

V.

**Untersuchungen über Irresein zur Zeit
der Menstruation.**

Ein klinischer Beitrag zur Lehre vom periodischen Irresein

von

Prof. v. Krafft-Ebing.

Hierzu Taf. III.



Eine klinisch interessante Erscheinung ist die typische Wiederkehr acuter Geistesstörung zur Zeit der Menstruationstermine. Die eine solche typische Verknüpfung mit periodisch sich wiederholenden physiologischen Vorgängen bietenden Krankheitsfälle stellen die reinste Form innerhalb der einer monographischen Bearbeitung noch entbehrenden *Vesania periodica* dar.

In der älteren Literatur und Casuistik habe ich nur vereinzelte Andeutungen über dieses menstruale Irresein gefunden.

In Henke's Zeitschrift 1839 Heft I, p. 117 wird der Fall einer früher gesunden Frau ohne erbliche Anlage erwähnt, die nach einer schweren Geburt, welche offenbar ein Uterinleiden zurückgelassen hatte, mit der Wiederkehr der Menses regelmässig in eine acute Melancholie mit ängstlichen Erwartungsaffecten verfiel, die sich mit dem Aufhören der Menses sofort löste.

Ein ähnlicher Fall von nicht geringem forensischem Interesse findet sich in Hitzig's Zeitschrift f. Criminalrechtspflege 1827 Juli u. Aug. Eine Mutter tödtete ihr Kind, indem sie es in's Wasser warf. Niemand ahnte einen unfreien Zustand zur Zeit der That. Die unglückliche Mutter war derselben geständig und wurde zur Hinrichtung verurtheilt. Kurz vor dieser theilte sie einer Mitgefangenen mit, sie habe sich geschämt dem Richter zu sagen, dass sie zur Zeit der That ihre

Menses gehabt habe, eine Zeit, zu welcher sie regelmässig von einer ihr unerklärlichen inneren Angst und Unruhe gequält werde und an Lebensüberdruß leide. Die Vollstreckung des Urtheils wurde suspendirt, die Thäterin während mehrerer Menstruationstermine ärztlich beobachtet, wobei sich ergab, dass sie zu dieser Zeit jeweils an Schlaflosigkeit, Kopfweg, Bangigkeit, Taedium vitae, Congestionen zum Kopf, Pulsbeschleunigung bis zu 130 Schlägen und allen Erscheinungen einer tiefen Melancholie litt. Die Unglückliche wurde freigesprochen.

Schlager in seiner werthvollen Untersuchung über die Bedeutung des Menstrualprocesses für die Entwicklung und den Verlauf der psychischen Störungen (Aerztl. Bericht der Wien. Irrenanstalt 1858 pag. 140 u. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie 1858 pag. 457) hat unter 100 weiblichen Irren 3 gefunden, bei welchen nach dem Ablauf einer durch „Alkoholintoxication“ verursachten acuten Tobsucht mit Erscheinungen von Hirncongestion, und nachdem seit 10—18 Tagen der Paroxysmus vorüber war, ohne allen Anlass, mit dem Eintritt der Menses, die Symptome des Paroxysmus (Tobsucht, Congestion, Hallucinationen) sich wieder einstellten und nach Aufhören der Menses rasch zurücktraten. Bei sieben weiteren, durch zufällige Momente an Tobsucht erkrankt Gewesenen, regelmässig menstruirten, traten während einer 6—9 monatlichen Beobachtung regelmässig, nach ganz ruhigen Zwischenzeiten, mit dem Wiederbeginn der Menses oder 1—2 Tage vorher die Erscheinungen einer Manie auf und gingen mit dem Aufhören der Menses regelmässig wieder zurück.

Bei allen Fällen waren Fluxionen zum Gehirn einleitende oder begleitende Erscheinungen. Die Herz- und Gefästhätigkeit war gesteigert, meist auch sexuelle Erregung vorhanden. Auf der Höhe der Anfälle kam es zu lebhaften Delirien, Gesichts- und Gehörshallucinationen. Griesinger erwähnt dieser Zustände in seinem Lehrbuch bei Besprechung des Einflusses der menstrualen Vorgänge auf die Entstehung von Irresein nur flüchtig mit der Bemerkung, dass man in seltenen Fällen selbst nur periodisches Irresein während der Menstruation, jedesmal mit mehrwöchentlichem vollständigem lucidum Intervallum beobachtet habe.

Auch Schröter in seinem Aufsatz „die Menstruation in ihren Beziehungen zu den Psychosen“ (Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. XXX, p. 551 u. XXXI, H. 2) berichtet das Vorkommen des menstrualen Irreseins, trennt aber nicht die periodisch exacerbirenden chronischen Fälle von dem menstrualen Irresein. Von letzterem giebt er p. 244 folgende Krankheitsgeschichte:

„Frl. S., 22 J., von kräftigem, gut entwickeltem Körperbau, war Anfangs Mai 1868 tobsüchtig erkrankt. Eine ältere Schwester war gleichfalls geisteskrank. In der Regel bildete das Ende der regelmässig verlaufenden Menses den Beginn eines neuen Anfalls, der manchmal nur ein paar Tage lang zögerte. Pat. fühlte dann neuralgische Schmerzen im Gebiet des 2. Astes des N. trigem., bisweilen auch in anderen Gegenden, oder ein Angstgefühl stieg vom Abdomen zum Kopf auf, oder es trat Uebelkeit, Kopfschmerz unter dem Bild der Migräne auf, und im ganzen Benehmen, im Blick sprach sich Unsicherheit und Unruhe aus.

Pat. hörte auf zu arbeiten, mied die Geselligkeit, wurde schweigsam. So vergingen höchstens noch ein paar Tage und die Tobsucht brach im Ruck mit aller Heftigkeit aus. Meist nahm nun der Anfall die Hälfte, häufiger noch zwei Drittel der Zwischenzeit der Menses ein und nur ein Drittel blieb freie Zeit.

Seit Frühjahr 1869 trat der Anfall weniger plötzlich ein und brach viel weniger schroff ab. Er bildete vielmehr eine mehr allmählig ansteigende Tobsuchtcurve, die nicht mehr bis zu dem früheren Gipfel anstieg, allmählig durch mehr nur angedeutete Grössenwahnvorstellungen, weiterhin durch einige Verworrenheit oder Benommenheit, dann durch Mattigkeit mit Ruhebedürfniss in einen immer etwas länger werdenden Zustand relativen Wohlbefindens überging, wo Pat. geistig frisch und regsam und zu jeder Thätigkeit vermögend erschien, bald blühend aussah und, bei in den letzten Monaten fortschreitender Gewichtszunahme, auf Wunsch der Angehörigen im Juli 1869 versuchsweise entlassen werden konnte.“

L. Mayer in seiner bekannten Monographie „Die Beziehungen der krankhaften Zustände in den Sexualorganen des Weibes zu Geistesstörungen, Berlin 1870“ bespricht den Einfluss der Menstruation auf das Geistesleben.

„Beide liegen in unverkennbarer Wechselwirkung. Ein krankmachender Einfluss auf das letztere durch erstere ist aber nur anzunehmen, wenn auf der einen oder andern oder beiden Seiten zugleich schon Anomalien vorhanden sind. Nicht der Menstrualfluss an sich wirkt aber dann, sondern der complicirte pathologische oder physiologische Vorgang oder Zustand, welcher jenem zu Grunde liegt, als krankmachende Ursache auf die Seele.“ Auf wesentlich gleichem Standpunkt steht Mayer in einer späteren Publication: „Menstruation im Zusammenhang mit psychischen Störungen“ (Beiträge zur Geburtshilfe

und Gynäkologie, herausgegeben v. d. Gesellschaft f. Geburtshülfe in Berlin, I. Bd. 1872).

Er macht darauf aufmerksam (p. 128), dass bei sehr vielen, anscheinend gesunden Individuen vor, während oder nach der Menstruation psychische Reizzustände hervortreten, von denen in den Zwischenzeiten wenig oder gar nichts zu bemerken ist.

„Es kann die Gefühlssphäre, das Wollen und Denken alterirt werden. Verstimmung, Verdrüsslichkeit, Disposition zum Weinen, Hinbrüten in traurigen, düsteren Gedanken, Furcht vor Unglück, Abneigung gegen die Umgebung, Gleichgültigkeit gegen Liebhabereien etc. machen sich geltend; Launen, Heftigkeit, Jähzorn, Unruhe, Trieb zu übermäßigem Schaffen und Arbeiten treten hervor; Abschwächung des Denkens und Urtheilens, der geistigen Productivität, des Gedächtnisses werden bemerklich. Es können auch üble Eigenschaften und Angewohnheiten verstärkt werden oder in dieser Zeit überhaupt hervorbereiten, um wie abgeschnitten wieder zu verschwinden und erst mit den folgenden Katamenien wiederzukehren.

Anomalien der Menstruation nun können diese Erscheinungen steigern und bei sonst gesunden Individuen allmähig oder plötzlich unzweifelhafte, vorübergehende, in der Zeit der Menstruation recidivirende oder endlich dauernde psychische Zustände herbeiführen, welche entschieden als krankhaft zu bezeichnen sind.“

Mayer giebt, im Anschluss an diese Bemerkungen die Krankengeschichte einer Frau, die bis zum 34. Jahr gesund blieb, von da an an Schwellung der Leber, der Gebärmutter mit Lageveränderung, nervösen Beschwerden, Störungen des Allgemeinbefindens und Menses pauci litt. Seit diesem Zeitpunkt gerieth Pat. acht Tage vor, während und nach den Menses in einen Zustand von Depression, objectloser Angst und Unruhe, Schlaflosigkeit, zu dem sich bald die quälendste und ganz grundlose Eifersucht gegen den Mann gesellte. Häufig verband sich damit das Gefühl von Anschwellen und Lähmung der Zunge, mit der Angst nicht sprechen zu können, Lähmungsgefühl, *Formication* und Schwere der ganzen rechten Körperhälfte. „Dieser unzweifelhaft mit den katamenialen Fluxionen in Connex stehende, intermittirende krankhafte Seelenzustand dauerte 3 Jahre und verlor sich spontan mit Eintritt der zweiten Gravidität.“ Auch in der Folge mit Fortdauer von Uterinstörungen fanden sich jeweils vor und nach der Menstruation leichte Gemüthsbelästigungen.

Zwei in der neueren Literatur verzeichnete Arbeiten: Zehnder, „Fall von *Mania menstrualis*“ Wien. med. Presse VI. 38 und Winge:

„Beziehungen zwischen Menstruation und Geisteskrankheit“ Norsk. Magaz. 3. R. III. 6 waren mir leider nicht zugänglich.

Es sei mir gestattet, im Anschlusse an diese in der Literatur niedergelegten Erfahrungen 19 Fälle eigener Beobachtung des in Rede stehenden menstrualen Irreseins behufs genauerer Kenntniss seiner Symptome und seines Verlaufs zu veröffentlichen. Ich halte mich umsomehr dazu verpflichtet, als ich begründete Hoffnung hege, in dem Bromkalium ein Mittel gefunden zu haben, das die an und für sich schlechte Prognose dieses Irreseins günstig beeinflussen dürfte, eine Frage, die aber nur durch einen grösseren Beobachtungskreis, als ihn der Einzelne besitzt, entscheidbar sein kann.

Im Interesse einer wünschenswerthen Kürzung der Krankheitsgeschichten und einer grösseren Uebersichtlichkeit der Beziehungen zwischen Menses, Anfällen und Therapie sind den Krankheitsgeschichten 2 Tabellen beigegeben (S. 96 und Taf. III).

Beobachtung I.

Holl, Ottilie, 20 Jahr, Kellnerin, 9. Mai 1876. Ascendenz unbekannt. Eine Schwester psychopathisch. Pat. originär schwachsinnig; früher gesund.

Im Spätherbst 1875 durch 6 Wochen Typhus (?), der sie sehr herunterbrachte. Seit der Reconvalescenz fühlte sie sich nicht mehr recht wohl im Kopf, leicht empfänglich für Gemüthseindrücke, furchtsam, ängstlich, hatte schlechten Schlaf und Verdauungsbeschwerden. Daraus ging allmählig ein Zustand melancholischer Verstimmung hervor. Am Ostermontag schreckte sich Pat. über den Teufel in einem Passionsspiel, das überhaupt einen pathologisch tiefen Eindruck auf sie machte. Ende April heftige Fluxion zum Gehirn unter Kopfschmerz. Es war die Zeit der erwarteten Menses, die aber nicht eintraten. Pat. wurde von Tag zu Tag verstörter, einsilbiger, grübelnd.

Am 4. Mai ängstliche Aufregung, Reproduction zusammenhangsloser Sätze aus dem Passionsspiel, Nahrungsverweigerung mit dem Motiv: „Christus hat gesagt, von dieser Frucht sollst du nicht essen.“ Pat. sprach nur noch wenig und ganz zusammenhangslos, Bewusstsein tief gestört. Bei der Aufnahme hochgradiger ängstlicher Stupor. Gesicht bläulichroth, kühl, Arterien sehr contrahirt, Puls tard, 100, Haut kühl, ruhiges reactionsloses Daliegen. Keine Erkrankung vegetativer Organe, Uterus normal, jungfräulich.

Ab und zu ängstliche Aufregung durch schreckhafte Hallucinationen (der Teufel schaut zum Fenster herein, an der Wand brennt das höllische Feuer). Pat. rutschte dann auf den Knien herum, zitterte vor Angst, mimisch ganz entstellt, klammerte sich an die barmherzige Schwester an, die sie für die Mutter Gottes hielt. Nahrungsverweigerung durch Stimmen, die das Essen verbieten.

Auf Chloral und Bäder Nachlass des Gefässkrampfes und des Stupors. Puls wird weicher, voller, Extremitäten erwärmen sich, Puls geht auf 70 zu-

rück. Pat. klagt über heftiges Kopfweh, sie habe sich so gefürchtet, den bösen Feind rauschen gehört, Alles, was sie esse, habe einen stinkenden Geruch. Rasche Lösung des Stupor bis zum 15. Mai. Pat. noch einige Tage ermattet, erschöpft. Unter Opiuminjectionen, Bädern und Trinken von heissem Wasser mit etwas Brantwein wird der Puls anhaltend voll, weich, bleibt jedoch tard. Die Extremitäten warm, keine Anomalien der Blutvertheilung. Die Gewichtszunahme beträgt bis zu Ende des Monats 7 Kilo! Ausser einer leichten Lumboabdominal-Neuralgie nichts Krankhaftes.

Am 3. Juni nach völligem psychischem Wohlbefinden ängstlich, weinerlich, sorgt sich um ihre Zukunft, schläft schlecht, schrickt leicht zusammen. Am 5. Juni erschrickt Pat. über eine Person mit rothem Kopftuch, wird sofort stuporös, mimisch tief verstört, congestiv. Pupillen sehr weit, Arterien eng contrahirt, kalte Extremitäten wie das erste Mal. In der Folge Stupor, aber zwischen durch hochgradige ängstliche Erregungszustände mit dämonomanischer Ver-
kennung der Umgebung, Todesangst bis zu zerstörenden Ausbrüchen. Nach diesen episodischen Zuständen stuporös ängstlich, feindlich appercipirend, tief im Bewusstsein gestört, die Nahrung verweigern.

Am 13. Juni Menses unter Steigerung des Stupors. Pat. salivirt, massenhaft zäher Speichel, lässt in ihrer grossen Bewusstseinsstörung unter sich gehen. Menses am 17. Juni vorüber. Opiuminjectionen (bis zu 0,07 zwei Mal täglich), am 20. Juni wegen Erfolglosigkeit sistirt.

Vom 19. Juni an ist Pat. nicht mehr ängstlich, nur noch einfach stuporös, vom 22. Juni an psychisch wieder vollkommen frei. Gewicht am 16. Juni 61,500, am 1. Juli 68,300. Vom 25. Juni an täglich 6,0 Kali bromati steigend auf 8,0, um möglicherweise den mit der Menses zusammenhängenden Wiederausbruch der Krankheit zu verhüten.

14. Juli Menses (während ihrer Dauer 10,0), keine Störung des Befindens. Vom 21. Juli an bleibt Bromkali weg; vom 8. Aug. wieder täglich 6,0 Bromkali.

18. August Menses, kein Anfall. Bromkali bis 28. August; vom 13. Sept. an täglich 6,0 Bromkali bis 24. September. 14. Sept. Menses. Kein Anfall.

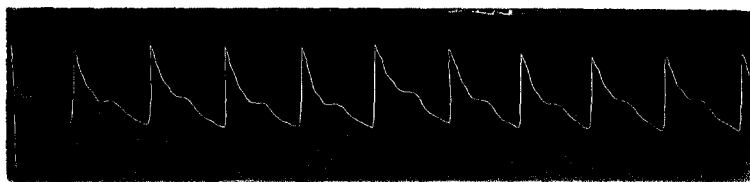
Vom 8. October bis 28. Bromkali. Menses am 11. October. Kein Anfall.

15. November Menses. Bromkali 6,0 auf 8 Tage, kein Anfall.

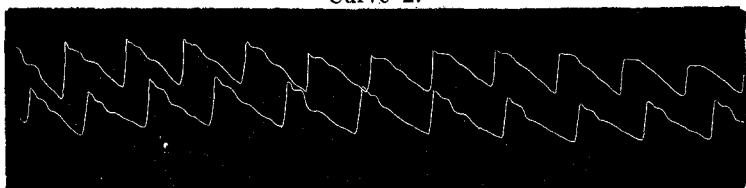
Am 11. December wird Patientin genesen entlassen. Auch ohne Bromkali keine Anfälle mehr.

Der Assistenzarzt der Klinik, Herr Dr. Sterz, hat vorstehenden Krankheitsfall in seinen verschiedenen Phasen mit dem Marey'schen Sphygmograph verfolgt und nachstehende Curven mir zur Verfügung gestellt.

Curve 1.

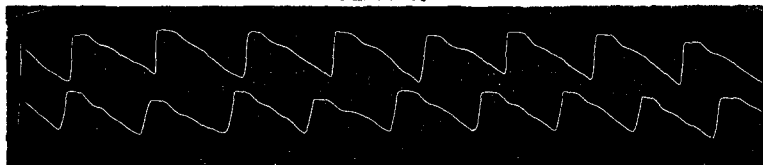


Curve 2.



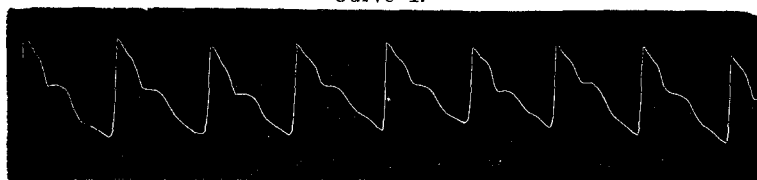
7. 6. 76. T. 37. P. 78.

Curve 3.



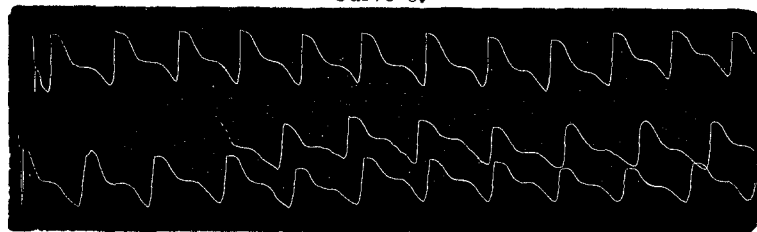
16. 6. 76. T. 37. P. 72.

Curve 4.



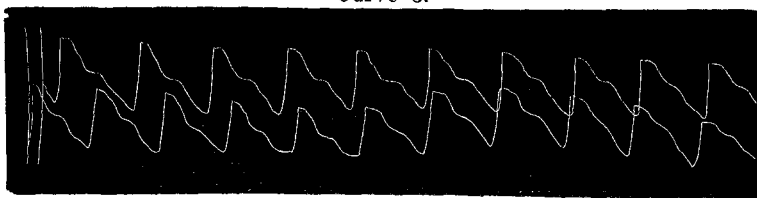
23. 6. 76. T. 37. P. 69.

Curve 5.



25. 6. 76. T. 37. P. 78.

Curve 6.



1. 7. 76. T. 37. P. 68.

Es ergibt sich daraus:

Der habituell tarde Puls (C. 4) der Patientin wurde im Paroxysmus noch tarder und sehr klein (C. 2. 3).

Die Tardität ging so ziemlich parallel der Höhe des Anfalls (C. 3).

Opium machte in der intervallären Zeit den Puls celer (C. 1), hatte aber, wie es den drohenden Paroxysmus nicht hintanhalt, weder auf das psychische Krankheitsbild, noch auf das Pulsbild durante paroxysmo einen Einfluss (C. 2).

Bromkali verhinderte den Wiederausbruch des Anfalles, machte aber den Puls tarder (C. 5, 6) und kleiner als intervallär, so dass er sich dem Pulsbild im Anfall näherte.

Beobachtung II.

Frau Zink, 33 Jahre, 13. December 1875. Ascendenz unbekannt. — Pat. originär schwachsinnig, angeblich früher gesund, 3 Entbindungen, letzte Sept. 1873; regelmässig menstruiert. Unglückliche Ehe, schon öfters Gedanken sich das Leben zu nehmen.

Seit Pfingsten 1875 Menses ausgeblieben. Wohlfinden bis 1. December. Von da an ängstlich, deprimirt, Betrachtungen über sündhaftes Leben. Gelegentlich einer Missionsandacht um den 7. December grosse Erregung, ängstliche Erwartungsaffecte, Angst vor ewiger Strafe, Unglück. Am 10. December geht die Kranke mit den Kindern an ein Kreuz am Dorfweg, hat dort göttliche Visionen, kommt verklärt heim, predigt, singt heilige Lieder, spricht von einem neuen Leben, das sie beginnen werde. Bei der Aufnahme in heiterer Exaltation, spricht vom Jesuskindlein, das sie geboren. Kopf congestiv, Augen glänzend. Puls klein, 80, celer. Keine Anomalie vegetativer Organe. In der Nacht vom 13./14. December Raptus melancholicus mit nur summarischer Erinnerung. Darauf congestiver ängstlicher Stupor von einem Tag, der sich löst und vollkommenem psychischem Wohlbefinden weicht.

Am 17. Januar 1876 verlässt Frau Z. das Spital, geht Morgens an einen Wallfahrtsort. Dort in der Kirche plötzliche Bewusstseinsstörung. Sie findet Alles verändert, die Heiligenstatuen umgedreht. Sie sieht die Hölle brennen, glaubt sich verdammt, eilt in's elterliche Haus, rutscht dort in ängstlichem Erwartungsaffect auf den Knien herum, wird in's Spital zurückgebracht, congestiv, tief verstört. Am andren Tag, nach schlafloser Nacht, glänzendes Auge, verklärter Blick, grosse Bewusstseinsstörung, verlangt für die ganze Welt zu leiden, gemartert zu werden, verbrennt sich, als man ihr nicht willfahrt, nicht unerheblich am Ofen. Am 20. Januar Menses. Von da an Abfall der religiösen Exaltation, die zunehmend congestivem Stupor weicht. Dieser löst sich rasch am 10. Februar.

22. Februar mimische Verstörung, ängstlich, unruhig, fragt, ob sie für Alle zu leiden bestimmt sei? Congestion, Bewusstsein sehr gestört. Verlangt gemartert zu werden. Säbelt sich in den Hals mit einem schartigen Küchenmesser. Stupor mit plötzlichen, ganz impulsiven Gewaltacten gegen die feindlich verkannte Umgebung. Ab und zu Recitiren von Bibelsprüchen, jedoch keine deutliche Exaltation. Um den 10. März rasche Lösung des ängstlichen Stupors. Diesmal keine Menses. Ganz summarische Erinnerung. In der Folge ruhig, fleissig, geordnet.

20. März neuer Paroxysmus ganz wie der frühere, zerstösst sich den Kopf, um sich zu martern. Auch diesmal keine Menses.

19. April und 16. Mai. Paroxysmus ohne Menses.

4. Juni mimisch verstört, düster, schweigsam, Bewusstsein tief gestört, fluxionär, sieht wie betrunken aus. Selbstanklagen, sie sage nicht die Wahrheit, sei boshaft gegen die Leute. Zunehmender ängstlicher Stupor. Rasche Lösung am 17. Juni. Am 13. Juni zeigten sich die Menses, profus dauernd bis 17. Juni.

17. Juli. Menses, profus. Sofort Bangigkeit, ascendirende Hitzesensationen im Kopf, Congestionen, dämmerhafte Existenz, ab und zu ganz impulsive zerstörende Antriebe, wohl aus Unlustgefühlen, schlaflos, stuporöse ängstliche Befangenheit. Am 23. Juli Menses und Anfall vorüber.

4. August Menses. Sofort Bettruhe und Bromkali 6,0. Menses bis 10. Aug. Keine Schwankung des Befindens.

6. bis 12. September. Menses unter Bromkali ohne die geringste Störung des Bewusstseins.

Unter gleicher Medication gehen die Menstruationstermine vom 1. und 25. October, 21. November und 15. December ohne Beschwerde vorüber.

Am 28. December 1876 wird Frau Z. genesen entlassen.

Beobachtung III.

Fuchs, Margarethe, 31 Jahre, Bauerntochter, 15. Juli 1876. Vater irrsinnig. Schwester dito, 2 weitere als Kinder unter Convulsionen gestorben, Pat. originär schwachsinnig, als Kind gesund, mit 17 Jahr menstruirt. Sie soll jeweils zur Zeit der Menses einige Tage nicht normal gewesen sein. Im Sommer 1876 Kummer und Aerger darüber, dass man Pat. nicht ihren Liebhaber heirathen liess. Um den 24. October 1875 einige Tage vor den erwarteten, aber nicht eingetretenen Menses wurde Pat. schmerzlich verstimmt, niedergeschlagen, schlaflos, verstört, wollte nicht essen, gab keine Antwort. Nach sieben Tagen war sie wieder wohl. Die Menses am 14. November, 14. December 1875, am 6. Januar, 5. Februar, 2. März 1876 gingen ohne Beschwerde vorüber. Ende März, einige Tage vor dem erwarteten Eintritt der Menses die gleiche psychische Störung wie im October von 7 Tagen Dauer.

Anfang Mai neuer Anfall von 10 Tagen Dauer. Die Menses traten nicht ein.

Anfang Juni Anfall von 14 Tagen. Pat. lief in ängstlich dämmerhaftem Zustand im Wald herum. Verhalten der Menses war nicht zu eruiren. Sicher nur, dass Pat. Ende Mai, da sie sich unwohl fühlte, an Wallungen zum Kopf litt, einen Präventivaderlass machen liess.

Am 8. Juli neuer Anfall. Pat. war stuporös, ängstlich, scheuerte sich wund, ass fast nichts, ängstlich verworren, tief verstört, feindliche Apperception, stierte vor sich hin, schlaflos.

Bei der Aufnahme am 15. Juli grosse Bewusstseinsstörung, Jactation aus Unlustgefühlen, monotones Jammern und Schreien, man solle sie am Leben lassen, feindliche Apperception, gerötheter warmer Kopf, Puls 90 voll, tard. Ende Juli rasche Lösung des Krankheitsbilds. Summarische Erinnerung. Das Krankenexamen ergibt keine Hallucinationen, keine epileptoiden Erscheinungen.

Vom 5. August an 6,0 Bromkali pro die. Ausser häufigem Kopfwahl, Imbecilität, zeitweisem schwachsinnigem Fortdrängen, schmerzlicher, aber im

Bereich des Physiologischen stehenden Reflexion, dass sie den Liebhaber nicht habe heirathen können, keine psychischen Anomalien, speciell keine Anfälle von Melancholie trotz sich wieder einstellender Menses.

Am 15. November 1876 kehrt Pat. nach Hause zurück.

Beobachtung IV.

Frl. Doles, 29 Jahre, 31. Mai 1873. Ganze Familie neuropathisch. Mutter hysterisch, convulsionär, Bruder psychopathisch, mit periodischen Wuthanfällen behaftet, Schwester zur Zeit der Menses unnahbar. Pat. von jeher kränzlich, schwächlich, nervös, impressionabel, emotiv, exaltirt; sehr empfindlich gegen Sommerhitze, die ihr jeweils Wallungen und Kopfwelh verursachte. Als Kind von 3 Jahren soll sie Scarlatina mit schweren Cerebralerscheinungen durchgemacht haben. Mit 17 Jahren traten die Menses ein. Diese in der Folge unregelmässig und jeweils mit nervöser Aufregung verbunden.

Mit 22 Jahren mehrtägige Appetitlosigkeit, dadurch ungenügende Ernährung und rapides Sinken der Kräfte. Pat. wird schlaflos, enorm reizbar. Auf diese Prodromalerscheinungen plötzlicher Ausbruch einer acuten, binnen 3 Wochen ablaufenden Psychose, von der Pat. kaum eine Erinnerung besitzt. Sie fühlte sich noch einige Wochen sehr matt, konnte kaum gehen. In der Folge wohl, aber neuropathisch.

Im 25. Jahr unter denselben Prodromen neuer Anfall ganz wie der erste, diesmal von nur 10tägiger Dauer.

Im April 1873 dritter Anfall von 10 Tagen Dauer. Das Krankheitsbild habe sich vorwiegend in Gehörs- und Gesichts-Hallucinationen, grössentheils indifferenten oder heiteren, nur selten schreckhaften Inhalts bewegt.

Mitte Mai 1873. 4. Anfall, wieder unter gastrischen Prodromen. Bei der Aufnahme deutlich maniacalisches Bild — gehobenes Selbstgefühl bis zur Verückung, grosser Gedankendrang, allerlei poetischer Unsinn, oft wahre Ideenflucht, ab und zu Reimerei. Pat. bietet grossen Bewegungsdrang, grimacirt, nimmt theatralische Stellungen ein, verliebtes affectirtes Wesen, schwärmerischer Blick, massenhafte Hallucinationen. Grosse Bewusstseinsstörung, Congestiverscheinungen. Um den 15. Juni rasches Abschneiden des Paroxysmus. Pat. hat nur summarische Erinnerung. Es sei eine arge Gedankenverwirrung über sie gekommen, die Gedanken seien ihr unsinnig im Kopf herum, sie habe beständig die Stimme einer Freundin gehört, sich von der ganzen Verwandtschaft umgeben gesehen. Ihre Sinne seien enorm gesteigert gewesen.

Pat. anfangs erschöpft und sehr schlafbedürftig erholt sich rasch; am 1. Juli 1873 genesen entlassen.

Am 16. März 1874 neue Aufnahme. War inzwischen wohl. Seit 4 Tagen Appetitverlust, Mattigkeit, fehlender Schlaf, mimisch verstört, geschwätzig, Interostalneuralgie. Abends Singen, Springen, Tanzen, Lachen, Klettern, Gedankendrang, die ganze Welt geht ihr durch den Kopf. Tobsucht. Rasche Lösung am 30. März mit Eintritt der Menses. Am 13. April genesen entlassen. In der Folge wohl.

Am 7. November '75 kommt Pat. selbst zur Aufnahme, da sie das Nahen eines Anfalls fühlt. Seit 10 Tagen unruhiger Schlaf, Reizbarkeit.

Seit 4 Tagen appetitlos, sehr matt, schreckhafte Träume, auch bei Tag Phantasmen. Intercostalneuralgie, Kopfschmerz, Wallungen zum Kopf.

Am 12. November im Paroxysmus — mimisch tief verändert, Lachen, Singen, Tanzen, groteske Stellungen, massenhaft Hallucinationen (heitere, glückliche Bilder) vorübergehend Erscheinungen von Extase. Anfall legt sich sofort mit Eintritt der Menses am 17. November.

In der Folge sehr reizbar, nervös, sehr labile Stimmung. Menses am 14. December 1875 und 11. Januar 1876 gehen gut vorüber.

Am 1. Februar 1876 matt, appetitlos, verstimmt. Am 2. Februar plötzlich heiter, singt, declamirt, lacht, wälzt sich im Schnee, schlaflos, massenhaft heitere Phantasmen, schüttelt sich oft vor Lachen. Puls 66 tard.

Am 11. Februar mit dem Eintritt der Menses ist der Anfall vorüber.

Von nun an ändert sich der streng prämenstruale Charakter der Anfälle. Diese und Menses gehen neben einander her. Die Menses bilden nicht mehr den Abschluss jener. Dann erscheint der Anfall im Anschluss an die Menses.

4. März Menses. 17.—24. März. Paroxysmus im Wesentlichen ganz wie früher, nur tritt das sexuelle Element noch mehr in den Vordergrund. Pat. debütiert als zärtliche Mutter, trägt einen aus Kleidungsstücken formirten Säugling herum. Bromkali 6,0 während des Anfalls gegeben erwies sich als erfolglos bezüglich der Symptome, jedoch dauerte der Anfall nur 6 Tage.

8.—13. April Menses. Im unmittelbaren Anschluss daran Paroxysmus. Bromkali kommt wieder erst im Anfall zur Verwendung. Pat. mimisch entstellt, fluxionär, schlaflos, Singen, Ideenjagd, lächerlicher Gedankeneinfall, schüttelt sich vor Lachen. Ganz abgerissene Gedankenreihen, grosse Verworrenheit. Ab und zu lange schwülstige Monologe im Sinne gewisser Ritterromane. Puls andauernd herabgesetzt, 56—60, tard. Am 21. April Anfall plötzlich vorüber. Pat. hat nur summarische Erinnerung — hatte massenhaft Visionen von Burgen, glaubte sich in Schlachten, jede Vorstellung gestaltete sich sofort zur Hallucination.

2. Mai Menses. Sofort 6,0 Bromkali und 0,02 Morphinum. Es kommt zu Kopfweh, Reizbarkeit, Gedankendrang, aber der Anfall bleibt aus. Morphinum bleibt vom 5. Mai an weg, Bromkali wird fortgegeben, aber unregelmässig genommen.

25. Mai. Nach den sofort auftretenden bekannten Prodromen am 26. Mai schon auf der Höhe des Paroxysmus. Sehr kleiner tarder Puls. Erscheint wieder in der Rolle der säugenden Mutter. Unter Bromkali und Morphinum Anfall schon am 1. Juni vorüber mit dem Wiedererscheinen der Menses.

Neuer Anfall vom 12.—18. Juni. Von nun an wird streng auf die regelmässige Einnahme von 6,0 Bromkali geachtet. Die Menses am 1. Juli, 6. Aug., 4. September, 3. October gehen ohne irgend welche Beschwerde vorüber.

Anfang October verlässt Pat. im Stat. quo ante die Anstalt. Das gute Befinden hat sich bis zum Abschluss der Beobachtung (Mitte März 1877) auch ohne Bromkalimedication erhalten.

Beobachtung V.

Anjel, Maria, 18 Jahre, Waldhüterstochter, 12. März 1876. Onkel der Mutter war tobsüchtig, Mutter krampfkrank. Pat. als kleines Kind Convulsionen, von Kindesbeinen auf zornmüthig, reizbar. Menses mit 17 Jahren ohne Beschwerden, darauf Erscheinungen von Chlorose, Ausbleiben der Menses. Im December 1875 Kreuzschmerzen, Verstimmung, Kopfweg, grosse Gereiztheit.

Ende Januar ohne Prodrome praemenstrualer Anfall von Manie (Singen, Tanzen, Herumdämmern, Schlaflosigkeit). 7 Tage Dauer, mit Eintritt der Menses am 5. Februar plötzlich abschneidend.

Bis zum 4. März ist Pat. ganz wohl und lucid. Wallungen zum Kopf am 5. März bestimmen sie, sich einen Aderlass machen zu lassen. Abends rasch zur Acme ansteigende Tobsucht mit grosser Verworrenheit und Bewusstseinsstörung. Singen, Tanzen, Springen, Zerstören, anhaltend schlaflos. Bei der Aufnahme Ideenflucht, grosse sexuelle Erregung — Pat. spricht von Liebhaber, baldiger Hochzeit — dazwischen ängstlich, sieht Teufel, verkennt die Umgebung feindlich, fürchtet umgebracht zu werden, sieht eine Schlange im Bett, die sie verschlingen will, Fische unter ihrem Bett. Solche ängstliche Erregungszustände nur ganz episodisch im Verlauf einer expansiven Tobsucht. Andauernd schlaflos, congestiv. Rasche Lösung des Paroxysmus bis zum 24. März. Pat. in der Folge geordnet, psychisch frei. Grosse Anämie. Puls 70 klein, tard. Es wird constatirt, dass Pat. masturbirt. Hymen zerstört. Uterus und Vaginalportion klein, gering entwickelt, geringer Grad von Antelexio, der wohl noch als physiologisch bezeichnet werden darf. Menses sind nicht eingetreten.

Vom 19. April bis 6. Mai neuer Paroxysmus, ganz wie der vorige. Summarische Erinnerung. Keine Menses.

Im Mai Wohlbefinden, rasche Besserung der Ernährung. 17. Juni bis 24. Juni Wiederholung des Paroxysmus. Keine Menses.

Vom 25. Juni bis 4. November täglich 6,0 Bromkali. Keine Schwankung des psychischen Wohlbefindens. Trotz befriedigender Ernährung und Blutmischung treten die Menses nicht wieder ein.

Pat. wird am 26. December 1876 von den Angehörigen aus der Anstalt entnommen.

Beobachtung VI.

Heimann, Julie, 19 Jahre, Bauerntochter. Aufgenommen 1. August 1875. Angeblich keine Erblichkeit. Angeborener Schwachsinn. Hydrocephalische Schädelbildung. Menses zum ersten Mal mit 16 Jahren, in der Folge unregelmässig unter chlorotischen Erscheinungen. Mit 18 Jahren Hysterie, Kopfschmerz, Globus, vom Epigastrium zum Kopf ascendirende Sensationen, grosse Reizbarkeit, Unverträglichkeit, Launenhaftigkeit.

Seit April 1875 Cessiren der Menses. Bei der Aufnahme ausser Anämie, Hysterie, leichter Vergrösserung des Uterus bei übrigens normaler Lage und Schmerzlosigkeit keine Symptome.

Am 22. August Zunahme der habituellen Reizbarkeit, weinerliches, verstimmtes Wesen, wie es bei Krampfkranken vor Anfällen beobachtet wird. Die zu jener Zeit erwarteten Menses traten nicht ein.

Am 25. August plötzlich Tobsucht — heftige Congestiverscheinungen, Singen, Schelten, Zerstören, Ausziehen der Kleider.

Am 31. August Paroxysmus plötzlich vorüber mit nur summarischer Erinnerung. In der Folge psychisch frei bis auf Reizbarkeit, Launenhaftigkeit, fluxionäre Erscheinungen zum Gehirn, die mit Stuhlverstopfung einhergehen und auf eröffnende Mittel sich jeweils bessern.

Am 24. September treten wieder heftige Congestionen ein, Pat. wird aufgeregt, schlaflos, bleibt nicht zu Bett, singt vor sich hin, grosse Reizbarkeit (Bäder). Mit Eintritt der Menses am 26. September ist dieser Erregungszustand abgeschnitten. Pat. in der Folge wohl, bis auf die oben erwähnten intervallären Beschwerden.

Am 23. October leichte maniacalische Erregung unter Fluxion. Am 24. October Menses mit Zurücktreten dieser Erscheinungen.

Am 6. November entzieht sich Pat. der ferneren Beobachtung.

Beobachtung VII.

Frau Kaufmann, 42 Jahre, Hebamme. Vater Potator und irrsinnig gewesen. Pat. litt schon als Mädchen an habitueller Stuhlverstopfung. 1855 in der ersten Schwangerschaft hysterischer Krampfanfall. Kind war schwachsinnig. Zwei später geborene Kinder gingen an Convulsionen zu Grunde, ein viertes Kind (1861) schwachsinnig. Seit der vierten Geburt profuse Menses, Hysterismus (Globus, Krampfanfälle, Myodynien etc.) Fünfte Geburt 1872. Kind starb an Convulsionen. Seitdem Steigerung der hysterischen Beschwerden, Krampfanfälle bald vor, bald nach den Menses, die profus bleiben und jeweils mit Aufgeregtheit und Gereiztheit einhergehen.

Am 10. October 1874 Menses, profus, Spuren davon noch am Tage der Aufnahme (24. October). Am 21. October 7 Krampfanfälle. Darauf schlaflos, Präcordialangst, ängstliche Erwartungsaffecte, schreckhaft, Zusammenfahren bei Geräuschen. Bei der Aufnahme tief melancholisch, grosse Hemmung, tiefe Blässe der Haut und Schleimhäute, Puls klein, celer, nicht beschleunigt. Pat. mittelgross, Schädel klein, Stirntheil schmal. Ausser mehrtägiger Stuhlverstopfung keine Functionsstörung der vegetativen Organe. Abends 11 Uhr plötzlicher Umschlag in Manie. Pat. singt, tanzt, schreit, erkennt die Umgebung, grosser Stimmungswechsel mit vorwaltender heiterer Stimmung, grosse sexuelle Erregung, Salivation, Gesicht geröthet, warm, Pupillen gleich, mittelweit, Puls sehr voll, celer, 90. Schlaflosigkeit, Thiervisionen.

Am 26. October viertelstündiger Anfall von clonischen Krämpfen ohne Verlust des Bewusstseins. Darauf mehrstündige Remission mit nur summarischer Erinnerung für die Erlebnisse der zwei letzten Tage, Globus, neuralgische Beschwerden. Abends heftige Exacerbation der Tobsucht, Visionen der Angehörigen, Verbigeration, Reimerei, grosse sexuelle Erregung; schlaflos, congestionirt.

Am 28. October tritt Ruhe ein, Pat. schläft, erinnert sich nur summarisch der Vortage, einzelner Vorkommnisse gar nicht. Bewusstsein sehr getrübt, leicht stuporös, behauptete nebst den Angehörigen gestorben zu sein, hielt den Arzt für den Teufel, fürchtete sich vor ihm.

Vom 1. November an Aufhellung des Bewusstseins, Krankheitseinsicht. Grosse Mattigkeit, mannichfache hysterische Beschwerden, schreckhafte Träume. 8,0 Bromkali pro die.

Am 15. November Wiederkehr der Menses, profus, leichte sexuelle Erregung, hysterische Beschwerden, aber keine Krämpfe oder Tobsucht. Intervallär grosse psychische Erregbarkeit, labile Stimmung, ab und zu unmotivirte Heiterkeit, erotisches Wesen, faulige Gerüche.

Die am 13. December wiederkehrenden Menses gehen ohne besondere Vorkommnisse vorüber. Die gynäkologische Untersuchung ergibt eine leichte Endometritis catarrhal. chronica und Fluor albus.

Unter Fortgebrauch von Bromkali werden ausser leichten hysterischen Beschwerden keine nervösen Störungen mehr beobachtet.

Am 3. Januar 1875 verlässt Pat. das Spital mit dem Rath, 4,0 Bromkali täglich fortzunehmen. Nach Aussetzen dieses Mittels zeigen sich wieder hysterische Krämpfe zur Zeit der Menses, im Anschluss an einen Menstruationstermin im August 1875, der durch gehäufte Krämpfe ausgezeichnet war, stellte sich wieder ein leicht maniacalischer Aufregungszustand mit Hallucinationen ein, der 4 Tage dauerte. Pat. bedient sich seitdem regelmässig des Kal. bromat. zur kritischen Zeit und ist bis zum Abschluss dieser Beobachtung (März 1877) von psychischer Krankheit, ihre elementaren hysterischen Anomalien und sonstigen nervösen Beschwerden abgerechnet, frei geblieben.

Beobachtung VIII.

Deschmann, Maria, 23 Jahre, ledig, Magd, 3. Februar 1876. Vater Potator, Mutter nervös, Schwester melancholisch gewesen. Pat. von Kindheit auf kränklich, nervös, reizbar. Mit 16 Jahren Fluxionen zum Gehirn. Mit 17 Jahren Anfall von Irresein (glaubte verbrennen zu müssen vor innerlicher Hitze, habe Alles zerreißen müssen vor Aufregung. An Weiteres weiss sich Pat. nicht zu erinnern), Dauer 5 Monate. In der Folge gesund bis Anfang August 1874. Mit Eintritt der in letzter Zeit profusen Menses ohne alle äussere Ursache Schlaflosigkeit, heftige Congestion zum Gehirn, Kopfweh, Reizbarkeit. Darauf 8 Tage lang tobsüchtig unter heftigen Fluxionerscheinungen. Bei der Aufnahme am 24. August 1874 im Interv. lucid.

Vom 1.—3. September Menses. Am 10. September schlaflos, fluxionär, reizbar, unverträglich. Am 11. Tobsucht mit grosser Bewusstseinsstörung, heftiger Kopfcongestion, grossem Bewegungs- und Zerstörungsdrang (Chloral, Bäder). — Am 17. September plötzliche Lösung des Anfalls. Summarische Erinnerung.

20.—24. September Menses, profus. Bromkali 6,0 bis auf Weiteres. Seitdem zur Zeit der Menses 13. October, 8. November, 3. December keine Stö-

rungen des Befindens mehr, nur intermenstrual hie und da etwas Globus, Kopfschmerz, Hyperästhesien.

Genesen entlassen am 1. Januar 1875.

Inzwischen wohl, nur Menses unregelmässig und zur Sommerzeit Blutwallungen zum Kopf.

Seit Neujahr 1876 angestrengter Dienst, Verdriesslichkeiten mit der Hausfrau, ab und zu auch Uebergenuß von Spirituosen.

Am 3. März 1876 kommt Pat. selbst in's Spital und bittet um Aufnahme. Sie ist schlaflos, congestiv, gereizt seit 3 Tagen, fürchtet das Herannahen eines Anfalls. Menses in letzter Zeit unregelmässig gewesen, etwa alle vierzehn Tage. Letzter Termin um den 22. Februar.

Auf Bäder und Chloral stellt sich der Schlaf und das Gleichgewicht der psychischen Function wieder her.

15. März Menses. Sofort Reizbarkeit, Unverträglichkeit, schlechter Schlaf, vage Neuralgien, Intercostalneuralgie, Präcordialdruck. Mit Aufhören der Menses am 21. März Manie (Congestion, dämmerhaftes Herumlaufen, Singen, erotische Erregung, Nesteln in den Haaren) Anfall löst sich plötzlich am 25. März. Bromkali 8,0, das erst im Paroxysmus ordinirt wurde, ausgesetzt. Pat. inzwischen psychisch frei, aber launenhaft, reizbar. Starker Fluor albus, der Behandlung fordert.

Vom 1. April an Bromkali 6,0. Menses vom 14.—18. April, vollkommenes Wohlbefinden. Am 29. April bleibt Bromkali weg.

Vom 10. Mai an Bromkali 6,0. Menses vom 17.—20. Mai. Etwas Kopfweh, sonst keine Beschwerden. Vom 1. Juni an kein Bromkali mehr.

18.—20. Juni Menses. Unter Bromkali leicht reizbar, aufgeregt.

10. Juli Verstimmung, Schwindel, Fluxion, Puls 114, klein, celer, Druck über der Symphyse und auf die Portio vaginalis schmerzhaft, vermehrter Fluor albus. Sonst keine Anomalien am Uterus.

Vom 10. Juli an 8,0 Bromkali und Bäder. Puls wird weich, klein, tard, ab und zu Globus, labile Stimmung.

Menses am 16. Juli unter Kreuzschmerz und Zurücktreten des nervösen Symptomencomplexes.

Vom 22. Juli an Zeichen einer Bromkaliintoxication, die zum Aussetzen des Mittels nöthigt, bis zum 10. August verschwunden ist. Die bevorstehenden Menses nöthigen zur Wiedergabe (vom 12. August an 6,0).

Am 22. August Menses ohne alle Beschwerden. Bromkali bleibt vom 2. September an weg.

Vom 13.—28. September Bromkali. Menses ohne alle Störung vom 18. bis 22. September.

Unter der gleichen Medication verlaufen die Menses vom 20.—14. October, vom 31. October bis 3. November, vom 17.—19. December ganz befriedigend.

2. Januar 1877 wird Pat. genesen entlassen.

Beobachtung IX.

Markovic, 31 Jahre, ledig, Magd, 13. December 1874. Anamnese fehlt. Pat. soll bis zum 11. Abends wohl gewesen und wegen plötzlich ausgebrochener Tobsucht in's Krankenhaus gebracht worden sein, von wo sie am 13. der Irrenanstalt überstellt wurde.

Bei der Aufnahme in voller Manie. Lebhaftes Fluxion, auffällig grosse Bewusstseinsstörung, Salivation. Sie heisst Josef Anna, Maria, Theresa, hat 2 Kinder, keine Ruhe in der Nacht, es müssen Teufel an ihr sein, von denen sie beständig „gewatscht“ wird. Auf Bäder Nachlass der Erregung. Am 20. December ist der Anfall plötzlich vorüber. Ganz summarische Erinnerung. Auf etwa vorhanden gewesene Menses wurde leider nicht geachtet.

Pat. in der Folge ruhig, geordnet. Erkrankungen vegetativer Organe sind nicht zu constatiren. Die niedrige schmale Stirn, das läppische Benehmen der Kranken deuten auf eine schwachsinnige Basis.

Am 10. Januar 1874 aus völligem psychischem Wohlbefinden und ohne alle Prodrome neuer Anfall. Nach schlafloser Nacht Unstetigkeit, Herumdämmern, grosse Bewusstseinsstörung, Congestion zum Kopf, grosse Reizbarkeit, Grimassiren.

Schon am 11. Januar ist Pat. auf der Höhe der Tobsucht. Sie zerreist, zerstört, schmiert, tanzt, kugelt sich auf dem Boden herum, wird gewalthätig, salivirt, spuckt die Umgebung an, stösst sie. Kleiner frequenter Puls, heisse Stirn, tiefe mimische Entstellung, dazu häufig fratzenhaftes Verziehen des Gesichts. Anhaltend schlaflos, im Bewusstsein schwer gestört, ganz impulsives Wesen. Opium. Bäder. Am 18. Januar mit Eintritt der Menses sofort ruhig, fängt an zu schlafen, Paroxysmus vorüber.

Intervallär nichts Bemerkenswerthes.

Am 6. Februar nach schlafloser Nacht wieder unstet, dämmerhaft, reizbar, grimassirend, congestiv. Verlauf der Tobsucht genau wie der des vorausgehenden Anfalls. Bromkali 8,0 im Paroxysmus wirkungslos. Mit dem Eintritt der Menses am 21. Februar ist Alles vorüber. Pat. ist erschöpft, schläft viel während 2 Tagen und ist dann wieder im Stat. quo ante.

Am 6. März neuer Anfall. Kein Bromkali. Die Wiederkehr der Menses am 30. März bringt keine Lösung. Anfang April im Gegentheil Exacerbation. Pat. wird äusserst brutal, hält die Wärterinnen für Huren, die Aerzte für frühere Liebhaber, salivirt stark, bietet neben tobsüchtigem Tanzen, Singen, Schreien und Schmieren ganz impulsive Handlungen, plötzlich Losstürzen auf die Umgebung, Umwerfen derselben. Auch der Menstruationstermin am 28. April bringt wieder eine Exacerbation, es kommt zu nächtlichen Thiervisionen; endlich am 11. Mai ist der Paroxysmus vorüber.

Es handelte sich offenbar um 2 in einander übergehende prämenstruale Anfälle, deren letzter diesmal die Menses überdauerte.

Das sich daran anschliessende Intervall war kein reines. Pat. lasciv, reizbar, wenn auch ruhig.

Am 23. Mai neuer Paroxysmus. Menses am 27. Mai, am 31. Mai vorüber. Aus diesem Anfall kommt Pat. nicht mehr heraus. Die Menses 26. Juni

bis 1. Juli, vom 28. Juli bis 2. August, vom 30. August bringen keine Lösung. Eine jeweilige mehrtägige prämenstruale Exacerbation ist in diesem sich chronisch gestaltenden Tobsuchtbild unverkennbar. Am 20. September 1874 wird Pat. in eine heimatliche (ungarische) Anstalt transferirt.

Beobachtung X.

Krippner, Caroline, 25 Jahre, ledig, 5. März 1868. Vater und zwei Brüder starben im Irrenhause. Ueber Kindheit und Entwicklungsjahre der Pat. fehlen Notizen. Schon früh trat bei ihr grosse geschlechtliche Erregung auf, die sie durch Hingabe an Männer und, *faute de mieux*, durch Onanie befriedigte.

Aus der Anamnese ergibt sich, dass Pat. schon im 20. Jahre an Tobsucht erkrankte und wiederholt sich seitdem in Irrenanstalten befand. Sie soll jeweils im unmittelbaren Anschluss an die regelmässig eintretenden Menses einen maniacalischen Anfall bekommen, der sich vorübergehend bis zur Tobsucht steigert. Nie geht ein Stad. melanchol. voraus. Angeheiterte Miene, auffallender Glanz der Augen, geröthetes Gesicht, Grimaçiren, Gesticuliren, Umherrennen, Dreistigkeit, Geschwätzigkeit sind die Anfangerscheinungen. Der Paroxysmus, der in voller Höhe 8 Tage dauert, zum Abklingen dann noch weitere 10 Tage braucht, äussert sich vorwiegend als maniacalischer Lusteffect, in welchem aber zornige Stimmungslagen nicht ausgeschlossen sind. Confuser Gedankendrang, grosser Rede- und Bewegungsdrang, jedoch nie bis zum Zerstören, lebhafte Fluxionsröthe des Gesichts, Schlaflosigkeit, grosse sexuelle Erregung, Bewusstseinsstörung, Verkennen der Umgebung im Sinne alter Bekannter sind die Hauptsymptome des Anfalls, von denen einer dem andern bis in's kleinste Detail gleicht. Die kurzen Intervalle sollen früher rein gewesen sein. Als ich Pat. im Sommer 1873 kennen lernte, war ein ziemlicher Grad psychischer Schwäche unverkennbar.

Am 12. Juli 1873 Menses. Unter sofortige Isolirung und 4,0 Bromkali pro die trat zum ersten Mal seit Jahren der Paroxysmus nicht ein.

Am 2. August wird Pat. fluxionär, mimisch entstellt, redselig, begehrlieh, unstet. Sofort 4,0 Bromkali pro die und Isolirung. Trotzdem steigert sich das Krankheitsbild zur vollen Höhe schon am 4. August. Schlaflosigkeit, grosse erotische Erregung, Verworrenheit, Verkennen der Personen, anhaltende Fluxion zum Gehirn, beständiges Schwatzen ohne Faden und Zusammenhang.

Am 11. August. Menses ohne Aenderung des Zustandes.

Am 29. August. Paroxysmus, der durch Bromkali offenbar nur hinausgeschoben und intermenstrual aufgetreten war, vorüber. Nur ganz summarische Erinnerung für die Krankheitsperiode.

Intervallär häufig Kopfweh, fluxionäre Erscheinungen, gastrische Symptome.

Vom 5. September an täglich 8,0 Bromkali. Am 14. September Menses. Am 15. September Wiederkehr des Paroxysmus. Weite Pupillen. Puls klein 100. Ausser Bromkali wird Extr. Opii aquos, bis zu 0,1 2mal täglich subcutan angewendet. Die Menses Anfangs October treffen mit dem noch fort-

bestehenden Paroxysmus zusammen, veranlassen eine Exacerbation. Erst am 5. November ist jener vorüber. Die Medication beeinflusste in keiner Weise den typisch ablaufenden Anfall.

15. November Menses. 17. November bis 10. December Paroxysmus. Bromkali erst im Anfall. In der Folge typisches Auftreten des Anfalls, dessen Detail ganz stereotyp ist, jeweils mit oder einige Tage vor den regelmässigen wiederkehrenden Menses. Die Paroxysmen dauern nahezu 4 Wochen d. h. bis zum nächsten Menstruationstermin, so dass Pat. fast continuirlich im Paroxysmus ist. Auch in den wenigen Tagen der Ruhe bleibt Pat. immermehr verworren; die psychische Schwäche nimmt überhand, so dass von einem lucidum intervum nicht mehr die Rede sein kann.

Auf Bromkali wird verzichtet, da es weder prophylactisch wirkt noch eine Milderung der Anfälle erzielt. Das Krankheitsbild hat sich bis März 1877 nicht geändert. Ausser einer, wohl angeborenen Anteversio uteri bestehen keine Anomalien in der somatischen Sphäre.

Beobachtung XI.

Frl. Labutta, 32 Jahre, ledig, 8. October 1872. Mutter neuropathisch. Pat. früher angeblich gesund bis auf Rheumat. artic. acut. mit Pericarditis im 24. Jahre. Sie behauptet seit Mai 1872 erkrankt zu sein, in Folge eines Aergers, weil die Mutter sie nicht habe heirathen lassen. Da sei eine Nervenkrankheit, eine Aufgeregtheit entstanden unter Wallungen zum Kopf, Schwindel und Kopfweh.

Seit der Anwesenheit in der Anstalt soll Pat. jeweils mit Eintritt der Menses, die unter Kreuzschmerz und Uterinkolik sich einleiten, hochgradig aufgeregt, zornig, abweisend, gereizt werden. Der geringste Anlass bringe sie in Wuth, sie schimpfe dann masslos über die Mutter und die Umgebung. Dieser Zustand schwinde sofort mit dem Eintritt der Menses.

Bei der Untersuchung im Juni 1873 ist Pat. lucid, ruhig. Grosse Gemüthsreizbarkeit. Mässiger Grad psychischer Schwäche. Schädel klein brachycephal. Hymen zerstört. Uterus antevertirt und nur 1" über dem Introitus. Scheidengewölbe schlaff. Orificium uteri bildet eine feine Querspalte. Druck auf den Cervix ist schmerzhaft und erzeugt eine Irradiation in's Gebiet der linksseitigen Intercostalnnerven, von wo aus ein auraartiges Gefühl von Schwindel nach dem Kopf aufsteigt.

19. August 1873. Menses. Sofort mit deren Eintritt mimische Verstortheit, grosse Gereiztheit, die sich von Stunde zu Stunde steigert. Bild eines zornigen Affects mit grossem Gedankendrang und einer Fluth schmerzlicher Reproductionen. Grosse Bewusstseinsstörung, vorübergehend feindliche Apperception der Umgebung. Pat. schimpft und wettet, erklärte die Andren für Pfaffenhuren, sie selbst sei keine Hure, enorm obscoen und brutal. Grosse mimische Entstellung, lebhafte Fluxion zum Kopf, andauernde Schlaflosigkeit. Anfall am 30. August vorüber.

2. September Menses bis 5. November. Sofort 6,0 Bromkali. Diesmal nur Spuren von Aufregung, abortiver Anfall von 2 Tagen.

27. September Menses. 7,0 Bromkali. Kein Anfall.

11. October. Reizbarkeit, Schlaflosigkeit, zänkisches Wesen signalisiren einen Anfall. 10,0 Bromkali bis auf Weiteres! Anfall coupirt.

26. October Menses. Kein Anfall. Bromkali ausgesetzt. In der Folge Menses ohne Schwankung des Befindens.

14. Februar 1875 Menses. Ohne Veranlassung am 16. Februar Paroxysmus. Bromkali 8,0 coupirt nicht mehr den ausgebrochenen Anfall. Dieser dauert bis 13. März. Im März keine Menses.

Vom 1. April an Bromkali 6,0; 16. April Menses; 22. April Paroxysmus trotz Bromkali. Dieses wird als erfolglos ausgesetzt. Die Anfälle kehren jeweils um den 2. Tag der Menses wieder.

Am 25. Aug. Menses; 27. Aug. Paroxysmus; versuchsweise Morphinum-Injectionen. Anfall diesmal auffallend mild und schon am 1. Sept. vorüber. Von nun an traten die Anfälle prämenstrual auf. Die symptomatisch günstige Wirkung des Morphinum erhält sich, die Anfälle werden mild und dauern nur einige Tage. Eine prophylactische Wirkung, wie sie zuweilen Bromkali zeigte, kommt demselben nicht zu. Die psychische Schwäche hat im Laufe der Jahre Fortschritte gemacht. Schluss der Beobachtung im März 1877.

Beobachtung XII.

Frl. Gottsbäck, 29 Jahre, 19. Mai 1874. Vater originär verschrobener Mensch. Weitere Notizen über Familie und Vorleben fehlen. 1872 Manie von 6 Monate Dauer.

Ende April 1874 Recidiv, angeblich veranlasst durch Gemüthsbewegungen, wenige Tage vor dem Eintritt der Menses. Kein melancholisches Vorstadium. Manie mit religiös-erotischer Färbung. Langsames Abklingen von Mitte August an. Genesen entlassen am 15. September. Inzwischen wohl, jedoch neuropathisch und reizbar.

Am 15. October Menses. Am 16. October ohne alle Veranlassung schlaflos, reizbar, unwirsch, congestionirt, mimisch entstellt. Pat. bei der Aufnahme am 20. October maniacalisch, verworren, Bewusstsein sehr gestört, riesiger Gedankendrang, Pathos, Vorstellungsschwindel, erotische Erregung. Andauernd schlaflos, congestiv. Bromkali 4,0, Bäder. Am 31. October Paroxysmus plötzlich vorüber. Nur ganz summarische Erinnerung.

10. November Menses. 11. November schlaflos, Gereiztheit, mimische Entstellung, Fluxionen, Puls klein, bis 120. Grosser Gedanken- und Bewegungsdrang. Rasche Steigerung zur Acme. Grosse Bewusstseinsstörung und Verworrenheit, endloser Rededrang, pathetisches Gefasel. Am 28. November Paroxysmus vorüber.

9. December Menses. Sofort Kopfweh, mimisch verstört, schlaflos, reizbar, begehrlisch, schwatzhaft, affectirt, fluxionär. Puls klein, 120. Verlauf ganz wie der frühere Anfall.

9. Januar Menses ohne sichtlichen Einfluss. Am 14. Januar Paroxysmus vorüber.

26. Januar Menses. Seit dem 24. Januar Anfall unter 8,0 Bromkali und 0,02 Morphinum pro die. Anfall diesmal sehr mild und schon am 2. Februar vorüber.

17. Februar Menses. 20. Februar Paroxysmus bis 2. März. Diesmal keine Medication.

12. März Menses. Sofort 8,0 Bromkali. Es kommt zu fluxionären Erscheinungen, Gedankendrang, affectirtem begehrllichem Wesen, Reizbarkeit. Diese Erscheinungen traten nach 2 Tagen zurück. Diesmal kein Anfall.

Unter Fortsetzung der Bromkalimedication (6,0) am 8. April Menses. Sofort mimisch verändert, fluxionär, erotisch erregt, unet, schlaflos. Rasches Ansteigen zur Acme — grosse Bewusstseinsstörung, Ideenflucht, Verworrenheit, nur hie und da Knüpfung der Vorstellungen durch Alliteration, meist verworrener Galimathias, pathetischer Unsinn „die Todtentruhe am Bette des Vaters — wirst du mich so verlassen? — dass ich die Pfingstrose Dir nie darf bringen! Puls klein 110—120, Tremor der Hände. Am 18. April Paroxysmus gänzlich vorüber. Bromkali war erfolglos.

29. April Menses. Beginnender Paroxysmus, stereotypes Bild: Am 2. Mai auf der Acme. Bromkali, freilich erst im Anfall (zu 8,0) gereicht, erfolglos. Am 12. Mai rasche Lösung des Paroxysmus.

19. Mai	Menses, Paroxysmus vom 21.—30. Mai.
11. Juni	- - - 14.—24. Juni.
7. Juli	- - - 8.—18. Juli.
30. Juli	- - - 31. Juli bis 10. August.
21. August	- - - 22. August bis 3. September.
20. September	- - - 21. Sept. - 26. September.
17. October	- - - 19. October - 29. October.
11. November	- - - 17. Nov. - 27. November.

Bis zum August 1876 besteht dieser typische Zusammenhang. Mittlere Dauer der Anfälle 9—13 Tage.

29. August 1876 Menses. Neuer Versuch mit Bromkali 6,0 pro die!

1. Sept. Paroxysmus diesmal sehr mild und nur 4 Tage. Im September unter Fortgebrauch des Kal. bromat. weder Menses noch Anfall.

17.—25. October Paroxysmus mild. Von Menses wurde nichts bemerkt. Diese am 31. October unter 10,0 Bromkali; kein Anfall.

Vom 18. November an nur noch 6,0 Bromkali. Ohne Menses sehr milder Anfall vom 22.—30. November, obwohl Bromkali unregelmässig genommen, oft ausgespuckt wird.

Im December weder Menses, noch Anfall. 1877, seit 3 Monaten häufiges nächtliches Zähneknirschen.

31. Januar Menses. Bromkali 8,0. Kein Paroxysmus. Bromkali bis 9. Februar. Im Februar keine Menses. Vom 24. Februar an Bromkali 6,0 kein Anfall.

2. März Menses unter Fortgebrauch von 6,0 Bromkali. Kein Anfall. Vom 9. März an Bromkali ausgesetzt.

Vom 23. März an Bromkali. Menses traten Anfang April nicht ein. Keine Schwankung des vortrefflichen Befindens.

Beobachtung XIII.

Elise Weiher, 45 Jahre, Bauerfrau, 7. November 1865. Ascendenz unbekannt. Bruder und Schwester irrsinig. Bis zum 30. Jahr soll Pat. gesund gewesen sein. In diesem Jahr, während der ersten Schwangerschaft Melancholie, die sich löste. Mit 31 Jahren, jeweils zur Zeit der Menses auftretende Zustände von Exaltation mit grosser Bewusstseinsstörung, Verworrenheit, religiösen Delirien, Drang zu Gottesverehrung und Herumvagieren. Diese Zustände dauerten anfangs 10—12 Tage; in der intervallären Zeit sei die Kranke ruhig, besonnen und im Hauswesen tüchtig gewesen. Seit einer Reihe von Jahren wurden die menstrualen Paroxysmen immer länger, gingen schliesslich in einander über, so dass ein chronisches Irresein mit immer deutlicherem Charakter psychischer Schwäche resultirte, in welchem die einzelnen Menstrualphasen nur Exacerbationen des als allgemeine Verwirrtheit zu bezeichnenden chronischen Zustands schliesslich darstellten. Grosse Bewegungsunruhe, Schlaflosigkeit, verschwommene Vorstellungen einer religiösen Mission, Drang zu wallfahren, zu beten, Congestiverscheinungen charakterisirten diese Exacerbationen, welche unter Morphin-Injectionen bis zu 0,05 bedeutend ermässigt wurden. Die Kranke wurde einer Irrenpflegeanstalt übergeben.

Beobachtung XIV.

Gottlob, Helene, 29 Jahre, Bauerntochter, 14. März 1872. Angeblich keine Erblichkeit — und durchaus normale Entwicklung. Auch die Menses sollen regelmässig und ohne alle Beschwerden geflossen sein. Die Geisteskrankheit kam kurz vor der Aufnahme in die Anstalt zum Ausbruch. Umstände, unter welchen dieser erfolgte, nicht zu ermitteln. Seit sie in der Anstalt, soll sie alle 4 Wochen regelmässig zur Zeit der Menses aufgeregt, gewalthätig, isolirt sein und viel durch einander sprechen. Das slavonische Idiom der schwachsinnigen Pat. ist schwer verständlich.

Pat. ein grosses, grobknochiges, plumpes Individuum, Kephalonie. Intervallär ruhig, schwachsinnig, herumsitzend. Anfälle kommen ganz plötzlich. Pat. fängt an sich auf dem Kopf herum zu kratzen, angeblich, weil sie dort ein auraartiges wuselndes Gefühl im Scheitel- und Stirngegend verspürt.

Unter fluxionären Erscheinungen rascher Anstieg zur Acme. Augenscheinlich grosse Bewusstseinsstörung. Pat. singt, entwickelt profusen Rededrang, rutscht in der Zelle herum, nestelt an den Haaren, schmiert, Umgebung wird häufig feindlich verkannt und angegriffen. Der Paroxysmus löst sich binnen 10 Tagen. Bromkali per Os und als Speisesalz verschmält. Die Anfälle erscheinen regelmässig 2 bis 3 Tage vor den Menses bis zum 19. Februar 1876. An diesem Tage fallen sie mit dem Eintritt der Menses zusammen. Von da ab erscheinen sie postmenstrual um den 4. Tag der Menses, ohne indessen ihr Symptomendetail und ihren Verlauf zu ändern. Wiederholt wurden Anfälle zur erwarteten Zeit beobachtet bei ausbleibender Menstruation. Die Dauer der Anfälle ziemlich genau 10 Tage, selten einen

Tag weniger oder mehr. Bis zum März 1877 besteht dieses Verhältniss zwischen Menses und Anfall unverändert.

Ende März nochmaliger Versuch die Kranke zum Einnehmen von Bromkali zu bewegen. Weigerung. Es gelingt, dasselbe als Speisesalz in genügender Quantität (6,0) beizubringen.

Menses vom 25. bis 27. März. Unter Bromkali. Am 7. April Paroxysmus, der offenbar nur hinausgeschoben wurde. Der Anfall verläuft jedoch so mild wie noch nie, so dass es zu grosser Freude der Umgebung nicht zum Zerreißen und Zerstören kommt. Auch die Dauer (8 Tage) ist um einen Tag abgekürzt. Pat. ist selbst erfreut über dieses unerwartete Resultat und verspricht, aufgeklärt über den Zusammenhang, künftig einzunehmen in der Hoffnung, dass sie doch noch gesund werde.

Beobachtung XV.

Almer, Genoveva, 22 Jahre, Magd, 11. Januar 1874. Vater endigte durch Selbstmord. Pat. ist originär schwachsinnig, litt als Kind an Convulsionen. Mit 11 Jahren Variola. Mit 14 Jahren Menses, profus, unregelmässig unter chlorotischen Beschwerden. Mit dem 16. Jahre stellen sich ohne weitere Veranlassung, mit dem jeweiligen Eintritt der Menses, psychische Aufregungszustände mit maniacalischem Charakter ein, die circa 9 Tage dauern, nur eine summarische Erinnerung hinterlassen. Pat. ist dann jeweils noch einige Tage matt, schwach in den Gedanken, im Uebrigen wohl und lucid bis zum Eintritt der nächsten Menses, die einen neuen Anfall herbeiführen. Keine Symptome von Hysterie.

Die Beobachtung der Anfälle ergibt ein maniacalisches Bild von mässiger Intensität (Congestiverscheinungen, Schlaflosigkeit, heitere Stimmungslage bei sehr labiler Stimmung, grosser Bewegungs- und Gedankendrang), das ganz stereotyp zur Zeit der Menses wiederkehrt.

Am 24. Juli 1874 erkrankt Pat. an Typhus abdomin. schweren Verlaufs. Von der Reconvalescenz an bis zu der Entlassung am 28. Aug. 1875 werden trotz regelmässig wiederkehrender Menses keine Aufregungszustände mehr constatirt, so dass eine Tilgung der Disposition zur Krankheit in Folge des schweren Typhus angenommen werden muss.

Beobachtung XVI.

Frau Wilhelm, 40 Jahre, 2. Juni 1873. Eine neuropathische, sexuell äusserst erregbare Frau mit blitzenden, schmachtenden Augen. Anamnese, namentlich Gesundheitsverhältnisse der Ascendenz nicht zu erlangen. Pat. war vor 5 Jahren 3 Monate „tobsüchtig“. Genas. Seither gesund bis auf hysterische Beschwerden.

Am 30. Mai 1873 Menses; angeblich Erkältung beim Waschen an diesem Tag. Keine Suppress. mens. Am 31. plötzlicher Ausbruch einer Psychose — heftige Angst, glaubt umgebracht, speciell vergiftet zu werden. Schon am

1. Juni Mittags schlägt dieses melancholische Bild in ein nymphomanisches um. Am 10. Juni plötzliche Lösung der Tobsucht. Am 16. Juli Menses ohne alle Störung des Befindens. Körperlich keine Anomalie ausser ein leichter Descensus uteri. Am 21. Juli genesen entlassen. In der Folge gesund und regelmässig menstruirt bis 15. Februar 74 (Menses). An diesem Tage wird Pat. still, verstört, kniet herum, wird schlaflos, will nicht essen, äussert grosse Angst, in die Hölle zu kommen. In hochgradiger ängstlicher Erregung am 26. Februar Abends Wiederaufnahme. In der Nacht auf den 27. plötzlicher Umschlag in Nymphomanie (Coitusbewegungen, Onanie, macht Attentate auf die Aerzte, singt, tanzt, kugelt sich am Boden, frequenter Puls, sehr gesteigerte Herzaction, deutliche Fluxion zum Gehirn. Bromkali 8,0 pro die). Am 8. März Paroxysmus, der bis in's kleinste Detail dem früheren gleich, plötzlich vorüber. Summarische Erinnerung, Pat. erzählt, dass sie sich beständig in Geburtswehen glaubte. In der Folge erotisch, neuropathisch wie immer. Menses am 13. März bei Bromkali 8,0 verlaufen unter leichten hysterischen Beschwerden (Globus etc.) ohne psychische Complication. Gesund bis zum 28. Juli 1874 (Menses), 3. Anfall von Nymphomanie, aber diesmal ohne melancholisches Vorstadium. Pat. wird exaltirt, erotisch, lasciv, redselig, congestiv mit Eintritt der Menses und ist schon am 30. Juli auf der Höhe des Paroxysmus, der ganz in der früheren Weise verläuft, sich aber protrahirt, bis zum nächsten Menstrualtermine Ende August noch nicht vorüber ist, exacerbirt und erst Anfang September sich löst.

Die Menses Ende September gehen unter Bromkali 8,0 ohne den gefürchteten Anfall vorüber.

Ende October neuer Anfall von Nymphomanie, ganz wie früher, nur treten Thiervisionen, die schon im vorigen Anfall sich ephemere gezeigt hatten, entschiedener hervor und ergeht sich Patientin viel in Reimerei. Menses am 3. November ohne Aenderung des Zustandes. Plötzliche Lösung des Anfalls am 8. December. Bromkali, das freilich erst in diesem zu 8,0 gereicht wurde, ohne Erfolg.

Im December 1874, Januar und Februar 1875 weder Menses noch Anfälle. Am 3. März 1875 ganz plötzlich wieder nymphomanisch, unter Bromkali 8,0 schon am 11. März abklingend. Menses am 6. März eingetreten.

Von nun an werden die Intervalle nicht mehr ganz rein. Pat. bietet die Erscheinungen psychischen Verfalls, verliert den Sinn für Reinlichkeit, Aesthetik, salbt sich mit Koth und Urin.

Im April bleiben Menses und Anfall aus.

Im Mai prämenstruale Nymphomanie vom 4.—22. Mai. Im Juni und Juli Menses ohne Erregung. Am 25. Juli neuer Anfall, Menses am 27. Juli, Anfall am 31. Juli zu Ende. Die Paroxysmen in der Folge prämenstrual, bald kürzer (4 Tage), bald 2—3 Wochen dauernd.

Das stereotype Bild erhielt sich, nur findet die sexuelle Erregung mit fortschreitender psychischer Entartung zum Theil ihren Ausdruck darin, dass die Kranke sich im Koth und Urin wälzt, damit salbt. Auf der Höhe der Paroxysmen stellt sich sogar Koprophagie ein. Fortschreitender körperlicher und geistiger Verfall, vollständige Verblödung im Lauf des Jahres 1876, während gleichzeitig die Paroxysmen erst im Verlauf der Menses, gewöhnlich

am 2. Tage derselben auftreten, an Dauer und Intensität bedeutend milder werden, zuweilen nur noch in Spuren nymphomanischer Erregung bestehen.

Am 7. März 1877 wird die unglückliche Kranke einer Siechenanstalt übergeben.

Beobachtung XVII.

Nagele, Julie, 25 Jahre, Magd, 31. März 1875. Vater reizbarer, jähzorniger Mann, Notizen über die sonstigen Familienglieder nicht zugänglich. Pat. originär schwachsinnig. Mit 16 Jahren Menses. Diese in der Folge unregelmässig, unter Kreuzschmerzen, psychischer Verstimmung, Unlust zur Arbeit. Seit mehreren Jahren Hysterismus (Globus, Occipitalneuralgie, Cardialgie, labile Stimmung, Reizbarkeit, Fluxionen zum Gehirn, zeitweiser Präcordialdruck, Ohrensausen, Zuckungen in den Extremitäten) und zur Zeit der Menses jeweils ein eigenthümlicher Dämmerzustand von mehrtägiger Dauer, in welchem Pat. jeweils „kurios“ war, planlos fortlief, Alles stehen liess, verkehrt schwatzte. Seit einigen Monaten grössere Reizbarkeit, Klagen über Unklarheit der Gedanken, Gefühle von Verdummung im Kopf unter Congestiverscheinungen.

Am 29. März lief Pat., während sie gerade die Menses hatte, ohne Motiv aus dem Dienste, dämmerte in Kirchen und Strassen der Stadt herum und wurde endlich von einem Sicherheitswachmann auf freiem Feld früh Morgens angehalten und auf die psychiatrische Klinik gebracht. Pat. befand sich in einem eigenthümlichen Dämmerzustand, hatte keine Erinnerung für ihre unmotivierte Irrfahrt, wusste nur noch, dass sie am Morgen des 29. März Kopfweh und Wallungen zum Kopf hatte, mit dem Gefühl einer grossen geistigen Verwirrung und Verdummung planlos umherirrte.

Neuropathischer Habitus, glänzendes Auge, gerötheter, warmer Kopf, lebhaft pulsirende Carotiden. Puls 100, tard. Pat. war noch einige Tage in leichtem Dämmerzustand, schwer besinnlich, congestionirt, klagte etwas Präcordialdruck. Am 2. April waren die Erscheinungen verschwunden, Pat. bot in der Folge bis auf vage hysterische Beschwerden, zeitweise Bewegungsunruhe, unmotivirten Stimmungswechsel, leichte Fluxionen nichts Besonderes. Ende April mit Wiedereintritt der Menses abermaliger congestiver Dämmerzustand mit deutlichen maniacalischen Elementen (Bewegungsdrang, erotisches Wesen, Lachen, Heiterkeit). In diesem Zustand entwich sie aus dem Spital, lief eine Stunde weit auf der Landstrasse fort, warf unterwegs einem Glashändler Steine in den Korb, einem Bauer einen Stecken zwischen die Füsse etc., bis man sie arretirte. In's Spital zurückgebracht, hatte sie nur summarische Erinnerung für diese Streiche und wusste kein Motiv dafür. Nach einigen Tagen wieder Stat. quo ante. Pat. versuchte es wieder in ihrem früheren Dienst, verhielt sich angeblich ruhig, geordnet bis zum 1. Juni, wo sie wieder ganz unmotivirt davon lief, planlos herumvagirte, bis sie von der Polizei aufgegriffen und wieder auf die Klinik verbracht wurde. Abends am 1. Juni noch traten die Menses ein. Pat. war wieder congestiv, dämmerhaft, Miene eigenthümlich verwirrt, wie betrunken, Pat. unstet, klettert auf Bäume, ist deutlich erotisch erregt, macht allerlei Dummheiten, setzt über Stühle und

Bänke. Nach einigen Tagen wieder Stat. quo ante. Summarische Erinnerung. Bromkali 8,0 pro die im Anfall war erfolglos.

In ganz derselben Weise sind die folgenden Menstruationstermine mit solchen Dämmer- und Aufregungszuständen complicirt.

Am 26. November 1875 wurde Patientin von den Verwandten abgeholt und entzog sich dadurch der fernerer Beobachtung.

Beobachtung XVIII.

Frau Detmer aus Steiermark, 33 Jahre alt, stammt von einem hypochondrisch-melancholischen Vater und einer nervösen Mutter. Eine Schwester ist sehr reizbar, jähzornig.

Patientin von latenter Heredität bis zum Alter der Pubertät, menstruierte mit 12 Jahren, zeigte später ein nervöses, reizbares Temperament, heirathete mit 25 Jahren, gebar zwei Kinder, letzte Geburt vor zwei Jahren.

Von jeher geneigt zu Obstipation und Hämorrhoiden. Seit einem Jahre erschien Patientin verdrossen, übelgelaunt, reizbarer, namentlich zur Zeit der Menses, die früher regelmässig und reichlich, seit sechs Monaten zwar regelmässig, aber spärlich flossen. Dabei unstetes, aufgeregtes Wesen, übertriebenes Besorgtsein um das Wohl der Kinder. Diese psychische Veränderung wurde von den Verwandten auf Rechnung thatsächlicher ehelicher Missheiligkeiten und harter Behandlung von Seiten des Gemahls gesetzt.

Anfangs Februar 1873 steigerte sich die Unstetigkeit und Gereiztheit, verband sich mit Kopfschmerz, Schwindel und Oppression im Epigastrium.

Am 7. Februar trat ganz acut ein maniacalischer Anfall während der Menstruation auf, der Patientin schon in den folgenden Tagen der Irrenanstalt zuführte.

Sie war sexuell sehr erregt, äusserst obscön, das Bewusstsein sehr gestört.

Der Anfall spielte sich als Tobsucht ab und verschwand nach zehn Tagen ebenso plötzlich, wie er gekommen war. Patientin hatte nur summarische Erinnerung für diese Krankheitsperiode, erinnerte sich nur, dass sie in einer Zelle war, viele Farben an den Wänden sah und confusen Lärm hörte.

Sie war nun psychisch frei, aber nervös sehr erregbar und wurde in diesem Zustande von den Angehörigen zurückgenommen. Nach einem Spaziergange am 23. März fühlte Patientin sich plötzlich unwohl, bekam Lachkrämpfe und verfiel mit dem gleichzeitigen Eintritte der Menses wieder in Tobsucht, die nach 10 Tagen bei bis in's Detail dem ersten Anfalle gleichen dem Krankheitsbilde wieder verschwand.

Auch diesmal nur summarische Erinnerung, die sich auf das Bewusstsein, viel gelärmt und gesungen zu haben reducirte.

Am 23. April mit Eintritt der Menses 3. Anfall von Tobsucht, diesmal von 3 Wochen Dauer, plötzlich kommend und schwindend.

Darauf psychisch frei, nur matt, grosses Schlafbedürfniss.

Pat. von schlankem Wuchse, guter Ernährung, vegetative Functionen ungestört. Keine Degenerationszeichen. Puls 80. Uterus 1" über dem Introitus vaginae, etwas vergrössert und antevertirt. Die vordere Muttermundslippe

stark gewulstet und hypertrophisch. Das hintere Scheidengewölbe auf Druck empfindlich.

Vom 28. Mai an 2,0 Bromkali täglich. Vom 1.—6. Juni Menses ohne irgend welche Störung des Befindens. Mitte Juni Spuren von psychischer Erregtheit, Bewegungsunruhe, kneipende, juckende Gefühle in der Kopfhaut, welche Erscheinungen auf 4,0 Bromkali täglich und einige Injectionen von Extr. Opii aquos. sich bis zum 25. Juni verloren. Unter Fortgebrauch von 4,0 Bromkali verlief ein weiterer Menstruationstermin vom 27. Juni bis 2. Juli, ohne alle bedrohlichen Symptome. Am 4. Juli wurde das Bromkali, das ausser einer leichten Acne keine Nebenwirkungen zeigte, ausgesetzt.

22. Juli wurde wieder mit 2,0 Bromkali begonnen, vom 24. Juli an auf 4,0 gestiegen. Die Menstruation vom 27.—31. Juli verlief ohne die geringste Schwankung des Befindens. Da auch intervallär keine Krankheitserscheinungen mehr wahrnehmbar gewesen waren, wurde Patientin Anfang August entlassen mit dem Rathe, bei nahender Menstruation sich ruhig zu verhalten und 4,0 Bromkali zu nehmen.

Trotz sehr unbehaglicher Verhältnisse und vielfachem häuslichen Kummer erhielt sich die Gesundheit und verlief die Menstruation im August ohne alle Beschwerden. Den Erfolg der Behandlung zu beobachten verhinderte ein tragisches Ereigniss — der im September aus Kummer über traurige häusliche Verhältnisse stattgefundene Selbstmord der Unglücklichen. Es bestand kein Grund zur Annahme, dass derselbe in einem Anfälle von Irrsinn erfolgt sei (Psychiatr. Centralblatt 1876).

Beobachtung XIX.

Frl. Elmer, 23 Jahre, stammt aus einer Familie, in welcher Nervenkrankheiten zu Hause sind.

Muttersvater war ein exaltirter Mann, Muttersbruder irrsinnig, Vaterschwester wahnsinnig, Vatersbruder exaltirt, Bruder der Kranken ein excentrischer Mensch, der einen Anfall von Melancholie hatte.

Patientin als Kind scrophulös, entwickelte sich ungewöhnlich schnell, war sehr talentirt, von jeher excentrisch, zur Schwärmerei geneigt, nervös und gemüthlich sehr erregbar. Menses mit 16 Jahren, in der Folge regelmässig, aber häufig profus.

Mit 18 Jahren hysteriformes Krankheitsbild mit klonischen und tonischen Krämpfen. Später grosse Nervosität und häufige Ohnmachten.

Im Sommer 1874 verliebt sich Patientin in einen Herrn, der gar nichts davon ahnte, gerieth in eine exaltirt schwärmerische Stimmung, wurde endlich von ihren Verwandten aus ihren Illusionen gerissen, war in der Folge hypochondrisch-melancholisch verstimmt, wurde abulisch, meinte, sie habe einen Herzfehler, werde nun bald sterben.

Am 20. October Menses, einige Tage darauf exaltirte Stimmung, muthwilliges, unruhiges Wesen, Schlaflosigkeit. Am 30. October entwickelt sich binnen wenigen Stunden das Bild einer hochgradigen Tobsucht. Heiterer Affect bis zur Extase, grosser Bewegungsdrang, Gedankenflucht Verworrenheit, Silbenstecherei und Reimerei. Erotische Richtung im Delirium. Sie ist

schwanger, faselt beständig von Herz, Liebespfand, Umland, ihrem göttlichen Theodor, dem sie Herz und Hand weihet.

Die Umgebung wird aus reiner Bewegungslust geschlagen und getreten. Dabei Salivation, keine Fluxionserscheinungen zum Gehirn. Puls klein 80, keine Anämie, keine motorischen oder sensiblen Functionsstörungen. Constipation. Prolongirte Bäder. Kali bromat. 4,0.

Am 6. November plötzlicher Uebergang der Tobsucht in Ruhe, Lucidität mit Krankheitseinsicht. Patientin sehr emotiv, auch für acustische und optische Reize sehr empfindlich, sehr matt und der Bettruhe bedürftig.

Patientin hat nur summarische Erinnerung für ihre Krankheit.

Kopfweh, Gedankendrang und Schlaflosigkeit weichen abendlichen prolongirten Bädern.

Am 12. November Menses, profus bis 18. November. Am 16. November wird Bromkali ausgesetzt.

Am 25. November ohne alle Veranlassung nach mehrstündigem Kopfschmerz wieder tobsüchtig.

Der Anfall setzt plötzlich ein, erreicht die Acme binnen wenigen Stunden, verläuft genau wie der erste — anhaltend expansiver Affect, muthwilliges erotisches Wesen, enormer Gedankendrang, Verworrenheit, dieselben Gedankenreihen, Personalverwechslungen wie das erste Mal.

Am 6. December plötzliches Aufhören der Tobsucht, dieselben intervallären Erscheinungen, wie nach dem ersten Anfälle. Vom 25. November bis 6. December bekam Patientin täglich Bromkali 8,0.

Dasselbe wurde bloss symptomatisch, bei ausgebrochenem Paroxysmus angewendet und erwies sich in dieser Anwendungsweise erfolglos.

Vom 11.—16. December Menses. Am 20. December nach schlafloser Nacht und etwas Kopfschmerz neuer Tobsuchtsanfall bis zum 28., genau das Abbild der früheren.

Da die periodisch-menstruale Bedeutung des Falles nun ausser allem Zweifel war, wurde das vom 20. December an in der Dosis von 8,0 gereichte Bromkali in der Hoffnung einer vorbeugenden Wirkung fortgegeben.

Am 7. Januar 1875 Menses. Vom 9. Januar anstatt 8,0 täglich 10,0; am 11. Januar schwere Gedanken, ängstliche Träume, aber keine Tobsucht; vom 13. an 12,0 Bromkali. Am 15. Januar Kopfschmerz, Intercostalneuralgie.

Die kritische Zeit geht vorüber ohne Anfall, aber vom 20. Januar an Zeichen beginnender Bromkali-Intoxication — grosses Schlafbedürfniss, Muskelschwäche, rarer kleiner Puls, schwache Herztöne. Am 5. Febr. Menses. Die Intoxicationerscheinungen nehmen zu — Stupor, allgemeine Parese bei intacter Sensibilität und Reflexerregbarkeit.

Auswürgen von zähem Schleim, Rachenanästhesie, elender Radialpuls. Unfähigkeit zu essen, zu sitzen. Unter Fortgebrauch von 12,0 Bromkali geht die kritische Zeit gut vorüber.

Vom 20. Februar an nur noch 4,0. Schwankender taumelnder Gang, totale Verblödung; schwache Herztöne, fadenförmiger Puls von 114. Vom 25. Februar bleibt Bromkali weg.

Vom 27. Febr. an schwinden der Stupor, die Muskel- und Herzschwäche. Am 10. März sind die Erscheinungen der Bromkali-Intoxication vollständig

verschwunden. Patientin hat aus dieser ganzen Zeit nur spärliche, vage Erinnerungen.

Am 10. März Menses, 2,0 Bromkali; am 13. März 4,0, am 14. März 6,0, am 15. März 8,0, am 17. März 6,0, am 21. März 3,0; keine Schwankung des Befindens. Am 22. März Bromkali, das keine Spuren von Intoxication diesmal hinterliess, ausgesetzt.

Ausser leichten, nervösen Beschwerden intervallär vollkommen wohl.

Am 4. April 4,0 Bromkali, Menses am 6. April, am 9. April 6,0. Am 11. April Menses vorüber, am 13. April 4,0; am 16. April Bromkali bleibt weg. Ausser etwas Kopfschmerz war diesmal gar nichts Krankhaftes zu bemerken; in der Folge öfters Globusgefühle, Intercostalneuralgie. Am 3. Mai Menses, 4,0 Bromkali, täglich um 1,0 steigend.

Am 8. Mai Menses vorüber; am 10. Mai 6,0, am 14. Mai 4,0, am 18. Mai Aussetzen, völliges Wohlbefinden.

Am 26. Mai Menses um einige Tage zu früh. 4,0 Bromkali; in den folgenden Tagen Globus- und Weinkrämpfe. Am 29. Mai 6,0, am 30. Mai Menses vorüber 4,0. 1. Juni Bromkali ausgesetzt.

Anfangs Juni genesen entlassen. In der Folge wohl, treffliches körperliches Befinden, die hysterischen Beschwerden verlieren sich gänzlich. Psychische Störungen werden keine mehr beobachtet.

Zur Zeit der regelmässig eintretenden Menses wird vorsichtshalber noch Bromkali in der bisherigen Weise genommen. Vom Januar 1876 an auch nach Weglassen des Mittels keine psychopathischen Zustände mehr im Anschluss an die Menses (Psychiatr. Centralblatt 1876).

Aus den mitgetheilten Krankengeschichten und Tabellen ergibt sich deutlich der Zusammenhang zwischen Anfällen und Menstruationsterminen.

Die nächste Frage ist die nach dem pathogenetischen Zusammenhang zwischen beiden Erscheinungen.

Das Verständniss wird angebahnt durch die Thatsache, dass schon unter physiologischen Verhältnissen das Centralnervensystem des Weibes zur Zeit der Menses in einem Zustand erhöhter Erregbarkeit und Erregung sich befindet. Als ein ätiologischer Beleg für diese gynäkologische Thatsache mag die Erfahrung dienen, dass jenes zur Zeit der Menstruation gegen Noxen aller Art weniger widerstandsfähig ist und derartige Schädlichkeiten in diesem Zeitraum Wirkungen zu haben pflegen, die sie ausserhalb der Zeit der Menstruation nicht besitzen. Beweis dafür die Häufigkeit des Ausbruchs schwerer Nervenkrankheiten (Epilepsie, Chorea etc.) zur Zeit der Menses auf Grund von Schädlichkeiten, die intermenstrual tolerirt wurden.

Auch die Häufung von nervösen Anfällen (epileptische, hysterische) bei chronisch Nervenkranken, die Exacerbation des Leidens bei vielen dauernd Irrsinnigen zur Zeit der Menses spricht zu Gunsten einer grösseren Vulnerabilität des Centralnervensystems in diesem Zeitabschnitt.

Es liegt nahe, in dem Auftreten schwerer psychischer Symptomen-complexe um die Zeit der Menses nur eine pathologische Steigerung noch zur Breite des physiologischen Lebens zu rechnender Erregungszustände zu erkennen.

Die ungewöhnliche Reaction des psychischen Organs zur Zeit eines physiologischen Vorgangs weist auf eine dauernde Belastung hin, lässt jenes mindestens als einen *Locus minoris resistentiae* erkennen.

Eine solche Belastung ergibt sich aber durchweg in unseren Krankheitsfällen.

In 12 deuten neuro-psychopathische Erscheinungen bei der Ascendenz darauf, dass sie eine hereditäre ist, und bestätigen einen allgemeinen Erfahrungssatz, dass nämlich hereditäre Einflüsse vorzugsweise in physiologischen Lebensphasen sich geltend machen, i. e. den Ausbruch der Krankheit vermitteln. In allen Fällen, in welchen die Anamnese möglich war, zeigt sich als klinischer Ausdruck einer irgendwie entstandenen Belastung eine neuropathische Constitution mit mannichfachen sensiblen, motorischen, vasomotorischen Functionsstörungen und elementaren psychischen Anomalien.

In zahlreichen Fällen sind auf Grund dieser pathologischen Constitution, nicht selten anhebend mit dem Beginn der geschlechtlichen Functionen und als Vorläufer der späteren menstrualen Psychose, schwere Nervenkrankheiten (Hysterie 4mal), Irresein (4mal) zu constataren. In vier Fällen werfen nervöse oder leichtere psychische Störungen jeweils zur Zeit der Menses ihren Schatten voraus auf die kommenden Ereignisse und vermitteln den Zusammenhang mit der menstrualen Tobsucht in der oben schon angedeuteten Weise.

In 7 Fällen sind die Kranken originär schwachsinnig. Nicht minder deuten die in der Tabelle II. verzeichneten intervallären Symptome darauf hin, dass eine dauernde anomale Verfassung und Function der nervösen Centralorgane vorhanden ist.

An einer Belastung des psychischen Organs, das mindestens als *Locus minoris resistentiae* gedacht werden muss, kann somit nicht gezweifelt werden.

Erkennen wir in dieser Thatsache die belangreiche, wohl vielfach ausschlaggebende Prädisposition für die jeweilige menstruale Erkrankung, so bleibt die Frage übrig, ob der menstruale Vorgang als solcher

Tabelle I. Allgemeine Uebersicht über

No.	Alter bei der Erkrankung.	Aetiologie.	Prä morbide und constitutionelle Verhältnisse.	Genitalbefund.	Menses.
I.	20	Schwester psychopathisch, Typhus.	Originärer Schwachsinn. Im Anschluss an Typhus neuropathisch, dann melancholisch.	Normal.	Ausbleibend beim Ausbruch, dann regelmässig.
II.	33	Ascendenz unbekannt. Unglückliche Ehe.	Originärer Schwachsinn.	Normal.	Amenorrhöe anfangs, dann profus.
III.	31	Vater u. Schwester irrsinnig. Kummer.	Origin. Schwachsinn. Jeweils psychisch abnorm zur Zeit der Menses.	Fehlend.	Amenorrhöe.
IV.	22	Mutter hysterisch. Bruder psychopathisch. Scarlatina.	Kränklich, schwächlich, neuropathisch. Zur Zeit der Menses immer nervös aufgeregt.	Normal.	Spärlich unregelmässig.
V.	18	Muttersonkel tob-süchtig. Mutter krampfkrank.	Convulsionen als Kind. neuropathisch, zornmüthig, Chlorose.	Unvollkommen entwickelter anteflectirter Uterus.	Im Anschluss an den ersten Anfall, dann fehlend.
VI.	19	Ascendenz unbekannt. Pubertät.	Hydrocephalischer Schädel. Origin. Schwachsinn. Chlorose, Hysterie.	Leichte Vergrösserung des Uterus.	Zeitweise fehlend.
VII.	42	Vater irrsinnig.	Hysterie, profuse Menses, jeweils psychisch erregt zur Zeit der Menses und oft Krampfanfälle.	Endometritis catarrh. chron.	Profus.
VIII.	20 ^{1/2}	Vater potat. Mutter neuropath. Schwester melancholisch. Potus. Aerger?	Nervös, reizbar, Neigung zu Congestionen. Acuter Anfall von Irresein in der Pubertät. Anämie, profuse Menses.	Normal.	Profus unregelmässig.
IX.	31	?	Origin. Schwachsinn.	Fehlend.	Normal.
X.	20	Vater u. 2 Brüder irrsinnig.	Früh schon geschlechtliche Erregung, Onanie.	Normal.	Dysmenorrhöisch unregelmässig.
XI.	32	Mutter neuropath. Gemüthsbewegungen.	?	Anteversio uteri.	Dysmenorrhöe.
XII.	29	Vater originär verschoben. Gemüths-bewegungen.	Enger steiler Gaumen mit vorstehendem Os incisiv. Mit 27 Jahren Manie von 6 Monaten. Recidive mit 29 Jahren.	Fehlend.	Normal.

Aetiologie, Symptome, Dauer, Verlauf etc.

Prodromi.	Krankheitsform.	Mittlere Dauer der Anfälle.	Postparoxysmelle Sympt.	Intervalläre Symptome.	Ausgang.	Bromkalithherapie.
Fluxion. Kopfschmerz, Steigerung der melancholisch. Symptome.	Stupor mel. mit intercurrent. ängstl. Erregung.	Tage 15	Mattigkeit Erschöpfung.	Neuralgie.	Ausbleiben der Anfälle.	Präventiv.
Fluxion. Präcordial-angst. mel. Verstimmung.	Mel. dann relig. Exalt. Rapt. mel. Stupor.	15	Keine.	Keine.	—	—
Fluxion.	Stupor. mel. mit int. ängstl. Erregung.	12,5	Keine.	Keine.	—	—
Fluxion. Schlaflosigkeit, Reizbarkeit, gastrische Beschwerden.	Manie.	13,5	Grosse Mattigk.	Neuropathisch exaltirt.	—	—
Fluxionen.	Manie.	10,5	Keine.	Anämie. Masturbation.	—	Präventiv u. symptom.
Fluxionen, Gereiztheit, Verstimmung.	Manie.	3	Keine.	Fluxion. Hysterie.	—	θ
1. Anfall mit mel. Vorstadium, später primäre Manie.	Manie.	4,5	Keine.	Hysterie.	—	Präventiv u. symptom.
Fluxion. Reizbarkeit, Kopfweg, schlaflos.	Manie.	6	Mattigkeit Stupor.	Globus. Fluxion.	—	—
Schlaflosigkeit.	Manie.	11	Keine.	Erotisch, reizbar.	Chron. Erregungszustand.	Symptomatisch.
Fluxionen.	Manie.	25,5	Ermattung.	Fluxion. Kopfweg.	—	Präv. u. symptom.
Reizbarkeit, Schlaflosigkeit	Reizbare Manie.	über 20	Ermattung.	Reizbarkeit.	Secund. psych. Schwäche.	—
Schlaflosigkeit, Reizbarkeit. Fluxion.	Manie.	über 10	Keine.	Reizbarkeit.	Ausbleiben der Anfälle.	—

Tabelle I. Allgemeine Uebersicht über

No.	Alter bei der Erkrankung.	Aetiologie.	Prämorbide und constitutionelle Verhältnisse.	Genitalbefund.	Menses.
XIII.	31	Bruder u. Schwester irrsinnig.	Melancholie im 30. Jahre.	Normal.	Normal.
XIV.	29	Keine Erblichkeit. Aeltern intact.	?	Normal.	Zeitweise fehlend und verfrüht.
XV.	16	Vater Selbstmörder.	Als Kind Convulsionen. Originär schwachsinnig.	Fehlend.	Normal.
XVI.	40	?	Neuropathisch. Mit 35 J. 3 Monate tobsüchtig. Hysterie.	Descensus uteri.	Zeitweise fehlend.
XVII.	16?	Vater jähzornig.	Originär schwachsinnig. Hysterie, Fluxionen; zur Zeit der Menses jeweils psychopathisch.	Normal.	Normal.
XVIII.	33	Vater psychopath. Mutter nervös. Schwester jähzornig, Unglückliche Ehe.	Nervös. Steigerung der habituellen Reizbarkeit.	Uterus leicht vergrößert, antevertiert.	Spärlich.
XIX.	23	Grossvater exaltirt. Onkel u. Tante irrsinnig. Onkel exaltirt. Bruder irrsinnig.	Scrophulös, excentrisch, nervös, später hysterisch, hypoch.-melancholisch.	Fehlend.	Profus.

eine genügende Gelegenheitsursache abgiebt, oder Störungen dieses physiologischen Vorgangs, beziehungsweise jenen zu Grunde liegende locale oder allgemeine Erkrankungen (Chlorose, Neurose etc.) als Gelegenheitsursache in's Gewicht fallen. Ist die principielle Erledigung dieser ätiologischen Frage an und für sich schwer, so scheint es kaum thunlich, eine Beantwortung mit dem vorliegenden Material zu versuchen, je selbst im Einzelfall ist es kaum möglich, das Gewicht der hier zur Geltung gelangenden Factoren auch nur annähernd abzuschätzen.

Unmöglich kann ein Einfluss der functionellen und organischen Störungen, wie sie in der Mehrzahl der Fälle im Bereich der Sexual-

Aetiologie, Symptome, Dauer, Verlauf etc.

Prodrome.	Krankheitsform.	Mittlere Dauer der Anfälle.	Postpartoxysmelle Sympt.	Intervalläre Symptome.	Ausgang.	Bromkalithera- pie.
?	Manie.	11 Tage	?	?	Chron. Erregungszustand.	0
Fluxion, auraartiges Kriebeln auf dem Kopf.	Manie.	10	Keine.	Keine.	Psych. Schwäche.	0
Fluxion.	Manie.	9	Mattigkeit.	Keine.	Ausbleiben der Anfälle n. Typh.	0
In den 2 ersten Anfällen mel. Vorstad., sonst Fluxion.	Nymphomanie.	17	Keine.	Hysterisch erotisch.	Sec. psych. Schwäche.	Präventiv u. symptomat.
Fluxion. Kopfweh.	Dämmerzustand mit maniacalisch. Erscheinung.	6	Keine.	Hysterisch Fluxion.	Fortdauer d. Anfälle.	Symptomatisch.
Kopfweh, Schwindel, Oppression im Epigastrium.	Manie.	13	Mattigkeit.	Nervös.	Ausbleiben der Anfälle.	Prävent.
Kopfweh.	Manie.	9	Mattigkeit.	Nervös, reizbar.	—	Präv. u. symptom.

organe vorhanden sind, aetiologisch von der Hand gewiesen werden, aber es ist andererseits nicht zu übersehen, dass die gynäcologischen Befunde durchweg geringfügig, die quantitativen und qualitativen Abweichungen der Menses von der physiologischen Norm zum Theil erst im Verlauf der psychischen Erkrankung auftreten, zum Theil auf allgemeine Störungen der Ernährung sich zurückführen lassen, zum Theil vor und nach der Krankheit vorhanden sind, ohne so bedeutende Rückwirkungen zu äussern.

Berücksichtigen wir ferner, dass in 5 Fällen weder anatomisch noch functionell Anomalien im Bereich der Sexualorgane sich auf-

finden liessen, so dürfte das ätiologische Schwergewicht in unseren Fällen auf den Zustand des Centralorgans fallen, mindestens die Annahme gerechtfertigt sein, dass der normale Menstruationsvorgang an und für sich genügen kann, um das abnorm erregbare Gehirn im Sinn einer acuten Psychose zu beeinflussen.

In einzelnen Fällen dürfte ein Einfluss von mit dem menstrualen Reizvorgang zur Zeit des ersten Anfalls coincidirenden Schädlichkeiten (Typhus-Reconvalescenz, Alcoholica, Gemüthsbewegungen etc.) nicht von der Hand zu weisen sein, bei einmal entwickelter Krankheit genügten die Vorgänge der Menstruation an sich, um die jeweilige Wiederkehr der Paroxysmen herbeizuführen, ähnlich wie wir dies bei Epileptischen zu beobachten gewohnt sind.

Ueber die Pathogenese der Anfälle von menstruellem Irresein können bei dem gegenwärtigen Stand unsrer Kenntnisse von den Beziehungen der Uterinnerven zum Centralorgan nur Vermuthungen aufgestellt werden. Unzweifelhaft werden von den menstrualen Vorgängen, soweit überhaupt das Centralorgan von ihnen in Mitleidenschaft versetzt wird, ganz besonders vasomotorische Nerven afficirt. Die Fluxionen zur Zeit der Menses, die Vorgänge im Klimacterium, die heftigen, unter Fluxionen einhergehenden Tobsuchtsanfälle in nicht seltenen Fällen von *M. suppressa*, wo doch Niemand eine physicalisch bedingte, durch die unterdrückte Ausscheidung vermittelte Fluxion statuiren wird, sondern in der durch Schrecken etc. unterdrückten Menstruation und darauf folgenden Fluxion zum Gehirn nur an vasomotorische Innervationsstörungen gedacht werden kann, rechtfertigen diese Annahme.

Gerade bei den Fällen unserer Studie zeigt sich aber als nahezu constante Begleiterscheinung der psychischen Symptome eine erhebliche Fluxion zum Gehirn, die beim Fehlen einer Herzhypertrophie oder einer gesteigerten Energie der Herzthätigkeit nur in vasomotorischen Ursachen gesucht werden kann und, da sie die Paroxysmen einleitet, auch nicht als Folgeerscheinung der Hirnerregung betrachtet werden darf.

Deuten schon der peracute Verlauf und die erhebliche Störung des Bewusstseins während der Krankheitsdauer auf eine zwar intensive, aber transitorische Affection des psychischen Centralorgans hin, wie sie kaum anders als unter dem anatomischen Bild eines Gefässsturms denkbar wäre, wobei freilich nicht Hyperaemia cerebri schlechthin gleichwerthig Tobsucht zu setzen ist, so entsprechen auch die Detail-

erscheinungen des Krankheitsbilds, sein rapider Anstieg zur Acme unter prodromaler Fluxion, Reizbarkeit, Kopfweh, Schlaflosigkeit, die Gesamtheit der mit Congestion einhergehenden psychischen Reizerscheinungen, der plötzliche Abfall zur relativen Norm des psychischen Lebens durchaus einer Wallungshypæmie des psychischen Organs, einer vasomotorischen Neurose desselben. Ob und in wieweit ausgebreitete Widerstände in der peripheren Gefässbahn, wie sie in der 1. Beobachtung durch einen Gefässkrampf bestanden, das Eintreten einer cerebralen Fluxion begünstigen, muss dahingestellt bleiben.

Die nächste Frage ist nun die, auf welche Weise der menstruale Process im Stande ist, einen fluxionären Vorgang im Hirn herbeizuführen, wie er einen solchen thatsächlich und physiologisch in den Genitalien auslöst, dessen Coëffecte ja eben die beiden Erscheinungen des menstrualen Processes (Platzen eines Follikels mit Freiwerden eines Ovulum und menstruale blutige Ausscheidung) sind.

Offenbar ist die menstruale Congestion, wie dies Pflüger a. a. O. lehrt, nur ein reflectorischer Vorgang, ausgelöst im Centralorgan durch mit dem wachsenden Graaf'schen Follikel sich summirende Reize auf die Ovarialnerven, deren Erregungszustand vasomotorischen Centren im Centralorgan übermittelt wurde.

Es liegt nahe anzunehmen, dass unter pathologischen Bedingungen (neuropathische Constitution, labiles Gleichgewicht der Innervation) der reflectorische Reiz im Centralorgan weiter irradiirt und Gefässgebiete afficirt, die unter normalen Verhältnissen gar nicht oder wenigstens nicht so intensiv getroffen werden. Eine weitere Verfolgung dieser Hypothese dürfte hier nicht am Platz sein. Dass das vasomotorische Nervensystem bei unsren Fällen abnorm functionirt, darauf deutet, im Sinn der Wolff'schen Untersuchungen, der tarde Puls, den sie auch ausser der Zeit der Anfälle boten, ferner der Umstand, dass der Puls im Paroxysmus, soweit darauf geachtet wurde, noch tarder war, als in der intermenstrualen Zeit (vgl. Beob. 1).

In zahlreichen Fällen, wie Tab. II Taf. III. ausweist, kehrten die Paroxysmen zur menstrualen Zeit wieder, ohne dass eine menstruale Blutung auftrat. Wenn wir berücksichtigen, dass diese nur eine äusserlich sichtbare Theilerscheinung eines complicirten Vorgangs (Menstruation) ist, die erfahrungsgemäss fehlen kann, trotz eintretender Ovulation (Fälle von Conception bei Amenorrhöe!), so verliert diese Thatsache alles Auffällige und weist geradezu darauf hin, dass das auslösende Moment für die periodischen Irreseinsanfälle nicht in der Art und Weise der menstrualen Blutung, sondern, im Sinn der obigen Hypo-

these, in dem periodisch wiederkehrenden, mit der Ovulation gesetzten Erregungsvorgang der Ovarialnerven gelegen ist.

Bezüglich des etwaigen praedisponirenden Einflusses des Lebensalters ergibt sich, dass das menstruale Irresein zu jeder Zeit des zeugungsfähigen Alters auftreten kann. Die frühere oder spätere Erkrankung scheint im Allgemeinen abhängig von dem Grad der Belastung und zufällig zur Zeit eines Menstrualtermins den menstrualen Reizzustand cumulirenden Schädlichkeiten.

Bei vier besonders Belasteten fiel die Erkrankung in die Zeit vom 15. bis 20. Lebensjahre, also nahe in den Zeitraum der Pubertätsvorgänge, bei zweien geradezu mit diesen zusammen. Sechs weitere Fälle erkrankten im 20.—25. Jahre; zwei im 25.—30. Jahre; sechs im 30. bis 31. Jahre; zwei nach dem 35. Lebensjahr.

Was die zeitliche Verknüpfung von Paroxysmen und Menstrualterminen betrifft, so ergibt sich aus Tab. II 8mal (1., 2., 3., 4., 5., 6., 10., 14) unter den 17 darauf untersuchten Fällen ein praemenstruales, 6mal (8., 11., 12., 16., 17., 18) ein menstruales, 3mal (7., 9., 19.) ein postmenstruales Auftreten der Anfälle, insofern die blutige Ausscheidung als äusserlich erkennbarer Eintritt der Menstruation genommen wird, welcher Zeitpunkt freilich nicht zusammenfallen dürfte mit dem des platzenden Graaf'schen Follikels.

Das zeitliche Verhältniss zwischen Anfall und Menses ändert sich in der Mehrzahl der Fälle nicht. In B. 6 verspätet sich der Anfall im Verlauf der Beobachtung, so dass er mit den Menses coincidirt, in B. 14 zeigt sich intercurrent dieselbe Erscheinung; es kommt zu menstrualen, dann postmenstrualen Anfällen, bis sich der frühere Typus wieder herstellt. In den menstrualen Fällen 8., 12., 16 anteponirt der Paroxysmus im Verlauf zeitweise oder dauernd. Im Fall 11 kommt es einmal zu einem intermenstrualen Paroxysmus, so dass es den Anschein erweckt, als ob mit der häufigeren Wiederkehr dieser, analog der sogenannten epileptischen Veränderung, eine bleibende functionelle Aenderung im Centralorgan sich etablirt hätte, die nun auch nicht menstrualen Reizvorgängen die Auslösung von Paroxysmen gestattete. Nur in 4., 6. schneidet der Anfall mit der eintretenden, in 2. und vorübergehend in 17. mit der aufhörenden Menstrualblutung ab. Im Uebrigen beeinflusst das Fliessen der Menses den gerade vorhandenen Paroxysmus bezüglich seiner Dauer nicht. Was die Dauer der menstrualen psychischen Krankheitsbilder betrifft, so ist sie dem symptomatischen und transitorischen Charakter der zu supponirenden Hirnstörungen gemäss, eine kurze, im Durchschnitt 1—2 Wochen betragende,

bei den verschiedenen Individuen und in demselben Fall zu differenten Zeiten übrigens sehr schwankende. Die Intensität des menstrualen Reizzustandes, der jeweilige Erregbarkeitszustand des Centralorgans, zufällige cumulative Schädlichkeiten sind eben Factoren von wechselnder Bedeutung. In einzelnen Fällen (B. 3., 9., 10., 11., 12., 16., 18) werden die Anfälle mit ihrer häufigeren Wiederkehr länger, und indem der durch den vorausgehenden Menstruationstermin eingeleitete psychische Erregungszustand mit dem des nächstfolgenden noch nicht abgelaufen ist, gehen die Paroxysmen in einander über, und droht der Ausgang in ein continuirliches chronisches Irresein, in welchem die einzelnen Menstrualphasen dann nur Exacerbationen desselben darstellen.

Wenden wir uns zur Betrachtung des paroxysmellen Krankheitsbildes, so ergeben sich zwei Erscheinungsweisen des Irreseins im Zusammenhang mit dem Menstruationsvorgang, melancholische und maniacalische.

Die Manie ist die häufigste Erregungsform (16 Fälle) gegenüber den 3 als periodische Melancholie verlaufenden Fällen.

Die Fälle mit melancholischem Krankheitsbild sind mit Stupor verbunden, gehen mit grosser motorischer Gebundenheit einher, die nur temporär durch schreckliche Erwartungsaffecte oder Hallucinationen überwunden wird.

Die Fälle von Manie repräsentiren alle Nuancen dieser Krankheitsform bis zur Höhe der Tobsucht. Einmal erscheint die Manie unter dem Bild der Nymphomanie (B. 16), einmal als zornige Tobsucht (B. 11), einmal als Dämmerzustand, ähnlich den epileptoiden, mit maniacalischen Symptomen (B. 17).

In mindestens der Hälfte der Fälle von Manie finden sich Hallucinationen, darunter 3mal Thiervisionen, 11mal unter den 16 Manien eine sexuelle Erregung, 5mal ist Salivation notirt.

Stellen wir uns die Frage, ob das menstruale Irresein spezifische, der psychischen Sphäre angehörige Symptome besitzt, die es klinisch als besondere Form des Irreseins characterisirten und seine Erkennung schon beim ersten Anfall ermöglichten, so muss diese Frage, so fern es gestattet ist, aus der der obigen, immerhin geringen Casuistik einen Schluss zu ziehen, mit nein beantwortet werden.

Nur vom ätiologischen Standpunkt aus kann demselben eine allerdings bedeutungsvolle Sonderstellung zuerkannt werden. Indessen ist nicht zu läugnen, dass gewisse somatische Symptome, gewisse Eigenthümlichkeiten des Verlaufs, die Verwerthung der Anamnese, die grosse Bewusstseinsstörung im Paroxysmus und die daraus resultirende defecte Erinnerung schon nach dem ersten Anfall eine Wahrscheinlich-

keitsdiagnose bezüglich der ätiologischen Bedeutung des Krankheitsbilds gestatten. Auf eine symptomatische oder sympathische Bedeutung desselben weisen hin:

1) Das fehlende melancholische Vorstadium, das in allen unseren manischen Fällen, ausgenommen 7 u. 16, vermisst wird, aber auch in diesen nur ein- oder zweimal sich vorfindet.

2) Die Einleitung des Krankheitsbildes mit Erscheinungen einer fluxionären Hirnreizung (Congestiverscheinungen, Kopfweh, Schlaflosigkeit, gemüthliche Reizbarkeit).

3) Der rapide Anstieg des Krankheitsbilds zur Acme, sein Verweilen auf dieser mit nur geringfügigen Remissionen bis zum jähen Abfall zur relativen Norm der psychischen Existenz.

4) Der peracute Verlauf der Krankheit.

5) Die lebhaften Fluxionserscheinungen während deren Dauer, die schwere Bewusstseinsstörung bis zu wahren Stupor- und Dämmerzuständen mit nur summarischer Erinnerung für die Erlebnisse im Anfall.

6) Die tiefe mimische Entstellung in diesem, so dass während desselben die Persönlichkeit physiognomisch eine ganz andere ist.

Die Bedeutung dieser Momente wird gesteigert durch die Anamnese, welche

7) auf praemorbide constitutionelle, im Sinn einer Belastung zu verwerthende Erscheinungen hinweist, ferner

8) durch die Berücksichtigung des neuropsychischen Zustands nach dem Anfall, der auf dauernde nervöse Anomalien (Pulsus tardus etc.) hindeutet. Zweifellos wird die Diagnose, wenn Symptome und Verlauf eines folgenden Paroxysmus mit dem ersten verglichen werden können, insofern

9) die zeitliche Verknüpfung mit Menstrualterminen sich nun herausstellt,

10) wie bei allen periodischen Irreseinszuständen, so auch hier Prodromi, Symptome, Symptomenreihen und Verlauf der beiden Anfälle bis in's kleinste Detail mit einander übereinstimmen.

Werfen wir noch einen Blick auf den intervallären Zustand der Patienten, so finden sich hier zunächst Nachwehen des vorausgehenden Anfalls in Form von psychischer und körperlicher Ermattung, Erschöpfung, deren Dauer im Allgemeinen der Intensität und Dauer der Paroxysmen entspricht, dann Symptome der neuropathischen Constitution und präexistirender constitutioneller Nervenkrankheiten (Hysterie etc.) sowie, bei lange bestandenem menstrualen Irresein, Zeichen

einer hereinbrechenden geistigen Schwäche, endlich Prodromi eines nahenden abermaligen Anfalles.

Der Gesamtverlauf des menstruellen Irreseins erweist eine Tendenz zu fortwährender Wiederkehr der menstruellen Paroxysmen in der Mehrzahl der Fälle, jedoch geschieht es nicht selten (B. 3., 4., 8., 11., 12., 14., 16), dass die Paroxysmen temporär während Monaten bis Jahren mit Besserung der Constitution, Versetzung in die günstigen Verhältnisse eines Krankenhauses trotz wiederkehrender oder auch bei ausbleibenden Menses (fehlende Ovulation?) verschwinden.

In einem Fall (B. 6), allerdings einem sehr milden, erfolgte die Genesung spontan, in einem anderen (B. 15) brachte sie nach mehrjähriger Krankheitsdauer ein schwerer Typhus.

In fünf Fällen (9., 10., 11., 13., 16) kam es mit der fortdauernden Schädigung des psychischen Organs durch menstruale Congestionen und Anfälle zu secundären psychischen Schwächezuständen (allgemeine Verwirrtheit, Blödsinn), wobei, vielleicht auf Grund der abnehmenden Erregbarkeit des tiefer erkrankten Gehirns, in einzelnen Fällen ein Milderwerden der Anfälle bis zu blossen Andeutungen solcher (s. bes. B. 16) zu bemerken war. Die Prognose des Leidens, soweit nicht in der Therapie zu besprechende neue Gesichtspuncte eingreifen, erscheint sonach eine ungünstige, wie die der periodischen Psychosen überhaupt.

In therapeutischer Beziehung fordert die *Indicatio causalis* eine Bekämpfung der neuropathischen Constitution, der verminderten Widerstandsfähigkeit des Centralorgans, durch Besserung der Ernährung und Blutmischung (Hydrotherapie, Ferrum), die Fernhaltung psychischer Reize, namentlich geschlechtlicher, die Beseitigung etwaiger Uterinerkrankungen.

Der ungenügende Erfolg dieser zudem vielfach nicht erfüllbaren Indicationen liess ein Heilmittel wünschenswerth erscheinen, das, ähnlich wie bei der Epilepsie, die Erregbarkeit der nervösen Centren direct herabsetzt und dadurch, namentlich zur Zeit der Menses, jene widerstandsfähiger gegen den von der Peripherie kommenden Reizungsvorgang macht.

Die dieser Forderung entsprechende und in zahlreichen Fällen von Epilepsie bewährte Wirkung des Bromkali liess Versuche mit diesem Mittel auch bei dem menstrualen Irresein wünschenswerth erscheinen. Obwohl diese Versuche vielfach keineswegs mustergültig waren und die Anzahl der behandelten Fälle zu klein erscheinen dürfte, um ein endgültiges Urtheil über den Werth des Mittels zu ge-

statten, verdienen die therapeutischen Resultate dennoch alle Beachtung und eine eingehende fernere Prüfung, in der Hoffnung, dass es gelinge in der rationellen Anwendungsweise ein Mittel zu finden, das die triste Prognose des menstrualen Irreseins zu einer günstigen umzugestalten berufen sein dürfte.

Einer Behandlung mit Bromkali wurden unterzogen vierzehn Fälle (1.—5., 7.—12., 16., 18., 19.). In sechs (1.—4., 18., 19) war die Wiederkkehr der Anfälle mit dem Eintritt der Bromkalimedication trotz wiederkehrender Menses abgeschnitten, und erfolgten auch keine Anfälle mehr, als das Bromkali nach längerem Gebrauch ausgesetzt wurde.

In B. 5 traten zwar keine Anfälle, aber auch keine Menses mehr ein. In B. 7. und 8. wurde das Experimentum crucis gemacht. Die Anfälle wurden sofort abortiv (7) oder blieben sofort aus (8), kehrten aber nach Aussetzen des Bromkali wieder, um nach Wiedergabe desselben dauernd zu verschwinden.

In allen diesen neun vorwiegend frischen Fällen war die Medication eine präventive, insofern das Bromkali vor dem Zeitpunkt der befürchteten Anfälle schon gereicht wurde.

Ein temporärer Erfolg zeigte sich bei präventiver Anwendung in B. 10, wo zum erstenmal seit Jahren ein Paroxysmus zur Zeit der Menses ausblieb, ferner in B. 11, wo die Anfälle selbst nach Aussetzen des Bromkali ausblieben, nach 4 Monaten wieder eintraten, desgleichen in B. 16.

Eine so consequente Behandlung fand in diesen zudem schon lange dauernden Fällen leider nicht statt.

In neun Fällen (4., 8., 9., 10., 12., 16., 17., 19) wurde die Wirkung des durante Paroxysmo gereichten Bromkali beobachtet.

Eine Milderung und Abkürzung der Anfälle bei dieser symptomatischen Behandlungsweise zeigte sich in B. 4, insofern jene statt durchschnittlich 15 Tagen nur noch 8 Tage dauerten, in B. 8 (7:4 Tage), in B. 11 (20:2). Auch in B. 12, 16 zeigte sich Abkürzung der Anfallsdauer, während in B. 9., 17. u. 19. ein negativer Erfolg, in B. 10 sogar eine Protahirung der Anfälle constatirt wurde.

Bei präventiver Behandlung ergab sich somit:

ein dauernder Erfolg unter 9 in 9 Fällen,
- temporärer - - - 3 - 3 -

Bei symptomatischer Behandlung ergab sich:

ein positiver Erfolg unter 9 in 5 Fällen,
- negativer - - - 9 - 4 -

Es ergibt sich somit, dass für eine erfolgreiche Beseitigung des krankhaften Hirnzustandes als Grundlage der Anfälle nur die präventive Behandlung mit Bromkali belangreich ist. Dazu ist vor Allem erforderlich eine genaue Notirung der jeweiligen Menstruationstermine, die Ermittlung, ob der Anfall praemenstrual oder postmenstrual eintreten pflegt, und die rechtzeitige Incorporirung des Mittels, damit der menstruale Reizvorgang ein unter der vollen Wirkung des Bromkali stehendes Gehirn treffe.

Eine geringere Tagesdosis als 6,0 scheint nach den gemachten Erfahrungen unsicher.

Die geringere Toleranz gegen Bromkali von Seiten des weiblichen Geschlechts, wie sie auch bei Epileptischen beobachtet wurde, scheint sich auch hier zu bestätigen. In zwei Fällen (8., 19) trat Bromkaliintoxication ein. Sie lässt sich vermeiden, wenn das in der intervallären Zeit ohnedies entbehrliche Mittel ausgesetzt wird. Dann lässt sich auch ohne Gefahr, wenn nöthig, zur gefährlichen Zeit die Tagesdosis auf 10,0 erhöhen. Bei Amenorrhoe, unregelmässigen Menses oder variirendem Anfallstypus scheint eine continuirliche Bromkalibehandlung erforderlich. Eine etwaige Bromkaliintoxication ist dann das kleinere Uebel gegenüber der Wiederkehr von Paroxysmen.

Opium, Morphinum, Chloralhydrat erwiesen sich praeventiv und symptomatisch erfolglos, nur in B. 11 wirkten Morphinum-Injectionen, als sich Bromkali erfolglos erwies, mildernd und abkürzend.

Bei ausgebrochenem Anfall verlangt die *Indicatio symptomatica* Bettruhe, Isolirung, Bromkali. Bei heftiger Fluxion können Kälte und Bäder Verwendung finden.

Möge die Behandlung dieser Krankheitszustände mit Bromkali eine Prüfung Seitens der Fachgenossen finden und die Hoffnung auf eine Bestätigung seiner Wirksamkeit zum Wohle unglücklicher Kranker sich erfüllen!

Nachtrag.

In einer mir leider erst nach Schluss des Manuscripts zugekommenen Arbeit (Psychiatrische Studien aus der Klinik des Prof. Leidesdorf, Wien 1877) bringt Dr. Weiss S. 24 u. 84 des genannten Werkes 2 klassische Fälle von menstrualem periodischen Irresein, die durch Atropinbehandlung günstig beeinflusst wurden. Die Atropinbehandlung wurde auf Grund der Anschauung eingeleitet, dass die menstrualen

Irreseinsanfälle auf dem Boden einer epileptischen Neurose stehen, als eine Art „psychischer Epilepsie“ anzusehen sein dürften. Schon in einem früheren Aufsatz über epileptische Geistesstörung (Wien. med. Wochenschrift 1876 No. 18) streift Dr. Weiss diese Frage, glaubt, dass sie bejahend zu beantworten sei, meint, dass in solchen Fällen Antiepileptica zu versuchen wären und möglicherweise der therapeutische Erfolg für die Richtigkeit dieser Ansicht sprechen könne.

Bekanntlich hat schon Griesinger in seinem Lehrbuch die periodische Tobsucht „eine üble Form wahrer psychischer Epilepsie“ genannt, die mit der gewöhnlichen, habituell gewordenen Epilepsie die schlimme Prognose theile.

Die von Weiss vertretene Anschauung verdient jedenfalls alle Beachtung, obwohl sie wahrscheinlich nicht für alle Fälle des periodisch menstrualen Irreseins zutrifft.

Der genannte Autor stützt sie S. 30 auf den den psychisch epileptischen Anfällen, wie auch dem menstrualen Irresein zukommenden brusken Ausbruch und unvermittelten Abfall der Symptome, die rasche und sofort auch vollkommene psychische Restitution, die periodische Wiederkehr der Störung in derselben Form und mit demselben Inhalt, den Umstand, dass selbst nach jahrelanger Wiederkehr der Anfälle eine irgendwie auffällige psychische Abschwächung nicht eintrete.

Das letzte Kriterium scheint mir nicht stichhaltig, nicht zutreffend, und wird auch durch den Ausgang mehrerer meiner Beobachtungen (9., 10., 11., 13., 16) widerlegt.

Unzweifelhaft spricht der bruske Eintritt und Abfall des zudem peracuten Krankheitsbilds für einen symptomatischen Character desselben, und sind wir berechtigt, überall, wo ein derartiger Verlauf sich findet, auf eine zu Grunde liegende Neurose zu schliessen.

Ob das immer eine epileptische Neurose sein mag, erscheint fraglich. Jedenfalls kommen auch bei Hysterischen, bei Hereditären, bei Alcoholisten nach dem gleichen Schema ablaufende, peracute psychopathische Zustände vor, nicht zu gedenken vieler Fälle von Mania transitoria und freistehendem Raptus melancholicus, deren neurotische Basis noch zu finden ist, wenn deren epileptische Natur für die Mehrzahl der in der Literatur beschriebenen Fälle auch nicht mehr zu bezweifeln ist.

Für die Weiss'sche Anschauung bezüglich der epileptischen Natur der menstrualen Irreseinsfälle liessen sich noch ausserdem die auffällige Bewusstseinsstörung und mindestens summarische Erinnerung in allen meinen Beobachtungen heranziehen.

Auch die auffälligen Stuporzustände in B. 1., 2., 3., die als Dämmerzustand mit nur fragmentarischen maniacalischen Erscheinungen und durchaus impulsiven Handlungen verlaufende B. 17, die mir selbst als ein epileptoides Irresein imponirte, das in B. 12 nach Ausbleiben der Anfälle eintretende „häufige nächtliche Zähneknirschen“ sind Erscheinungen, die mindestens zu einem Verdacht in der Richtung der von Weiss aufgestellten Anschauung berechtigen und zu einem noch sorgfältigeren Studium der hierher gehörigen Kranken bezüglich der in ihren Erscheinungsformen und Beziehungen zum psychischen Leben noch so unvollkommen erforschten, proteusartigen epileptischen Neurose auffordern.

Eine Diagnose ex juvantibus dürfte beim Mangel specifischer Antiepileptica trotz Bromkali und Atropin nicht zulässig sein, obwohl die therapeutische Leistung gerade dieser beiden, von jedem Arzt bei Epilepsie geschätzten Arzneimittel immerhin bedeutungsvoll ist.

Vielleicht dürfte sich durch eine Combination beider die Prognose gewisser Fälle von menstruellem Irresein noch günstiger gestalten.
