischen, dass während einer Schwangerschaft die Anfälle eher seltener werden. Das ist sogar in einer unrichtigen Verallgemeinerung in die Volksmeinung übergegangen und in München fragen zuweilen epileptische Mädchen oder ihre Mütter, ob es nicht gut für die Kranke wäre, wenn sie ein Kind bekäme. In anderen Fällen geht die Krankheit ihren gewöhnlichen Verlauf und selbst während der Geburt auftretende Anfälle erfordern einige Vorsicht, sind aber nicht bedrohlich. Ob eine gelegentliche Häufung der Anfälle während der Schwangerschaft durch diese bedingt wird, ist schwer zu beurteilen. Meist lässt sie sich eben so gut wie sonst durch grössere Gaben von Brom und Amylenhydrat bekämpfen. Einen lebensgefährlichen Zustand im Verlaufe der Epilepsie stellt der Status epilepticus dar, und hier allein könnte wohl eine Schwangerschaftsunterbrechung in Frage kommen. Die Raumbengung, welche eine vorgeschrittene Schwangerschaft bedingt, kann durch die Behinderung der Atmung in einem solchen Zustande das Leben gefährden. Praktisch ist mir bis jetzt kein solcher Fall bekannt geworden; manchmal scheint beim Status epilepticus ein Spontanabort oder eine Frühgeburt einzutreten.

Die Meinung Binswangers, dass man bei einer Häufung der Anfälle in der Gravidität, wenn gleichzeitig eine langdauernde Benommenheit und schwere psychische Störungen auftreten, wegen der Gefahr eines bleibenden geistigen Zerfalls eine Schwangerschaftsunterbrechung vornehmen müsse, halte ich nicht für genügend begründet. Es scheint mir in solchen Fällen der Zusammenhang zwischen Gravidität und Verschlimmerung der Epilepsie nicht erwiesen, und deswegen auch ein günstiger Einfluss einer Schwangerschaftsunterbrechung zweifelhaft.

Eine Krankheit, bei welcher die Frage einer Schwangerschaftsunterbrechung gar nicht so selten an uns herantritt, ja von den Angehörigen und der Kranken selbst zuweilen direkt angeregt wird, ist die Hysterie. Schwangerschaft erzeugt wohl an sich keine Hysterie, aber mit allen ihren Zusammenhängen ist sie zweifellos ein wichtiges psychogenes Moment, das schwere hysterische Zustände auslösen kann. Ein hysterisch veranlagtes Mädchen, das ausser der Ehe in andere Umstände gekommen ist, die Schande fürchtet, vor allerlei Sorgen um die Zukunft bangt, die verwöhnte, widerstandsunfähige Tochter aus guter Familie, der die Beschwerden der Schwangerschaft, die Qualen und Gefahren der Geburt als etwas unerträgliches, schreckliches vor Augen stehen, eine von neuem Schwangere, die eine besonders schwere Geburt hinter sich hat, sind gefährdet, eine Schwangerschaftshysterie zu erwerben. Hysterische Anfälle und Erregungen werden recht häufig durch aussereheliche Schwangerschaft ausgelöst und jedes Jahr sehen wir solche Kranke vielfach in der Klinik. Einen sehr charakteristischen Fall habe ich ausserhalb der Anstalt gesehen.

Ein Mädchen aus bürgerlicher Familie war schmählich betrogen worden, sie fürchtete die Schande und ging offenbar in ernster Ab-

sicht sich das Leben zu nehmen ins Wasser. Herausgeholt, bekam sie hysterische Krämpfe. Das Geständnis des Motives ihres Selbstmordversuches gab den Eltern Veranlassung zu heftigen Vorwürfen und Verwünschungen. Bei dem Mädchen folgte eine Reihe hysterischer Anfälle auf die andere, dazwischen zeigt es ein delirantes Verhalten, spricht von Windeln, dem Galgen, glaubt sich auf Stroh im Kerker, ganz als wäre ihr Gretchen im Faust ein Vorbild gewesen. Die Eltern weigern sich hartnäckig die Tochter in die Anstalt zu bringen, weil ihre Schande an den Tag käme. Zu Hause ging es wochenlang in gleicher Weise weiter. Dann wurden die Anfälle seltener. Inzwischen sind die Eltern zu einer ruhigeren Auffassung der Lage gekommen. Vom 5. Monat der Schwangerschaft ab tritt eine anhaltende Besserung ein. Das Mädchen gebar später auswärts und ist wenigstens mehrere Jahre ohne hysterische Erscheinungen geblieben.

Hier ist es vielleicht auch am Platze, einige Worte über das unstillbare Erbrechen der Schwangeren zu sagen, das ja in seinen ganz schweren Fällen eine allgemein anerkannte Indikation für eine Schwangerschaftsunterbrechung bildet. Gewiss hat die Hyperemesis gravidarum an und für sich nichts mit Hysterie zu tun. Aber mag man sie nun mit einer Reflexneurose erklären oder auf eine Intoxikation zurückführen, sicher ist, dass sie manchmal sehr von psychogenen Einflüssen abhängig ist. In einzelnen Fällen kann es offenbar eine ausschliesslich psychogene Erkrankung sein.

Bei einer jungen Frau, welche schon früher hysterische Symptome geboten hatte, trat in der ersten Schwangerschaft unstillbares Erbrechen ein. Die Kranke magerte in bedenklicher Weise ab. Bei der anamnestischen Erhebung ergab sich, dass eine Freundin von ihr durch unstillbares Erbrechen dem Tode nahegekommen war. Bei ihr selbst hatte sich schon wenige Tage nach dem Ausbleiben der Menstruation heftiges Erbrechen eingestellt und sie hatte schon damals behauptet, dass sie daran sterben müsse. Durch Isolierung von den überbesorgten Angehörigen, Beigabe einer verständigen Pflegerin und vernünftigen Zuspruch, gelang es, die Kranke nach einigen Rückfällen dahin zu bringen, dass sie Nahrung behielt und ihre Schwangerschaft glücklich beendete.

Zu der Hysterie oder zu den mannigfachen Formen psychopathischer Zustände und nicht zu den Depressionszuständen des manisch-depressiven Irreseins dürften jene Frauen gehören, die nach der Angabe Zweifels gelegentlich zu jedem Gynäkologen kommen und wegen nervöser Beschwerden oder auch unter dem Geständnis von Selbstmordgedanken, ihn um Unterbrechung der Schwangerschaft bestürmen, sich aber oft durch Vorstellungen zur Besonnenheit zurückbringen lassen. Es ist wohl kaum zu zweifeln, dass in solchen Fällen ein Abort auch die Beschwerden wegnehmen würde. Aber wir würden sicher solche Kranke zu Hysterischen erziehen und Schwangerschaftsneurosen wieder bei anderen züchten, wenn wir uns hier zu bereitwilligen Dienern der Wünsche der Kranken machen wollten.

Es ist gar nicht einzusehen, warum die Hysterie einen Anlass zur Schwangerschaftsunterbrechung geben sollte. Würde sich hier der Arzt verleiten lassen, einzugreifen, so würde er, ganz abgesehen davon, dass er sein Vorgehen in keiner Weise zu rechtfertigen vermöchte, der Volksgesundheit schaden, statt nützen.

Die 2 Fälle von Gravidität bei Imbezillität und die 3 bei Idiotie beweisen zunächst, dass keine Frauensperson so blöde im Geist und so abstossend am Körper sein kann, dass sie nicht der Gefahr, sexuell gemissbraucht zu werden, ausgesetzt wäre. Die Krankheit wird natürlich nicht durch die Schwangerschaft beeinflusst und zu einer Schwangerschaftsunterbrechung ist kein Grund vorhanden.

Dagegen geben diese Fälle Anlass, einen Gesichtspunkt zu besprechen, der auch schon bei Gelegenheit von Diskussionen über die Einleitung eines Abortes bei Geisteskranken berührt worden ist und sich auf alle Geistesstörungen bezieht. Man meint, das Leben der Frucht, das ja bei allen Schwangerschaftsunterbrechungen gegen das Leben der Mutter einzuschätzen ist, sei bei der Nachkommenschaft Geisteskranker geringer anzuschlagen, weil es sich um eine degenerierte, minderwertige Nachkommenschaft handle. Gewiss drängt sich jedem, der bei der Geburt einer solchen Schwachsinnigen als Helfer zur Seite gestanden hat, die Vorstellung auf, dass ihm die Menschheit dafür nicht zum Danke verpflichtet ist.

Aus gelegentlichen Besprechungen mit Kollegen ersehe ich, dass derartige Erwägungen zuweilen Anlass zu einem Ein-

griffe geben, wo ihn der Zustand der Mutter gewiss nicht rechtfertigt.

Einer solchen Stellungnahme gegenüber muss man aber wohl betonen, dass unsere Kenntnisse der Vererbungsgesetze noch viel zu lückenhaft sind, als dass sie uns Richtlinien für das ärztliche Handeln geben könnten.

Wir wissen zwar, dass die Kinder Geisteskranker in einem mehr oder minder hohen Grade disponiert sind, selbst geistig zu erkranken. Auf Umfrage habe ich auch von einigen Fällen erfahren, die in Irrenanstalten als Kinder Geisteskranker geboren, später selbst als Geisteskranke wieder dahin gekommen waren. Aber ob z. B. das Kind einer Manisch-depressiven, das während eines Krankheitsanfalles geboren wurde, in höherem Grade zur Erkrankung veranlagt ist, als ein Kind, das vor dem ersten Anfall zur Welt kam, darüber haben wir noch gar keine Erfahrung, auch darüber nicht, ob es nicht vielleicht später mit einem gesunden Manne gesunde Kinder erzeugen kann. Unsere Forschung hat sich bisher hauptsächlich der Richtung der Degeneration zugewandt. Dass es aber auch eine Regeneration, ein allmähliches Verschwinden krankhafter Veranlagung aus den Stammbäumen gibt und geben muss, weil sonst die Menschheit wohl schon völlig degeneriert wäre, das ist bis heute viel weniger verfolgt worden. Vielleicht wird uns die Zukunft hier klarer sehen lassen und dann auch andere Grundsätze zur Geltung bringen; heute würden wir ins Uferlose geraten, wenn wir uns für berechtigt hielten, die Minderwertigkeit der Nachkommen Geisteskranker in die Wagschale zu legen, wenn wir uns entschliessen müssen, ob eine Schwangerschaftsunterbrechung am Platze ist oder nicht.

Es erübrigt uns nur noch zwei Krankheitsformen kurz zu betrachten, die in enger und engster Beziehung zur Gravidität stehen und die beide häufig mit psychischen Störungen einhergehen, die *Chorea gravidarum* und die *Eklampsie*. Die *Chorea gravidarum* ist keine einheitliche Krankheit. Alle Formen von *Chorea*, die hysterische, die Huntington'sche, die rheumatische *Chorea* können auch in der Schwangerschaft auftreten. Da sie für die Mutter in einer ganz verschiedenen Weise gefährlich sind, spielen sie auch hinsichtlich der Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung eine ganz verschiedene Rolle. Die hysterische *Chorea* bietet nach dem oben Angeführten keinen Anlass zum Eingreifen, die seltene progressive, hereditäre *Chorea* ist eine an sich unheilbare Erkrankung; ich habe nirgends etwas darüber gefunden, dass sie durch eine Schwangerschaft ungünstig beeinflusst wird. Nicht wenige Fälle rheumatischer *Chorea* verschlimmern sich im Wochenbett nicht, ja sie heilen sogar unter zweckmässiger Therapie. Dagegen sieht man, dass in einzelnen Fällen eine früher schon einmal vorhandene *Chorea* in der Schwangerschaft wieder auftritt oder dass sie zum erstenmale in der Schwangerschaft zum Ausbruch kommt und unter rascher Ausbreitung der choreatischen Zuckungen auf alle Muskelgebiete, Auftreten schwerer Delirien, hohem Fieber bald einen bedrohlichen Charakter annimmt. Ich habe eine solche Kranke am fünften Tage zu Grunde gehen sehen. Die genaueren Beziehungen zwischen der *Chorea* und ihrer Verschlimmerung und dem Wochenbett sind noch unklar, es ist aber wohl kaum zu bezweifeln, dass Beziehungen vorhanden sind.

Nach unseren einleitenden Darlegungen würde in diesen schweren Fällen zweifellos eine Indikation für eine Schwangerschaftsunterbrechung gegeben sein, wenn sie die Mutter retten könnte. Die vorliegenden Statistiken leiden noch vielfach an dem Mangel, dass sie die verschiedenen Formen der *Chorea* nicht auseinanderhalten und die Schwere der einzelnen Fälle nicht deutlich erkennen lassen. Immerhin hat man den Eindruck, dass im allgemeinen die Schwangerschaftsunterbrechung einen günstigen Erfolg hat. So dürfte bei der *Chorea gravidarum*, wenn allgemeine Konvulsionen, bedenkliche Temperatursteigerungen und schwere delirante Zustände aufgetreten sind, eine Schwangerschaftsunterbrechung geboten sein. Wie aber schon v. Winckel hervorhebt, hilft sie in allen Fällen nicht. Unter den mir vorliegenden Krankengeschichten befindet sich ein Fall, bei welchem nach einer künstlichen Frühgeburt die choreatischen Symptome nicht nachliessen und zu-

dem eine puerperale Sepsis eintrat, die den Tod der Mutter herbeiführte; das Kind war gleich nach der Geburt gestorben.

Dass bei schweren eklamptischen Zuständen die Einleitung einer künstlichen Frühgeburt geboten ist, ist allgemein anerkannt. Hier haben wir es ja auch mit einer Krankheit zu tun, die mit der Schwangerschaft in engster ätiologischer Beziehung steht. In den meisten Fällen handelt es sich auch nur um eine Beschleunigung der Geburt. Doch gibt es seltene Fälle, in welchen die Eklampsie schon früher auftritt. Gerade wegen der Notwendigkeit eines eventuell raschen Eingreifens ist es geboten, bei allen Krampfzuständen während der Schwangerschaft an Eklampsie zu denken. Wir haben wiederholt in die psychiatrische Klinik hochschwangere Frauen mit der Diagnose Hysterie eingeliefert bekommen, die sich in schweren eklamptischen Zuständen befanden und wohl nur durch eine rasche Entbindung vom Tode gerettet wurden.

Schliesslich hätten wir noch auf eine Frage einzugehen, die sich gleichmässig auf alle Geisteskrankheiten bezieht, bei welchen wir eine Indikation für eine Schwangerschaftsunterbrechung als vorliegend erachtet haben und die sich ausserdem auf jene Psychosen ausdehnt, die im Puerperium entstanden sind.

Nämlich: Ist eine Schwangerschaftsunterbrechung bei einer zweiten Gravidität am Platze, wenn im Gefolge der vorausgegangenen Schwangerschaft eine lebensgefährliche Erkrankung, also eine schwere *Chorea*, eine Eklampsie mit Psychose auftrat, bei der die Mutter mit knapper Not mit dem Leben davon kam, oder wenn im Anschluss an das erste Wochenbett eine schwere Psychose aufgetreten war, die zwar in Heilung ausging, aber mit einem neuen Puerperium die Gefahr eines Rückfalls, sogar unheilbarer Verblödung bringen könnte? Die Frage ist keine theoretische, sie wird öfters an den Psychiater gestellt. Man kann darauf nur antworten, dass die Konstellationen der einzelnen Schwangerschaften so verschiedene sind, dass eine folgende die Gefahren einer früheren nicht notwendig zu bringen braucht und tatsächlich häufig nicht bringt. Für die *Chorea*, für die Eklampsie, auch für die Psychosen scheint das erwiesen. So ist es durchaus angebracht, abzuwarten, und seine Indikationen lediglich nach der vorliegenden Gravidität zu stellen.

Nicht selten macht man dann die Erfahrung, dass Angehörige und prakt. Aerzte bei irgend welchen in der Gravidität auftretenden nervösen Störungen von Bedenken erfüllt werden, ob nicht etwa die Fortdauer der Gravidität die Beschwerden verschlimmern und eine unheilbare Geisteskrankheit herbeiführen könne. Rein hysterische Symptome, Klagen psychopathischer Persönlichkeiten über nervöse Schmerzen, leichte Depressionszustände geben zu solchen Sorgen Veranlassung. So mangelhaft noch nach manchen Richtungen unsere klinischen Kenntnisse sind, das wird ein erfahrener Psychiater wohl in den meisten Fällen sicher entscheiden können, ob es sich um Anfangerscheinungen schwerer Krankheit oder um unbedenkliche Symptome handelt. Hier, wie überhaupt immer, wenn eine Schwangerschaftsunterbrechung wegen Geisteskrankheit in Frage kommt, sollte man nicht versäumen, den Rat eines Irrenarztes in Anspruch zu nehmen. Im allgemeinen werden diese Gefahren meist sehr überschätzt.

Damit hätten wir wohl die praktisch wichtigsten Formen der Geistesstörungen, bei welchen eine Schwangerschaftsunterbrechung in Frage kommen kann, besprochen. Möglicherweise sind dabei noch nicht alle die mannigfachen Umstände, welche die Praxis bringen kann, genügend berücksichtigt worden.

Die Indikationen sind etwas enger gezogen, als sie Jolly gezogen hat und als es heute manche Kollegen tun. Wenn unsere Patienten oder ihre Angehörigen mit Klagen und Wünschen an uns herantreten, dann ist es nötig, dass wir diesen bestimmte Grundsätze entgegenstellen können.

Ich glaube, dass allein die oben dargelegten sich aus unseren heutigen klinischen Erfahrungen ableiten lassen.