III. Aus der Nervenabtheilung des ersten Moskauer Stadtkrankenhauses.

Ueber Polyneuritis puerperalis.²⁾

Von Dr. M. A. Lunz, Ordinator.

Während die Puerperalpsychosen ihrer Häufigkeit wegen in der Litteratur vielfach bearbeitet und discutirt worden sind, gehört eine andere Affection des Nervensystems, die multiple Entzündung der Nerven, wie es scheint, zu den seltenen Vorkommnissen im Puerperium. P. J. Möbius gebührt das Verdienst, auf diese Affection zuerst die Aufmerksamkeit gelenkt zu haben.

Er theilte im Jahre 1887 sieben Beobachtungen³⁾ mit, wo nach der Entbindung infolge Wochenbeterkrankungen Entzündungen der peripheren Nerven, hauptsächlich die Endäste der N. ulnares, mediani oder beider zugleich, entstanden. Merkwürdigerweise finden wir in den nächstfolgenden Jahren in der Litteratur sehr spärliche Veröffentlichungen über die puerperale Polyneuritis seitens anderer Autoren, und Möbius ist es wiederum, der diese Form der Nervenentzündungen durch weitere Beobachtungen ergänzt. 1890⁴⁾ veröffentlichte derselbe noch einen Fall von Neuritis puerperalis, die in einem, wie es scheint, normalen, fieberfreien Puerperium eintrat und vor den früheren Fällen sich dadurch auszeichnete, dass nach den oberen Extremitäten die unteren afficirt wurden. Bei dieser Gelegenheit betonte der Verfasser wieder die charakteristische initiale Lokalisation dieser Entzündung in den Nerven der Oberextremitäten, hauptsächlich im Ulnaris und Medianus; im späteren Verlaufe können sich alle Neuritisformen generalisiren und dasselbe Bild darbieten. In ätiologischer Hinsicht glaubt Möbius nicht eine puerperale Infection ohne weiteres verantwortlich machen zu sollen, da in diesem Falle das Wochenbett völlig fieberfrei war. Er spricht sich für die Möglichkeit der Erzeugung des Giftes im Körper selbst aus, wofür die von anderen Autoren beschriebenen, während der Gravidität vorkommenden Neuritiden sprechen.

Die letzten Mittheilungen über diesen Gegenstand machte Möbius⁵⁾ im Jahre 1892. Er berichtet über zwei Fälle, wo die Nervenentzündung augenscheinlich nach puerperalen fieberhaften Erkrankungen eintrat und im ersten Falle mit Schmerzen der linken Wade begann und später Reissen in den Oberarmen eintrat, welche mit einer Parese und Entartungsreaction im Flexor pollicis longus endete. Der zweite Fall stellte eine Neuritis Nervi ulnaris sinistri dar.

Ausser den Möbius'schen Arbeiten konnten wir in der Litteratur nur folgende Veröffentlichungen über Neuritis puerperalis auffinden. André Tuillant,⁶⁾ ein Schüler von Déjerine, veröffentlichte in seiner Dissertation drei Beobachtungen und unterscheidet zwei Typen der puerperalen Nervenentzündung: „Den Arm- und Beintypus“, beim letzteren ist das Peroneusgebiet besonders betroffen. Von den drei Beobachtungen betrafen zwei den Beintypus und eine den Armtypus. Im selben Jahre berichtet Mader⁷⁾ über einen Fall von Polyneuritis nach einer Entbindung mit normalem Verlaufe. Die Nervenentzündung war am meisten in den unteren Extremitäten ausgeprägt mit Atrophie und Entartungsreaction verbunden, während in den Armen nur Schwäche und Unsicherheit bestanden; gleichzeitig bestand auch Verwirrung des Sensoriums. Heilung nach drei Monaten. Hier sehen wir schon die Nervenentzündungen im Puerperium, combinirt mit psychischen Störungen.

Eine solche Combination stellen auch die interessanten Fälle Korsakoff's dar, die in seiner Arbeit „Ueber psychische Störungen bei multipler Neuritis“⁸⁾ beschrieben sind. Im ersten Falle traten bei einer 28jährigen Frau am Ende der Gravidität Oedem der Füße, Schmerzen

²⁾ Vorgetragen in der Gesellschaft der Neurologen und Psychiater an der Universität zu Moskau.

³⁾ Münch. med. Wochenschr. 1887, No. 9.

⁴⁾ Münch. med. Wochenschr. 1890, No. 14.

⁵⁾ Münch. med. Wochenschr. 1892, No. 45.

⁶⁾ De la névrite puerpérale. Thèse de Paris, No. 252, 1881.

⁷⁾ Ueber Polyneuritis. Bericht der Krankenanstalt „Rudolfstiftung“ in Wien, 1891.

⁸⁾ Archiv f. Psychiatrie Bd. XXI, Heft III.

im Kreuze und in Bereiche beider Nervi ischiadici, ein; es wurde ein todtcs, nicht ausgetragenes, halb verwestes Kind geboren; das Wochenbett verlief trotzdem fieberfrei. Nach der Geburt traten Schmerzen im Kreuz und in den Beinen. Panophobie, Verwirrtheit, Aufregung ein, es entwickelte sich Parese der unteren Extremitäten, hauptsächlich der Adductoren, zugleich waren Schmerzen und Parästhesien in den unteren Extremitäten, Verstopfung und Urinverhaltung vorhanden. Die Parese der unteren Extremitäten progressierte und verbreitete sich auf die oberen Extremitäten, wo die Extensoren und Interossei am meisten afficirt wurden, zugleich trat auch eine Parese der Rücken- und Bauchmuskeln ein; endlich kamen Schmerzen im Bereiche des N. trigeminus, Zuckungen in den Extremitäten und im Gesicht, Schluckbeschwerden und Sprachstörungen.

Der zweite Fall betraf eine 22-jährige Frau, bei welcher infolge der zurückgebliebenen Placenta pyämisches Fieber und Parametritis eintrat. Nach einiger Zeit zeigten sich psychische Störungen: Verworrenheit, Hallucinationen, Delirien, Gedächtnisstörungen; zugleich entwickelten sich auch Neuritiden in den unteren und oberen Extremitäten, Diplopie, Störung der Herzthätigkeit und Urinverhaltung.

Sehr interessant ist auch der Fall Whitfield¹⁾. Eine 40-jährige Frau litt während der siebenten Schwangerschaft an starkem Erbrechen. Am Ende der Gravidität entwickelten sich Neuritiden in den unteren Extremitäten, welche später auf die oberen sich verbreiteten, dieselben hielten auch einige Zeit nach der Geburt an.

Zur Ergänzung der Litteratur führen wir noch zwei Fälle an, welche als Puerperalneuritis beschrieben wurden, wo aber das Wochenbett, meiner Meinung nach, durchaus nicht das Hauptmoment in der Aetiologie ausmachte. In einem Falle von Desnos, Joffroy und Pinard²⁾ entwickelte sich bei einer 30-jährigen Frau, die durch zwei frühere Geburten und durch eine hämorrhagische Metritis sehr geschwächt war, in der dritten Gravidität unaufhörliches Erbrechen. Im vierten Monat der Schwangerschaft entwickelte sich Muskelatrophie der unteren, später der oberen Extremitäten ohne gleichzeitige Sensibilitätsstörung und Entartungsreaction, es traten dann Schwäche des Gedächtnisses und der Auffassung ein. Nach künstlicher Geburt besserten sich allmählich alle Symptome. In diesem Falle spielt natürlich die Hauptrolle nicht die Gravidität, sondern die allgemeine Cachexie, ausserdem bleibt unaufgeklärt, welchen Charakter die erwähnten Atrophien hatten. In einem anderen Falle von S. und J. Sottas³⁾ entwickelten sich bei einer 30-jährigen Frau nach der Geburt Neuritiden der unteren und oberen Extremitäten, welche von Paralyse, Sensibilitätsstörungen, Urinbeschwerden und Atrophien begleitet waren. Da aber in diesem Falle auch floride Phthisis vorhanden war, so können diese Nervenentzündungen nicht als unbedingt puerperale angenommen werden.

Wenn wir diese letzten Fälle streichen, bleiben im ganzen nur 17 Fälle, wo Polyneuritis kurz nach der Geburt eintrat und keine anderen ätiologischen Momente als Ursache der Krankheit, anzuführen waren. Schon diese kleine Zahl an und für sich stellt an uns die Forderung, eine jede neue Beobachtung von Polyneuritis puerperalis zu veröffentlichen. Ausserdem bietet der von mir beobachtete Fall manche besondere Eigenheiten dar, welche denselben vor den bis jetzt publicirten Fällen auszeichnen. Ich erlaube mir daher, denselben in Kürze mitzutheilen:

Claudia Kontorskaja, 24 Jahre alt, stammt aus gesunder Familie, nicht neuropathisch belastet, kein abus spirituosorum, nie an Lues gelitten; seit 1½ Jahren verheirathet; am 5. November ein schwächliches Kind zur Welt gebracht, welches nach zwei Wochen am Soor starb. Geburt vollständig normal, das Wochenbett fieberfrei und ohne jegliches Unwohlsein. Am neunten Tage stand Patientin auf; 1½ Wochen nach der Geburt fühlte sie einigen Schmerz in den Genitalien und zog Dr. Solodownikoff zu Rathe, der, wie er mir persönlich mittheilte, bei der Untersuchung nichts besonderes vorfand, ausser einem kleinen Dammriss, welcher der Vernarbung entgegenging und dem er auch den Schmerz zuschrieb. Er verordnete desinficirende Injectionen mit Acidum carbolicum, und nach 3–4 Tagen fühlte sich Patientin wieder ganz wohl. Ende November zeigten sich ödematöse Anschwellungen im Gesicht und an den Extremitäten, welche Dr. Solodownikoff als Folge der Anämie betrachtete und Eisen verordnete.

Nach 1½ Wochen, Anfang December waren die Oedeme geschwunden. Zur selben Zeit ungefähr stellten sich Schluckbeschwerden ein, häufiges Verschlucken; gleich darauf Diplopie; oft Kopfschwindel. Nach zwei bis drei Tagen begann ein Taubwerden in der rechten Hand, von den Fingern an, später in der linken Hand und Arm, und nach einigen Tagen fingen auch die unteren Extremitäten an, taub zu werden. Das Schlucken wurde immer beschwerlicher, das Verschlucken häufiger, oft regurgitirte die Flüssigkeit durch die Nase. Patientin befand sich im December bei Dr. Solodownikoff in Behandlung, später bei Dr. Strauch, dessen Freundlichkeit ich diesen Fall verdanke. Am 28. December sah ich sie zum ersten male, und am 29. December trat sie in meine Abtheilung in's erste Moskauer Krankenhaus.

Status praesens: Puls normal, anämisches Aussehen; Pupillen normal, reagiren prompt; Sehkraft und Sehfeld normal; Augenhintergrund (untereucht von Dr. Prawossud) zeigt nichts abnormes. Patientin klagt über häufiges Doppelsehen; bei Untersuchung der Augenbewegungen fällt nichts besonderes auf, ausgenommen dass hier und da beim Rollen der Augen

nach links das linke Auge etwas zurückbleibt. Bei der Untersuchung der Augen mit farbigen Gläsern konnte eine Insufficienz beider Nervi abducens festgestellt werden. — Leichte Parese aller Zweige des linken Facialis, welche in den oberen Aesten mehr hervorsticht als in den unteren, leichte Parese der unteren Zweige des einen Facialis dexter. Zunge weicht beim Herausstrecken nach links ab. Gaumensegel hängt etwas herab, hebt sich bei Phonation schwach; das Schlucken erschwert, selten kommt Regurgitiren der Flüssigkeit durch die Nase zustande, oft Verschlucken. Oberextremitäten stark paretisch; rechte Schulter kann nur etwas gehoben werden, linke noch weniger; Beugung und Streckung der Unterarme erhalten; Finger flectirt, vollständige Extension derselben unmöglich, beim Versuche dieselbe auszuführen bildet die linke Hand die sogenannte „main en griffe“ (Klauenhand); Flexion der Finger wohl möglich, aber schwach, am Dynamometer kann der Zeiger von der Patientin nicht in Bewegung gebracht werden. Die unteren Extremitäten leicht paretisch; alle Bewegungen werden ausgeführt, aber ungenügend; steht mühevoll, nur unterstützt; geht nur einige Schritte mit Unterstützung und grosser Mühe. Druck auf die Nerven und Muskeln der oberen und unteren Extremitäten ist schmerzhaft. Ueber spontane Schmerzen wird nicht geklagt, nur über Gefühl von häufigem Kribbeln und Taubwerden, hauptsächlich in den Fingern und in den Zehen. Bei Untersuchung der Sensibilität ist nur eine kleine Abschwächung aller Sinnesarten: Tast-, Schmerz- und Temperatursinn, wahrzunehmen. Dagegen ist der Muskelsinn in den Extremitäten deutlich herabgesetzt; Patientin kann häufig von der passiven Lage ihrer Extremitäten keinen richtigen Begriff erlangen. Sehnenreflexe an den oberen Extremitäten erhalten, ausser den Tricepsreflexen, die geschwunden sind; an den Beugern und Streckern der Unterarme sind die Sehnenreflexe sogar etwas gesteigert. Patellarreflexe beiderseits vollständig aufgehoben. Elektrische Erregbarkeit, faradische und galvanische, nicht aufgehoben, aber stark herabgesetzt, was hauptsächlich in den unteren Extremitäten zu Tage tritt. Keine qualitativen Veränderungen. Blasen- und Darmfunctionen normal, seitens der inneren Organe nichts abnormes.

Der Verlauf war in Kürze folgender: Zwei Wochen (bis zum 13. bis 14. Januar) schritt die Krankheit allmählich fort, das Schlucken wurde immer beschwerlicher, so dass die Ernährung der Patientin per os, zwei, drei Tage vollständig unmöglich war. Zugleich traten Anfälle von Athembeschwerden ein, welche übrigens keinen sehr hohen Grad erreichten. Die Expiration war erschwert; Patientin konnte nicht genügend den Schleim herausbefördern, welcher sich reichlich in den Luftröhren anhäufte. Der Puls war beschleunigt, häufig arhythmisch. Die Lähmung der unteren Extremitäten verschlimmerte sich. Von Mitte Januar an blieb der Process einerseits stehen, und es trat Besserung ein: die Anfälle von Athembeschwerden verschwanden, das Schlucken besserte sich allmählich, ebenfalls die Diplopie; die Bewegung der oberen Extremitäten besserte sich auch allmählich; dagegen schreitet die Parese der unteren Extremitäten immer vorwärts, wobei zugleich auch die elektrische Erregbarkeit immer progressiv schwächer wird, so dass zum 28. Januar die Bewegung der unteren Extremitäten, ausgenommen eine unbedeutende Adduction, vollständig aufgehoben war. Bei der elektrischen Untersuchung können mit Hilfe der stärksten faradischen und galvanischen Ströme nur leichte Zuckungen hervorgerufen werden. Alteration der Zuckungsformel ist auch jetzt nicht zu constatiren. — Von dieser Zeit ab ist jedoch ein Rückgang des Processes auch in den unteren Extremitäten eingetreten, und augenblicklich ist Patientin fast vollständig hergestellt.

Die Behandlung bestand in einer allgemeinen Kräftigung, es wurde Ferrum, Arsenik verabreicht, später wurden Elektrizität und Salzäder angewandt.

Die Diagnose bot in unserem Falle keine grossen Schwierigkeiten dar. Es konnte kaum an ein Cerebralleiden (Thrombosis oder Embolia pontis) gedacht werden, da schon der allmähliche Beginn und weitere Verlauf der Krankheit, das Freibleiben des Sensoriums, das Verhalten der Sehnenreflexe etc. dagegen sprach. Eher konnte es noch einigen Zweifel erregen, ob wir nicht eine subacuta Polio-myelitis und Polioencephalitis vor uns hatten, aber auch bei der letzten Krankheit wäre der Beginn viel plötzlicher gewesen, die elektrische Erregbarkeit würde mehr darunter gelitten, die Muskelatrophie würde sich schneller und intensiver entwickelt haben, ausserdem war die Affection der Muskeln gruppenweise ausgedrückt, entsprechend der Vertheilung der peripherischen Nerven, was deutlich für eine Polyneuritis sprach.

Viel interessanter und wichtiger ist hier die Frage, welcher Natur die Polyneuritis sei; ist hier das Puerperium das einzige ätiologische Moment der Polyneuritis, oder müssen wir nach einer anderen Ursache suchen, welche die Entzündung der Nerven hervorgerufen konnte? In dieser Hinsicht kann das Krankheitsbild, die Reihenfolge, in welcher die Nerven afficirt werden, die Prädisposition einzelner Nerven zu diesem oder jenem Gifte maassgebend sein. In unserem Falle musste die auffallende Aehnlichkeit mit einer Diphtheritislähmung von vornherein in's Auge fallen. Der Beginn des Leidens mit der Lähmung des Gaumens und der Augen und die darauf folgende progressive Lähmung der Extremitäten sind, wie bekannt, die charakteristischen und häufigsten Begleiter der Diphtheritis. In dieser Richtung wurden von uns genaue Untersuchungen und Nachforschungen unternommen. Bei genauestem Ausfragen der Patientin und ihrer nächsten Umgebung wurde eine jede Affection des Rachens in der ganzen Zeit während, nach und vor der Geburt in Abrede gestellt. Die Herren

¹⁾ Lancet 1, 13, 1889.

²⁾ Bull. de l'Acad. 37, XXI, 2, S. 44, 1889.

³⁾ Note sur un cas de paralysie puerpérale généralisée (polyneurite puerpérale Gaz. des Hôpit. 1892, 27 Octobre.

Collegen Dr. Solodownikoff und Dr. Strauch, welche die Patientin in Beobachtung hatten, sprachen sich entschieden gegen jede Möglichkeit einer diphtheritischen Affection des Rachens oder der Genitalien aus. Andererseits müssen wir betonen, dass wenn auch in vieler Hinsicht die Lähmungen in unserem Falle einer diphtheritischen ähnlich waren, sie doch manche Merkmale darbieten, die nach Diphtheritis höchst selten beobachtet werden; so z. B. ist eine Lähmung der Faciales nach Diphtheritis eine grosse Seltenheit. Noch seltener trifft man eine Lähmung der Hypoglossi; so erzählt z. B. Gowers nur von einem einzigen Falle, wo er eine Abweichung der Zunge nach einer Seite beobachtete. Bei Lähmung der Extremitäten tritt meistens dieselbe zuerst in den unteren und erst später in den oberen Extremitäten auf. Aber gleichviel, in unserem Falle konnte, wie schon erwähnt, eine vorgegangene diphtheritische Affection nicht ausfindig gemacht werden. Boissarie¹⁾ berichtet zwar von diphtheritischen Lähmungen ohne Rachenaffectio oder mit nachfolgender Rachenaffectio, aber dieselben wurden in einem bestimmten Districte von Paris beobachtet, wo eine heftige Diphtheritisepidemie herrschte, wo also Diphtheritiskeime sehr leicht in den Kreislauf gelangen konnten; in unserem Falle aber war von keinen Diphtheritisfällen in der Umgebung der Patientin die Rede. Wenn wir weiterhinzufragen, dass Alkoholismus, Lues, Arsenik-, Bleivergiftung und Infectiouskrankheiten in unserem Falle als ätiologische Momente vollständig ausgeschlossen werden können, so müssen wir das Puerperium hier als einziges ursächliches Moment ansehen. Nun fragt es sich: stimmt unser Krankheitsbild mit dem bis jetzt beschriebenen Typus der puerperalen Polyneuritis? Diese Frage kann folgendermassen beantwortet werden: die Zahl der bis jetzt beschriebenen puerperalen Polyneuritiden ist noch zu gering, als dass von einem ausgesprochenen Typus die Rede sein könnte. Möbius wollte bei der Beschreibung seiner ersten sieben Fälle folgende Regeln aufstellen: zuerst werden die Endäste des Nervus ulnaris oder medianus oder beide zugleich afficirt, zuweilen an beiden Händen, häufiger nur an der mehr gebrauchten rechten; aber in seinen weiteren Publicationen berichtet er selbst über Fälle, in welchen die neuritischen Symptome von den unteren Extremitäten begannen. Tuillant stellt schon zwei Typen auf: Arm- und Beintypus. Bei Mader war hauptsächlich die Affection der Beine ausgedrückt. Bei Korsakoff²⁾ finden wir generalisirte Lähmungen der oberen und unteren Extremitäten, des Trigemini, Diplopie und Schluckbeschwerden. Wir sehen also, dass der Typus der puerperalen Polyneuritis noch keineswegs festgestellt ist, und unzweifelhaft kommen dabei generalisirte Lähmungen vor. Derselbe wird nur dann als endgültig angesehen werden können, wenn das Material der veröffentlichten Fälle viel ergiebiger sein wird als augenblicklich.

Wir gehen jetzt zu der interessanten Frage über: welches ist die Natur und Ursache der puerperalen Nervenlähmungen; gehören dieselben in das Bereich der infectiösen Lähmungen oder nicht? mit anderen Worten: ist die Polyneuritis puerperalis die Folge eines pathologischen Puerperiums, oder kann sie auch nach physiologischen, normalen Geburten beobachtet werden? Allerdings kann von einer Beantwortung dieser Frage auf Grund der publicirten Fälle von Polyneuritis kaum die Rede sein; die Zahl ist, wie schon oben erwähnt, zu klein, um irgend welche Endschlüsse zu machen. Von den veröffentlichten Fällen sind einige, wo wir ein scheinbar normales, fieberfreies Wochenbett verzeichnet finden; zu diesen gehört auch unser Fall.

Wir können einen Versuch zur Entscheidung dieser Frage nur machen, wenn wir zu einer Analogie mit anderen, das Wochenbett complicirenden Affectionen des Nervensystems greifen und nachsehen, wie jene Affectionen mit dem Puerperium in Verbindung stehen. Zu allererst wollen wir der puerperalen Bradycardie gedenken. Wie bekannt, ist von Blot und sehr vielen anderen Beobachtern die Thatsache festgestellt worden, dass bei vollständig gesunden Wöchnerinnen mehr oder weniger bedeutende Pulsverlangsamung beobachtet wird, dieselbe beträgt 44–60 Schläge in der Minute. Die allgemeine Auffassung geht deshalb dahin, dass dieses Phänomen keineswegs ein pathologisches ist, sondern ausschliesslich dem günstigen Verlaufe des Wochenbettes entspricht. Diese Erscheinung beruht jedenfalls auf einer Innervationsstörung des Herzens, welche vom Vagus oder Sympathicus ausgeht. Die Ursache dieser Bradycardie ist von verschiedenen Autoren vielfältig erklärt worden: Vermehrung der arteriellen Spannung und des Blutdruckes (Blot, Hemey, Marey), Resorption des Fettes des degenerirten Uterus (Olshausen, Rassmann); Reizung der Nerven der Gebärmutter, infolge des Rückbildungsprocesses derselben, welche auf den Vagus mittelbar übergeht (Löhlein), nervöse Einflüsse, geistige und körperliche Ruhe u. s. w. Mit einem Worte,

wir sehen daraus, dass auch im normalen Wochenbett eine ganze Reihe wichtiger Einflüsse vorhanden sind, welche auf das Nervensystem unmittelbar oder reflectorisch wirken können.

Mit einer anderen nervösen Affection, die nach dem Wochenbett beobachtet wird, der Aphasie, welche von manchen Autoren beschrieben worden ist (Poupon,¹⁾ Bateman²⁾ u. a.), werden wir uns nicht lange aufhalten, da dieselbe meistens von Embolie und Thrombose und Hämorrhagien abhängt, die von früheren Erkrankungen des Gefässsystems herrühren, oder einer infectiösen Geburt verdankt, keineswegs aber Complication einer normalen Geburt sein kann.

Dagegen muss unsere Aufmerksamkeit sich auf eine häufig beobachtete und viel beschriebene Affection des Nervensystems richten, nämlich auf die puerperalen Psychosen. Die Ursachen dieser Geisteskrankheiten wurden früher in psychischen Affectionen gesucht, welche die Geburt mit den damit verbundenen Sorgen, Schmerz und Furcht mit sich bringt. Dabei wurden noch andere gleichzeitig vorhandene Momente berücksichtigt wie: Einfluss der hereditären und in individuellen Disposition, Circulationsstörungen, Ernährungsstörungen und Erschöpfung, welche die Schwangerschaft und Geburt häufig nach sich zieht.

In den letzten Jahren werden von den meisten Autoren die Geisteskrankheiten bei Wöchnerinnen als Folgen der Wochenbeterkrankung betrachtet. So z. B. fand Hansen³⁾ unter 49 Fällen bei 42 in den ersten Wochen (vier bis sechs) nach der Geburt somatische Symptome puerperaler Infection. In den übrigen sieben Fällen fand sich bei fünf eine acute Infectiouskrankheit, floride Phthisis. Er behauptet, dass der Name puerperale Geistesstörung nur auf solche Psychosen beschränkt werden muss, die mit puerperaler Infection in Verbindung stehen. Wie bei anderen Frauen, so können ja auch bei Wöchnerinnen Geistesstörungen durch andere Ursachen: psychische Affecte, Epilepsie, Alkoholismus etc. entstehen, die nur eine zufällige Verbindung mit dem Puerperium aufweisen. Tritt in den ersten Wochen des Puerperiums eine Psychose in Form einer acuten hallucinatorischen Verworrenheit auf, ohne dass sich eine andere, nicht puerperale, acute Infectiouskrankheit findet und ohne dass Eclampsie vorausgegangen ist, so liegt eine puerperale Infection vor, selbst wenn Fieber und andere somatische Symptome nicht nachweisbar sind. Unter den zwölf Verstorbenen war die puerperale Infection bei sieben erst nach dem Tode constatirt worden (Endometritis etc.). In ähnlicher Weise spricht sich Cramer⁴⁾ aus, gestützt auf neun Beobachtungen, wo immer Fieber und Symptome seitens der Genitalien vorhanden waren. Olshausen⁵⁾ machte die Erfahrung, dass die acuten puerperalen Psychosen in erster Reihe der puerperalen Pyämie und Endocarditis ulcerosa folgen, seltener der sogenannten Septikämie (lymphatische Form der Peritonitis). Als einziger Vertheidiger der früheren Meinung, welche dem erregenden Momente im Puerperium die Hauptrolle zuschreibt, ist in den letzten Jahren Adam H. Wright⁶⁾ aufgetreten, welcher auf Grund zehnjähriger Erfahrung sich überzeugt hat, dass rein nervöse Ursachen im Puerperium recht erhebliche Störungen, sogar Temperatursteigerung, hervorrufen können. Er bestärkt diese Ansicht durch Anführung einer Reihe von Beobachtungen.

Aus den in Kürze dargelegten Ansichten über die Ursache nervöser Störungen im Wochenbett nach der Geburt ersehen wir, dass die puerperale Infection hier jedenfalls die Haupt- und wesentlichste Rolle spielt. Trotzdem müssen wir gestehen, dass noch ausserdem eine ganze Reihe von Momenten vorhanden sind, welche das Nervensystem beeinträchtigen können, wie psychische Affecte, Aerger, Schreck, schmerzhaft empfindungen, Trauma, Circulationsstörungen, Resorption von Producten der regressiven Metamorphose, reflectorischer Reiz aus dem Uterus hervorgehend u. s. w.

Wir glauben also das Richtige zu treffen, wenn wir folgende Gruppen der Polyneuritis nach der Geburt annehmen.

1. Der grösste Theil der Polyneuritis puerperalis hängt unmittelbar von örtlichen Infectionen ab und gehört folglich zu den pyämischen und septischen Polyneuritiden.
2. Die zweite Gruppe der Polyneuritiden, welche nach der Geburt und während der Schwangerschaft beobachtet werden,

¹⁾ Poupon, Des aphasies puerpérales. L'encéphale 1885, No. 4.

²⁾ F. Bateman, On puerperal Aphasia. The Brit. med. Journ. 1888, Feb. 4, S. 237.

³⁾ Th. B. Hansen, Ueber das Verhältniss zwischen der puerperalen Geisteskrankheit und der puerperalen Infection. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie.

⁴⁾ Cramer, Prager med. Wochenschr. 1889, No. 45 und 46.

⁵⁾ Olshausen, Beitrag zu den puerperalen Psychosen, speciell den nach Eclampsie auftretenden. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie XXI.

⁶⁾ Adam H. Wright. The emotional element in the puerperal period. The journal of nerv. and ment. diseases 1891, May.

¹⁾ Gaz. hebdomadaire. 1891. No. 20 und 21.

²⁾ l. c.

müssen als cachektische Polyneuritiden angesehen werden, wie z. B. in denjenigen Fällen, wo die Schwangerschaft von bedeutenden Ernährungsstörungen begleitet waren, infolge unaufhörlichen Erbrechens, vollständiger Appetitlosigkeit, wo nach der Geburt immense Blutungen vorhanden waren u. s. w.

3. Wir glauben auch annehmen zu dürfen, dass nach der Geburt solche Polyneuritiden beobachtet werden, wo weder die örtliche Infection noch die Cachexie als ätiologische Momente aufzuweisen sind. In diesen Fällen ist die Geburt als prädisponirendes Moment für das Eindringen der Erreger der Nervenentzündung von aussen anzusehen. Hier kommt in Betracht die allgemeine Anämie und psychische Affecte, die bei der Schwangerschaft und Geburt die Erschöpfung des Nervensystems hervorrufen; ausserdem vielleicht auch die Ueberladung des Blutes mit Toxinen infolge von Resorption von Producten der regressiven Metamorphose.

Wir sehen also daraus, dass von einem einheitlichen Typus der im Puerperium vorkommenden Polyneuritiden kaum die Rede sein kann. Es werden vielleicht mit der Zeit bei Anhäufung des Materials sich besondere drei Typen, entsprechend den oben erwähnten Gruppen, aufstellen lassen. Von den bis jetzt in der Litteratur veröffentlichten puerperalen Polyneuritiden lässt sich nur sagen, dass in sehr vielen in mancher Hinsicht die Aehnlichkeit mit diphtheritischen Lähmungen ins Auge fällt. Bei diesen wie bei jenen Affectionen ist die Lähmung keineswegs der Intensität der vorhergegangenen Krankheit proportional. Wie nach einer leichten, anscheinend harmlosen Rachendiphtheritis häufig ausge dehnte lebensgefährliche Lähmungen eintreten, so kann auch eine unbedeutende Infection bei der Geburt, welche scheinbar normal verläuft, schwere Complicationen seitens der psychischen und nervösen Sphäre hervorrufen. Die puerperale Polyneuritis schreitet wie die diphtheritische von der Peripherie zum Centrum. Die Motilitätsstörungen sind bei diesen wie auch bei jenen viel bedeutender ausgeprägt als die der Sensibilität. Die Muskelatrophie tritt bei beiden selten ein. In meinem Falle tritt die Aehnlichkeit mit diphtheritischen Lähmungen noch deutlicher hervor. Ich glaube, dass die Polyneuritis in der Puerperalperiode viel häufiger vorkommt, als es aus der Litteratur ersichtlich ist. Leichte Fälle von Nervenentzündung werden wahrscheinlich häufig übersehen, hauptsächlich wenn sie von Psychosen begleitet sind. Durch Mitwirkung der Gynäkologen und Psychiater kann diese Frage bei weiterer Bearbeitung eine feste Basis gewinnen.