

IV.

Die Menstruation und ihr Einfluss bei chronischen Psychosen*).

Von

Dr. P. Näcke,

Oberarzt an der Irrenanstalt zu Hubertusburg.

Seit Urzeiten bildet bekanntlich die Menstruation bei den verschiedensten Völkern einen Gegenstand des Wunderns — daher die kühnen und merkwürdigerweise einander oft ähnlichen Erklärungsversuche —, zugleich aber auch des Abscheus, der sich in vielen Sitten und Vorschriften kundgab und noch kundgibt. Selbst in civilisirten Ländern knüpft der Aberglaube vielfach noch an diesen physiologischen Process an.

Erst der Neuzeit war es vorbehalten, nachzuweisen, dass der Monatsfluss nicht isolirt dasteht, sondern nur einen Markstein in einem monatlich cyklisch verlaufenden Lebensprocesse des Weibes darstellt**). Die Einzelheiten dieses Curvenlebens, ebenso die genauen Kenntnisse der physiologischen Vorgänge während der Katamenien selbst werden jetzt näher gewürdig't und studirt. Schon das wenige darüber bisher bekannt Gewordene ist aber hochinteressant genug und verspricht immer mehr ein tieferes Erkennen der Biologie und Psychologie des Weibes.

Aelter schon sind Beobachtungen über die Beziehungen der Regel zu den Psychosen, jünger die zu den Verbrechen. Bezüglich des letzteren Punktes sagt Havelock Ellis (l. c. p. 254): „Whenever a woman commits a deed of criminal violence, it is extremely probable that she

*) Erweiterter Vortrag, gehalten auf der Versammlung deutscher Irrenärzte zu Dresden am 22. September 1894.

**) Siehe hierüber Näheres bei Havelock Ellis: *Man and woman*. London 1894. p. 248 ss.

is at her monthly period“ und Lombroso*) erzählt, dass von 80 Frauen, die wegen Widerstandes oder Angriffs verhaftet wurden, nur 9 nicht menstruiert waren. Jedenfalls ergeben diese und ähnliche Erfahrungen die wichtige Regel, dass bei jeder Anklage möglichst festzustellen ist, ob das Delict in die Menstrualzeit fiel und wie die individuelle Reaction der Betreffenden in dieser Zeit ist, was v. Krafft-Ebing wiederholt mit vollem Rechte fordert. Auch dass der Selbstmord gern während der Periode stattfindet oder versucht wird, ist bekannt. Diese That-sachen sind nicht befremdend, wenn man sieht, wie nicht wenige Frauen gerade in dieser Zeit förmlich krank und sehr reizbar werden können**). Manche Gefängnissärzte wollen endlich den sogenannten „Zuchthaus-knall“ hier ganz besonders beobachtet haben, dem andere Meinungen***) allerdings entgegenstehen, zum Beweise dafür, dass dieser specielle Punkt noch weiterer Untersuchung bedarf. Am längsten und genauesten bekannt ist aber das Verhältniss von Menstruation zu Psychosen. Am häufigsten wurde die Periode oder ihr erstes Einsetzen, wie auch ihr allmäliges Versiegen als eine der Ursachen des Irrsinns studirt, desgleichen ihr Verhalten und ihre Beschaffenheit während einer Geistesstörung. Das erste Verhältniss ist von practischer Wichtigkeit und hat, daher die meisten Bearbeiter gefunden†), das zweite fand erst neuerdings wieder einen tüchtigen Darsteller in Schäfer††). Noch giebt es aber eine dritte Hauptfrage, die relativ am wenigsten beleuchtet ward, die Frage nämlich: Welchen Einfluss hat die Periode auf den Verlauf

*) Lombroso e Ferrero, *La donna delinquente, la prostituta e la donna normale.* Torino e Roma 1893. p. 373.

**) H. Ellis (l.c.) warnt aber mit Recht davor, deshalb weil diese Frauen während der Menses so häufig unpässlich sind, sie ohne Weiteres, wie es öfter geschieht, als „natürliche Invaliden“ hinzustellen. „A function, fährt er fort, which affects half the human race cannot be dismissed as a mere symptom of ill-health“.

***) Siehe Näheres hierüber bei Näcke: *Verbrechen und Wahnsinn beim Weibe mit Ausblicken auf die Criminal-Anthropologie überhaupt.* Wien und Leipzig 1894. S. 80.

†) Nicht unwichtig erscheint es darauf hinzuweisen, dass Baillarger (*Recherches sur les maladies mentales*, Paris 1890, Bd. I. p. 616ss.) bemerkte, wie oft 6 Wochen nach der Entbindung bei Stillenden und Nichtstillenden bei der 1. Menstruation Irrsinn ausbricht, ebenso bei der 1. Periode nach dem Aufhören des Stillens. Es würde sich also hier um Psychose durch Menstruation handeln und nicht um eine Puerperal- oder Lactationspsychose.

††) Schäfer, *Einfluss der Psychose auf den Menstruationsvorgang.* Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 50, S. 976 ss.

einer bestehenden Psychose? Für die acuten Fälle liegt wohl mancherlei, wenn auch nicht immer verwerthbares Material vor, viel spärlicher dagegen bezüglich der chronischen Fälle und doch können so bedingte Exacerbationen event. einmal forensisch wichtig werden.

Das allgemeine Urtheil über den Einfluss der Menses auf den Gang des Irreseins überhaupt lautet wohl ähnlich, wie das von H. Ellis (l. c. p. 255), wenn er sagt: „Among the insane, finally, the fact is universally recognised that during the monthly period the insane impulse becomes more marked, if, indeed, it may not appear only at that period“. Und Clouston (Ellis, l. c. p. 255) specificirt dies noch näher mit den Worten: „The melancholics are more depressed, the maniacal more restless, the delusional more under the influence of their delusions in their conduct; those subject to hallucinations have them more intensely, the impulsive cases are more uncontrollable, the cases of stupor more stupid, and the demented tend to be excited“.

Nein, so einfach liegen die Sachen denn doch nicht, wenn man sie kritisch prüft und an grossem Materiale arbeitet! Selbst für acute Fälle gehört dieser Einfluss durchaus nicht zur absoluten Regel, wenn auch immerhin ein solcher in bedeutendem Masse stattfindet. In chronischen Fällen dagegen ist dies schon a priori unwahrscheinlich und ich werde mich in Folgendem bemühen, dies für meine Fälle nachzuweisen, zugleich aber die Gelegenheit benutzen, das Verhalten der Menstruation als solcher bei chronischen Geisteskrankheiten näher zu untersuchen. Was die eingeschlagene Methode anbetrifft, so ist sie selbstverständlich die statistische, die hier, wie überhaupt für die meisten Untersuchungen, welche sich nicht auf die Betrachtung und Beschreibung eines einzigen Falles beschränken, nicht zu umgehen ist. Freilich ist sie nur zu oft ein zweischneidiges Schwert und kaum ist eine andere so vielen Deutungen ausgesetzt*). Wer freilich dem bequemen Optimismus huldigt, der in der Wissenschaft nie wirklich Grosses schuf, wird gläubig die Zahlen als Ausdruck der Wahrheit hinnehmen und sich nicht über das Sphinxartige ihrer Werthung den Kopf zerbrechen. Der gesunde Skepticismus dagegen wird immer und immer wieder die näheren Umstände, die zu den Zahlen führten, prüfen und nie vergessen, dass im besten Falle das Resultat der statistischen Methode nur der Wahrheit nahe kommen, aber sie nie erreichen kann. Er wird daher von ihr nichts Unmögliches verlangen, aber auf der anderen Seite sich bemühen, sie zu möglichster Vollkommenheit zu bringen, besonders wo

*) „La statistique est un mensonge en chiffre“ sagt daher Talleyrand nicht ganz ohne Grund.

sie den einzigen Weg der Untersuchung bildet. Man muss möglichst viel Fehlerquellen aufdecken, um sie nach Kräften zu vermeiden, besonders scharf hat man aber auf die eigene Subjectivität zu achten, die gerade hier so leicht Triumphe feiert*). Unser Thema ist nicht am wenigstens auch deshalb interessant, weil hier die Schwierigkeiten der statistischen Methode recht anschauliche sind und wir werden dieselben im Verlaufe unserer Untersuchung um so mehr hervorheben, als in den meisten hierher gehörigen Arbeiten die zahlreichen und so nöthigen Cautelen mit Stillschweigen übergangen werden oder, was in vielen Fällen das Wahrscheinlichere ist, dem Verfasser kaum alle zum Bewusstsein kamen. Wir werden ferner auf noch manche strittige Punkte, die direct oder indirect mit unserem Thema zusammenhängen, aufmerksam machen und dadurch die an sich trockenen Zahlenangaben zu beleben suchen. Unser Material setzt sich aus 99 unterschiedslos untersuchten Frauen zusammen, von denen 52 ledig, 46 verheirathet und eine geschieden waren; von den Ersteren hatten nur 6 Kinder, von den Verheiratheten 39. Dem Alter nach standen die Meisten in den Jahren 31—45, am häufigsten aber (nämlich 32 Fälle überhaupt) in den Jahren 41—45, während 25—30 Jahre nur 11 Personen zählten und 13 mehr als 45 Jahre. Die Jüngste war 25 Jahre alt, die zwei Ältesten 52 Jahre. Der Aufenthalt in der hiesigen Anstalt betrug bei mehr als der Hälfte (53) 3—6 Jahre, bei nur 18 $\frac{1}{2}$ —2 Jahre und bei 15 über 10 Jahre. Die kürzeste Aufenthaltsdauer war $\frac{1}{2}$ Jahr, die längste $20\frac{1}{2}$ Jahre. Die Mehrzahl der erst seit Kurzem Aufgenommenen zeigte sich aber schon vorher längere Zeit krank und ziemlich Viele kamen aus anderen Anstalten. Wir haben es also durchweg mit chronischen Fällen zu thun.

Was die beobachteten Formen**) anbetrifft, so wurden folgende Gruppen unterschieden: 1. chronische Paranoia (simplex et hallucinatoria)

*) Anhangsweise erwähne ich, dass wissenschaftlich genaue Körperwägungen, besonders für kleine Differenzen, wie z. B. bei Säuglingen, bekanntlich zu den heikelsten Untersuchungen zählen, nicht minder aber auch einwandfreie Temperaturmessungen, wo es nicht auf ein blosses Ungefähr ankommt. Schon ein genaues Thermometer sich zu beschaffen, ist nicht so leicht, und dies muss wenigstens einmal im Jahre mit einem Normalthermometer verglichen werden. Als ich vor Jahren ein Krankenthermometer kaufen wollte, bestanden unter dem grossen Haufen von Instrumenten Differenzen bis zu $0,5^{\circ}$ C., so dass es schwer hielt eins zu finden, das scheinbar der richtigen Temperatur entsprach!

**) Dass bei unserem grossen Materiale Paralyse fehlte, ist nur rein zufällig, da leider auch Hubertusburg viele paralytische Frauen zählt.

mit 17 Fällen vertreten; 2. Paranoia mit secundärem Schwachsinn mit 40; 3. chronische (secundäre) Verwirrtheit und Hallucinationen mit 23; 4. secundärer Schwachsinn, wahrscheinlich nach Manie oder Melancholie mit 10; 5. Idiotie und höhere Imbecillität mit 7; 6. periodische Manie mit 2 Fällen.

Wir sehen zunächst, dass unter den 99 Personen nicht weniger als 80 der Paranoiacruppe direct oder indirect angehören und unter diesen einfache chronische Paranoia sich mit einiger Sicherheit nur 26 mal nachweisen liess, wahrscheinlich sind es aber noch weniger Fälle. Die überwiegende Mehrzahl aller Paranoiaformen war also die hallucinatorische. Damit ist wieder das relativ seltene Auftreten der Paranoia chronic simplex auch bei Frauen erwiesen. Nun ist freilich die Scheidung dieser Form von der hallucinatorischen nicht immer leicht. Zu jenen rechnete ich alle Fälle, in denen Sinnestäuschungen scheinbar nicht oder nur selten vorkommen, auf alle Fälle aber keine Rolle spielen; zur hallucinatorischen Form dagegen die, welche entweder häufige Sinnestäuschungen in einem oder mehreren Sinnesgebieten hatten und wesentlich dadurch belästigt wurden. Immerhin sind die Grenzen nicht scharfe, da „selten“ und „häufig“ eben subjective Ausdrücke sind und es ferner nicht immer leicht ist, die Qualität und Quantität der Hallucinationen festzustellen. Erwähnt sei endlich, dass auch die einfache oder hallucinatorische chronische Paranoia mit einer acuten hallucinatorischen Paranoia oder acuter hallucinatorischer Verwirrtheit (Amentia) beginnen*) kann oder letztere als Zustandsform sich ein oder mehrere Male im Verlaufe des Leidens einschiebt, andererseits aber, dass auch bisweilen, wie mir scheint, eine einfache chronische Paranoia später in eine solche mit Hallucinationen übergeht.

Der zweite interessante Punkt ist der Umstand, dass von 80 Fällen der Paranoiacruppe nur 17 ohne erkennbaren Schwachsinn**) verliefen, 40 mehr minder verblödet waren und 23 verwirrt. Das ist auffallend genug, da man gern annimmt, dass die Paranoia wenig zu Schwachsinn im Allgemeinen neigt. Es scheint nun, als wenn obiges ungünstiges Verhältniss bei Männern derselben socialen Stufe seltener

*) Letzteres betone ich ganz speciell, da manche Autoren die Möglichkeit des Uebergangs einer acuten halluc. Verwirrtheit in die chron. Par. bestreiten und doch sieht man dies namentlich recht oft z. B. bei den Psychosen im Gefängnisse. Siehe hierüber mein Buch, S. 66.

**) In den Fällen mit Schwachsinn bestand derselbe gewiss nur wenige Male schon vorher, woran man immer zunächst denken muss,

vorkommt, weil ihr geistiger Horizont durchschnittlich ein grösserer ist. Weiter, glaube ich, ist es ausgemacht, dass der Schwachsinn häufiger und eher bei der hallucinatorischen als bei der einfachen chronischen Paranoia eintritt, und zwar parallel der In- und Extensität der Sinnestäuschungen und hier wieder wahrscheinlich eher und deutlicher bei den Frauen. Freilich besitzen wir zur Zeit noch keine Norm für „Schwachsinn“, so dass es vielfach subjectiv bleibt, ob man hier oder dort solchen annehmen will oder nicht. Vor Allem hat man aber stets die Bildungsstufe zur Beurtheilung heranzuziehen. Unter „chronischer (sec.) Verwirrtheit“, die meist mit lebhaften Hallucinationen einbergeht, rechnete ich alle Fälle, wo immer oder meist wenigstens ein mehr minder grosses Faseln bestand mit gewöhnlich lautem Wesen und negativem Verhalten. Nicht selten zeigten hierher gehörige Kranke dabei weniger einen Zerfall des Ich's, als vielmehr die höchste Potenz der hallucinatorisch-chronischen Paranoia und dadurch scheinbar bedingte Verwirrtheit. Es wird Sache des Geschmacks bleiben, solche Fälle eventuell noch zur Par. chron. halluc. zu rechnen, ebenso, von wo ab man den Begriff: Zerfall des Ich's anwenden will. Die Rubrik: secundärer Schwachsinn wahrscheinlich nach Manie oder Melancholie ist nur durch 10 Fälle vertreten, was wohl allein schon einen Fingerzeig dafür giebt, dass echte Manie und Melancholie auch bei Frauen viel seltener sind, als so oft noch angenommen wird. Denn wenn wir nur in ca. 10 pCt. — wahrscheinlich aber noch weniger, da möglichenfalls in einigen Fällen Amentia vorlag — beide Formen ursprünglich vorhanden, so können die acuten Fälle, die in Heilung übergingen, unmöglich eine so grosse Zahl ausmachen*), wie man so oft liest. In der That handelt es sich bei

*) Was soll man dazu sagen, wenn z. B. C. H. Ellis (l. c. p. 344) aus sämmtlichen Aufnahmen des Jahres 1889 für England bez. der Manie 46,1 pCt bei M., 52,1 pCt. bei W., bez. der Melancholie 21,1 pCt. bei M. und 28,6 pCt bei W. angiebt, so dass bezüglich der „other forms of insanity“, wozu nach Abzug der Dementiaformen (der „ordinary“ und der senilen) und dem congenitalen Irrsinn nur 7,9 pCt. so bei M. und 3,4 pCt. bei W. übrig bleiben, eine Rubrik also, die Paranoia und progressive Paralyse enthalten muss? Wir sehen daraus zur Genüge, wie Noth es thut, erst ein allgemeines Verständniss bez. der Hauptformen des Irreseins anzustreben, da z. Z. in der psychiatrischen Nomenclatur eine wahre Anarchie herrscht, wie noch kürzlich in Berlin die grosse Debatte bez. der Abgrenzung der Paranoia bewies. Hier erst in den Hauptformen volle Klarheit zu schaffen, erscheint mir verdienstlicher, als immer neue und kleine klinische Gruppen abzutrennen und eigens zu benennen, ein Verfahren, das, wie die Geschichte lehrt, meist

Manie und Melancholie (ganz besonders im Gefängnisse!) bei näherem Zusehen überwiegend wohl um Amentia oder nur um eine Zustandsform der Paranoia etc., also um keine selbstständige Form*).

Die Erblichkeitsverhältnisse betreffend, ist bei unseren 99 Personen 30 mal directe (vorwiegend vom Vater her) und 8 mal indirecte, zusammen also 38 mal = 38,4 pCt. Erblichkeit notirt; einige Male hiess es „angeblich“. „Directe“ Erblichkeit nenne ich es nun, wenn Psychose, Neurose, Idiotie, Selbstmord, Trunksucht, Schlagfluss bei Vater oder Mutter oder bei beiden sich vorfanden; „indirecte“, wenn solche in den Seitenlinien oder bei den Grosseltern da waren. Jeder weiss aber, wie traurig im Allgemeinen die Anamnesen der Fragebogen beschaffen sind, dass also obige Zahlen nur Minima darstellen: und wir können für unsere Fälle kühn eine Erblichkeit von mindestens 50 pCt. als der Wahrheit am nächsten stehend, annehmen, auch wenn wir nicht noch andere Erblichkeitsmomente mit einziehen. Dass überhaupt die ganze Erblichkeitsfrage einer gründlichen Revision bedarf, ist schon oft gesagt und auch von mir wiederholt betont worden.

Für unserere Zwecke ist auch wichtig das Verhalten der Kranken. Hier unterschied ich drei Kategorien: 1. meist Unruhige: 11; 2. zeitweise Unruhige: 71 und 3. immer Ruhige: 17. Auch hier sind selbstverständlich Uebergänge da und die Zahlen daher nur approximativ. Die „meist Unruhigen“ waren immer oder grösstentheils laut, zu Gewaltthätigkeiten geneigt, sie schimpften, lärmten und hatten dabei gewöhnlich viele Sinnestäuschungen; oder sie waren dagegen harmloser, schwatzten viel für sich oder aber drängten, bei äusserer Ruhe, fort, liessen sich im Zimmer schwer erhalten**). Bei den „zeitweise Unruhigen“, welche die Hauptmasse bilden, fielen die Perioden der Unruhe

mit einem Fiasco endigt und endigen muss, so lange nicht die Hauptfragen gelöst sind. Ich kann Neisser nur Recht geben, wenn derselbe in der bereigten Debatte in Berlin (cfr. Laehr's Allgem. Zeitschr. für Psych. etc. Bd. 51) sagte: „dass die Vorbedingung zu einer Verständigung in Fragen der specielien Psychiatrie vorläufig fehlt, dass es dazu neuer, genauer, symptomatisch differenzirender Krankheitsschilderungen einerseits und andererseits des weiteren Ausbaus einer allgemeinen Psychiatrie durchaus bedarf“.

*) Noch ganz neuerdings sagt Magnan (Psychiatr. Vorlesungen, Deutsch von Möbius, VI. Heft, Leipzig 1893, S. 16) sehr mit Recht: „Die einfache Manie ist eine seltene Krankheit. Viel häufiger beobachtet man Zustände, die scheinbar der Manie gleichen, bei denen es sich aber um andere Krankheiten handelt, die Manie nur symptomatisch ist“.

**) Manche werden diese Letztern vielleicht den Ruhigen anreihen wollen. Das ist Geschmackssache!

meist mit dem Auftreten oder Intensiverwerden von Hallucinationen zusammen und waren entweder nahe aneinander gedrängt oder ziemlich weit auseinanderstehend. Manchmal handelt es sich nur um ein mehr plötzliches, wie impulsives Losschlagen, Zertrümmern etc.

Wenden wir uns nun der ersten Aufgabe zu, nämlich das Verhalten der Menstruation als solcher zu studiren, so konnte aus naheliegenden Gründen der Arzt nicht gut selbst den Thatbestand aufnehmen, sondern bedurfte hierzu Zwischenpersonen. Zwei vertrauenswürdige Oberpflegerinnen wurden genau instruiert, welche ihrerseits wieder die Wärterinnen belehrten und von ihnen sich berichten liessen, wann und wie lange bei den Kranken die Periode stattfand, natürlich unter öfterer Controle. Dieser Modus, der bei der grossen Masse allein durchführbar schien, schliesst freilich in sich weitere Fehlerquellen ein, doch dürfte ein absichtlicher Irrthum sicher abzuweisen sein. Auf die eigenen Angaben der Kranken wurde selbstverständlich nie allein vertraut.

Die Beobachtung erstreckte sich in den meisten Fällen (in 73) auf eine Zeit von 8—15 Menstruationen; nur 26 Personen wurden während 4—7 Perioden genauer in's Auge gefasst, und für gewisse Untersuchungen wurden die mit 4 Perioden (11) aus der Berechnung gelassen. Am häufigsten ist eine Periodenzahl von 9, 11, 12 und 13 vertreten und diese dürfte für unsere Zwecke ausreichend sein. Alle unsere Angaben beziehen sich also nur auf diese Zeit; wie die Kranken bezüglich der Menses sich vorher oder nachher verhielten, vermag ich nicht zu sagen, da hierüber genaue Beobachtungen, wie ich sie anstellte, nicht vorlagen, außerdem die Periode möglicherweise in gesunden Tagen ganz anders sich verhielt, als in kranken, was der Vergleichung halber zu wissen, recht wünschenswerth wäre. Die Notizen hierüber in den Fragebogen sind kaum zuverlässig; dies um so weniger, als die Frauen der niederen Stände Genaueres über ihre Periode oft nicht angeben können, obgleich diese Function von ihnen immer noch mehr beachtet wird, als andere, zum Theil wichtigere. Hier prävalirt mehr als in den oberen Schichten ein Eindruck, so dass z. B. gewisse Unregelmässigkeiten oder mehrmaliges Ausbleiben der Regel leicht auf eine längere Zeit hinaus verallgemeinert werden. Ist die Betreffende aber geistig erkrankt, so ist ihren Aussagen über ihren Blutverlust in gesunden Tagen noch weniger als sonst zu trauen und die Verwandten sind durchaus unzuverlässige Zeugen. Die genaue Beobachtung der Periode ist keine so einfache. Der Anfang lässt sich meist bestimmen, dagegen weniger das Ende, da die Kranken ja nicht jeden Tag frische Wäsche erhalten. Hier ist also ein Irrthum möglich und nur durch eine grosse Zahlenreihe einigermassen zu eliminiren. Bei ganz schwacher und wässriger Blutung

kann aber nicht nur das Ende, sondern auch der Anfang, ja sogar das Ganze einmal übersehen werden, so dass man dem ein- oder mehrmaligen Aussetzen der Regel immer etwas skeptisch gegenüber treten muss. Mir sind ferner zwei Kranke bekannt, die ihren Zustand zu verheimlichen suchten, sich Tücher etc. vorsteckten und dadurch die Constatirung sehr erschwerten.

Die Unregelmässigkeiten der Katamenien können sich zunächst auf die Intermenstrual- und die Periodenzeit selbst beziehen. Lassen wir hierbei die Personen mit nur 4 mal genauer beobachteter Periode fort, so finden wir unter 88 Kranken 46 mal die Zwischenräume ganz oder ziemlich regelmässig und 42 mal unregelmässig, also zunächst regelmässig und unregelmässig ziemlich gleichmässig vertheilt. Zu den regelmässigen wurden alle die Fälle gezählt, bei denen die meist vorkommende Zahl nur selten Abweichungen von $1\frac{1}{2}$ Woche auf- oder abwärts aufwies*). Betrachten wir das Alter der Patientinnen, so finden wir, dass von den 42 unregelmässig Menstruirten im Alter von 35—40 Jahren 11 Personen, von 41—45 Jahren 13 und über 45 Jahren 10 standen, zusammen also 34, die wir zum grossen Theile dem Climacterium zuweisen können. Bei chronischen Psychosen schien mir die kritische Zeit überhaupt eher einzutreten als sonst**) und auffallend war mir besonders

*) Als Beispiele unregelmässiger Fälle seien folgende erwähnt: 1. Par. hallucin. chron., 35 Jahre alt mit secund. Schwachsinn: 5, 2, $4\frac{1}{2}$, 8, 4, 4, 2 Wochen; 2. Sec. Schwachsinn nach Par., 36 Jahre alt: $4\frac{1}{2}$, $4\frac{1}{2}$, $4\frac{1}{2}$, $3\frac{1}{2}$, 8, 4, 5, $1\frac{1}{2}$ Wochen; 3. Verwirrtheit mit Halluc., 26 Jahre alt: $2\frac{1}{2}$, 2, $1\frac{1}{2}$, $4\frac{1}{2}$, 3, 1, $2\frac{1}{2}$, $6\frac{1}{2}$, $5\frac{1}{2}$, 4, $4\frac{1}{2}$, 4, 4 Wochen; 4. Sec. Schwachsinn mit Par., 32 Jahre alt: 4, $3\frac{1}{2}$, 6, 4, 5, 4, 3, $4\frac{1}{2}$, $7\frac{1}{2}$, 5, $3\frac{1}{2}$ Wochen; 5. Chron. Verwirrtheit mit Halluc., 40 Jahre alt: $3\frac{1}{2}$, $4\frac{1}{2}$, 3, $3\frac{1}{2}$, 4, 5, 2, 4, 4, 3, $3\frac{1}{2}$, $6\frac{1}{2}$ Wochen. Ob es sich bei kurz aufeinander folgender Menstruation um eine echte oder nur sogenannte Règle surnuméraire handelt, ist wohl kaum sicher zu entscheiden.

**) Untersuchungen über den Eintritt des Climacteriums im Verlaufe chronischer Psychosen sind mir nicht bekannt und doch wäre es interessant zu wissen, ob wirklich die kritische Zeit hier eher als sonst eintritt. Herr Oberarzt Dr. Matthaeus von hier hatte die Güte, genau nachzuforschen zu lassen, wie viele unter 768 chronisch Kranken (excl. Idiotie) bis zum 50 Jahre incl. nicht mehr menstruiert waren. Es waren dies 73 = 9,5 pCt. Davon entfielen auf die Jahre 20—30: 0 pCt., auf 31—40 Jahre 10 = 1,3 pCt., auf 41—50 Jahre 63 = 8,2 pCt. Nach Bandl (Artikel: Climacterisches Alter der Frauen, in Eulenburg's Reallexicon der ges. Heilkunde, Bd. 3. 1. Auflage.) ist in Deutschland-Oesterreich die gewöhnliche Zeit des Aufhörens der Regel 45—50, dann 40—45 Jahre. Nach ihm sind die in dieser Zeit beobachteten Unregelmässigkeiten und Begleiterscheinungen anatomisch begründet.

die grosse Zahl der nicht mehr menstruirenenden Weiber unter den relativ jüngeren Jahrgängen, die sonst noch menstruirt zu sein pflegen. Von den 46 Kranken mit regelmässigem Monatsflusse waren dagegen nur 10 = 21,7 pCt., die 40 Jahre und mehr zählten. Das schliessliche Ergebniss ist also, dass die Intermenstrualzeit in der grossen Mehrzahl ganz oder ziemlich regelmässig verläuft*), ebenso auch, wie wir sogleich sehen werden, die Periodendauer, wenn wir das Climacterium, das auch bei Gesunden meist mit Abweichungen der Regel verknüpft ist, abrechnen.

Die Durchschnittsdauer der einzelnen Periode betrug $3\frac{1}{2}$ Tage in 4, 4 T. in 12, $4\frac{1}{2}$ T. in 21, 5 T. in 19, $5\frac{1}{2}$ T. in 14, 6 T. in 13 und 7 T. in 5 Fällen, also in 54 von 88 Fällen: $4\frac{1}{2}-5\frac{1}{2}-5\frac{3}{4}$ Tage. Das Minimum der einzelnen Periode betrug 2, das Maximum 12 Tage. Auch hier ist zunächst regelmässige und unregelmässige Dauer bei den Kranken ziemlich gleich verteilt (43 : 45). Als unregelmässig**) wurden alle die Fälle gezählt, bei denen grössere Differenzen als 1 von der meist vorkommenden Zahl öfter vorkamen. Die Differenzen bei den 45 Unregelmässigen betrugen 4 mal 2 Tage, 9 mal 3 Tage, 12 mal

*) Auch Schäfer (l. c.) fand in der Regel bei chronischer Paranoia, angeborenem und secund. Schwachsinn, soweit keine wesentliche Beteiligung abnormer Affecte bestand, die Menses regelmässig eintreten. Dies bestätigen unter Anderen im Allgemeinen auch Schröter (Die Menstruation in ihren Beziehungen zu den Psychosen. Laehr's Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 30, S. 55ss. u. Bd. 31, S. 234ss.), v. Krafft-Ebing und Scholz in ihren Lehrbüchern.

**) Einige Beispiele mögen dies illustrieren: Sec. Schwachsinn nach Par., 37 Jahre alt: 4, 6, 5, 6, 5, 5, 5, 7, 10, 4 Tage; 2. Sec. Blödsinn nach Par., 36 Jahre alt: 7, 5, 8, 5, 4, 4, 6, 5 Tage; 3. Chron. Verwirrtheit mit Halluc., 38 Jahre alt: 8, 3, 3, 6, 6, 5, 5 Tage; 4. Secundärer Schwachsinn nach Par., 35 Jahre alt: 6, 6, 6, 3, 4, 4, 7, 5 Tage.

Interessant sind übrigens die Untersuchungen von Osterloh (Ueber Menstruation. Jahrbuch der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden 1877—78. Ref. in Berl. klin. Wochenschr. 1879, No. 21), der unter 3188 Gesunden (ohne Genitalleiden, wie ich mündlich später erfuhr) nur bei 67,75 pCt. regelmässigen Menstrualtypus fand. Der 4 wöchentliche war der überwiegende (bei 1783 W.); bei 21,26 pCt. war er stets unregelmässig. Verf. schliesst daraus, dass schon normalerweise die Menstruation zu grossen Unregelmässigkeiten neigt und den Namen „Regel“ daher nicht verdient. Die Dauer der Blutung war in 2080 Fällen 1—5 Tage. Greulich dagegen (Artikel: Menstruation in Eulenburg's Real-Encyklopädie etc. 1. Aufl. 9. Bd.) sagt, dass die Menstruation vorwiegend regelmässig ist, gewöhnlich alle 27—29 Tage bei einer Dauer von meist 4—5 Tagen. Bissel wiederum (Ueber die Men-

4 Tage, 10 mal 5 Tage 7 mal, 6 Tage und 3 mal mehr als 6 Tage. Bezeichnen wir ferner mit R die regelmässige, mit UR die unregelmässige Intermenstrualzeit, mit r die regelmässige, mit ur die unregelmässige Periodendauer, so finden wir unter 88 Fällen: R + r 27 mal; R + ur 19 mal; Ur + ur 26 mal und Ur + r 16 mal. Demnach geht häufiger als sonst die regelmässige und unregelmässige Zwischenzeit mit der gleichnamigen Periodendauer einher. Wir können daraus schon schliessen, dass die unregelmässige Periodendauer vorwiegend dem Climacterium angehört. In der That fand sich dieselbe unter 45 Fällen 36 mal im Alter von 35 Jahren und darüber und speciell 16 mal im Alter von 41 bis 45 Jahren und 10 mal darüber. Endlich sei erwähnt, dass Unruhe und obige Menstruationsabweichungen in keinem Zusammenhange standen, da unter 99 Personen von 11 meist Unruhigen 5 Ur oder ur und von 17 Ruhi gen 8 Ur oder ur darboten. Auch die einzelnen Psychosen liessen keinen besonderen Zusammenhang damit erkennen. Bei der Periodenstärke ward zwischen „stark“ und „schwach“ unterschieden, was freilich ziemlich willkürliche Bezeichnungen sind. Hier zeigte sich 65 mal starke, 19 mal schwache und 4 mal abwechselnd starke und schwache Periode. Ferner war nach Abzug der vier zuletzt genannten Fälle, starke P + Ur, 33 mal, + R, 32 mal, -+ ur, 35 mal, + r, 30 mal verzeichnet, dagegen schwache P + Ur, 7 mal, + R, 12 mal, + ur 10 mal und + r, 9 mal. Hier ist also kein Parallelismus zwischen Stärke und Periode und ihrer Dauer oder Zwischenzeit ersichtlich; nur das Eine ist klar, dass die starke Blutung ganz entschieden vorwog und gleichfalls meist mit dem Climacterium zusammenfiel, da unter 65 Fällen von starker P., 48 mal dieselbe im Alter von 35 Jahren an aufwärts, speciell 35 mal von 41 Jahren an aufwärts stattfand.

Von den 99 Personen lagen 1 oder mehrere Male zu Bett wegen Mattigkeit zur Zeit der Menses: 3, wegen zu starken Blutflusses: 4, wegen stärkerer Beängstigung: 1, endlich wegen Schmerzen im Unterleibe oder im Rücken: 6—7 Personen. Leider sind die meisten Begleiterscheinungen subjectiver Art, Viele klagen überhaupt wenig, besonders bei grösserer geistiger Schwäche oder Verwirrtheit, so dass alle Zahlenangaben hierüber nur wenig Werth haben, besonders wenn die Sym-

stretuation unter den Geisteskranken. Ref. Laehr's Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 49, 6. Heft) findet schon bei Gesunden geringe Schwankungen so häufig, dass man intermenstruelle Zeiträume von 3—5 Wochen noch als regelmässige auffassen müsste. Solche zählte ich aber schon zu den unregelmässigen. Man sieht jedenfalls, wie schwankend die Untersuchungen über Menstruation bereits bei Gesunden sind!

ptome nur selten auftreten, also sehr wohl rein zufällig sein können. Die Schmerzen in den eben erwähnten Fällen waren stets von unregelmässigen Menses begleitet^{*)}). Jedenfalls schienen die Begleitsymptomatome der Menses (subjectiver und objectiver Natur) bei chronischen Psychosen nicht häufiger als bei Gesunden^{**)}) zu sein; besondere Neigung zu sexueller Aufregung, wie Schlager^{***)}) angiebt, fand ich dabei nicht, wohl aber mit Schröter (l. c.) meist ein Zusammenfallen von Dysmenorrhoe mit Steigerung der Krankheitssymptome. Auf Fluor albus, der gleichfalls nicht öfter als sonst[†]) aufzutreten schien, ist leider nicht speciell geachtet worden. Seine Constatirung in der Wäsche ist bei geringem Grade ziemlich unsicher und Genitaluntersuchungen in der Irrenanstalt sind soviel als möglich zu vermeiden. Qualitätsunterschiede des Blutflusses sind leider nicht näher notirt worden^{††}), wohl aber das Auftreten von Amenorrhoeen. Bei 11 unter 99 Kranken fehlte die Regel nämlich ein- oder mehrmals 9 bis 24 Wochen lang; die Betreffenden standen bis auf 3 (mit 31, 37 und 39 Jahren) sämmtlich zwischen 40—50 Jahren, waren also im Climacterium mehr weniger begriffen. Die Meisten waren rüstig, zeitweis unruhig, secundär verblödet und verwirrt und hatten sämmtlich unregelmässige Periodendauer oder -Zwischenzeit. Eine Aenderung im Verlaufe der Krankheit ist durch die Amenorrhoe nicht eingetreten^{†††}), ebensowenig wie durch den Wiedereintritt der

^{*)} Nach Greulich (Artikel: Dysmenorrhoe in Eulenburg's Real-Encyclopaedie der ges. Heilkunde, 1. Aufl. Bd. 4) steht bei Geistesgesunden die Stärke der Blutung nicht immer im Verhältniss zu den Begleiterscheinungen.

^{**) Osterloh fand bei 909 Weibern unter 3188 Begleiterscheinungen (besonders Schmerzen in Kreuz, Leib und Kopf) während der Menstruation und 232 vorher.}

^{***)} Schlager: Die Bedeutung des Menstrualprocesses und seiner Anomalien für die Entwicklung und den Verlauf der psychischen Störungen. Laehr's Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 15, S. 457 ss.

[†]) Bandl (l. c.) fand unter 500 geistesgesunden Klimacterischen 440 Sexualleidende, darunter 327 mit Leukorrhoe!

^{††}) Nachträglich erfuhr ich noch durch eine Oberpflegerin, dass bei unseren Kranken das Blut nicht selten sehr hell war und dass gewisse Blutflecke sich schwer auswaschen liessen. Schröter (l. c.) sah oft in seinen (chronischen und acuten) Fällen, die Menses hell oder wässrig fliessen und Schüle erwähnt in seinem Lehrbuche, dass Burkhardt die Menses gleichfalls hellroth sah, wenn die manische Phase der Circulärpsychose mit der Menstruation zusammenfiel.

^{†††}) Auch nicht zu der Zeit, wo die Menstruation erscheinen sollte, wie Baillarger (l. c.) sah.

Periode*). Bei einer Kranken beobachtete ich die höchst wahrscheinlich letzten Menses überhaupt und auch in den folgenden Monaten war nichts Besonderes aufgetreten.

Wir wenden uns jetzt zum zweiten, dem wichtigeren Theile unserer Aufgabe, zur Frage nämlich: Hat die Menstruation einen deutlichen Einfluss auf den Gang der chronischen Psychosen? Ein solcher könnte sich nun zunächst allgemein so äussern, dass bei Unruhigen der motorische Drang in Wort und That sich verstärkt oder umgekehrt sich gehemmt zeigt, bei Ruhigen eine Erregung sich einstellt. Im ersten Falle ist eine leichte Exacerbation oft schwer festzustellen und dem subjektiven Ermessen mehr minder anheimgegeben. Am günstigsten ist die Feststellung einer psychischen Änderung bei Ruhigen, weniger schon bei den Unruhigen, die bei uns ja überwogen. Man wird alle unruhigen Zeiten oder sonstigen Veränderungen der Psychose genau notiren und zusehen, ob sie irgendwie mit der Periode gleichzeitig sind. Ist dies bei einer grösseren Beobachtungsreihe nur ein oder wenige Male der Fall, so kann Zufall vorliegen; erst wenn dies meist oder immer geschieht, würde man auf einen inneren Zusammenhang ziemlich sicher schliessen. Sieht man aber, dass ausser solchem Zusammentreffen Unruhe, Zerstörungssucht etc. auch in der Zwischenzeit wiederholt eintritt, so verliert selbstverständlich jenes Zusammenfallen an Werth und kann sehr wohl anderweitig bedingt sein. Bei Causalitätsschlüssen können wir nicht vorsichtig genug sein! Am sichersten dürfte folgendes Verfahren sein, das ich aber leider nicht einschlug. Die eine Person notirt nur den Eintritt etc. der Periode, eine andere ohne von der Menstruation etwas zu wissen, um völlig vorurtheilslos zu handeln, die psychischen Veränderungen, sowohl in toto, als auch einzelne abnorme Thaten. Freilich kann nicht Jedes bemerkt werden, da selbst aufmerksame Wärterinnen bei einem grösseren Cötus die Kranken nicht überall und stets, z. B. im Garten oder beim Schlafen im Auge behalten können, somit leicht das Eine oder Andere unbeobachtet bleibt. Doch genügt für unsere Zwecke schon das so Erreichte. Unterbleibt eine solche detaillierte Motivirung, so ist man gern geneigt, zwischenliegende leichtere Änderungen zu unterschätzen oder zu vergessen, da-

*) Unsere Beobachtungen stimmen also nicht mit denen Schäfer's (l. c.) überein, der eine Amenorrhoe im Beginne oder im Verlaufe chronisch intellektueller Psychosen fast ausnahmslos an bestimmte, acute psychopathische Zustände gebunden sah. Schlager (l. c.) wiederum glaubt, dass die secundäre Menostasie bei der Entwicklung des sogenannten Schwangerschaftswahns nicht unwichtig sei, wovon ich allerdings nichts sah.

gegen nicht solche zur Zeit der Menses selbst, worauf man ja besonders fahndet; trifft nun eine Coincidenz mehrmals zu, so wird dies leicht verallgemeinert und als menstrueller Einfluss gedeutet. So kann ein allgemeiner Eindruck leicht irreleiten, ähnlich wie der volksthümliche Zusammenhang von Mond und Witterungswechsel oder das Eintreffen der Falb'schen „kritischen Tage“.

Unter unseren 99 Fällen vermisste ich jeden Einfluss der Menses in 65; fraglich (aus früher dargelegten Gründen) blieb er in 16, mit ziemlicher Sicherheit anzunehmen war er dagegen in 16 Fällen. Dazu kommen noch zwei bedingte Fälle, wo bei periodischer Manie in der einen Phase eine Einwirkung fast sicher war. Aber auch bei den 16—18 Fällen von ziemlich sicherem Einfluss, war dieser immer nur 9 mal, meist dagegen 7 mal vorhanden. Bei den „fraglichen“ Fällen war ein Zusammentreffen in nur wenigen oder nur der Hälfte oder etwas mehr der beobachteten Periodenzahl da und auch ein Solches in seinem Werthe durch anderweit beobachtete Änderungen sehr herabgesetzt. In Allem fast glichen die sicheren und fraglichen Fälle den übrigen. Die Erblichkeit blieb ohne Einfluss (41 pCt. gegen 40 pCt. ohne Heredität*) und nur die körperlichen Begleiterscheinungen waren öfter als sonst verzeichnet. Keine specielle Krankheitsform ward bevorzugt, dagegen standen die sicher und möglicherweise beeinflussten mehr unter dem Banne des Climacteriums**) und 27 darunter zeigten deshalb irgendwie unregelmässige Menses und fast durchgehends starke Perioden. Ferner gab es relativ mehr zeitweis Unruhige und nur eine einzige Ruhige.

Nehmen wir die fraglichen und sicheren Fälle zusammen, so hätten wir unter 99 Personen bei $34 = 34,3$ pCt. einen möglichen Einfluss der Periode statuiert. Wenn wir aber sahen, dass die „fraglichen“ gewiss nicht alle sicher, die „sicheren“ aber vielleicht zum Theil bez. eines Causalnexus noch fraglich sind, so dürfte eine Prozentzahl von höchstens 20—25 pCt. bei unseren Kranken bez. des Einflusses der Periode der Wahrheit am nächsten kommen. Damit stimmt überein, dass ich gleichfalls bei den von mir früher untersuchten, aus dem Gefängniss nach hier als geisteskrank überführten Frauen***) nur

*) Dies ist nicht ohne Interesse, wenn auch vielleicht nur rein zufällig, da nach von Krafft-Ebing die Intensität der Reaction auf die menstruelle Reizung wesentlich durch vielfache hereditäre Belastung bedingt wird.

**) Im Alter von 25—30 Jahren standen 7, von 31—35 Jahren 5, von 36 bis 40 Jahren 7, von 41—45 Jahren 8, darüber 7.

***) Siehe mein Buch, S. 80.

selten deutliche Einwirkung der Periode auf das Hervortreten von Unruhe und „Zuchthausknall“ sah, hierüber jedoch leider keine zahlenmässigen Belege besitze. Indirect gehört hierzu auch der Umstand, dass, wie ich dies in 5 Fällen zeigen konnte*), Gravidität und Wochenbett bei chronischen Psychosen keinen oder nur geringen Einfluss auszuüben scheinen, wieder im Gegensatze zu dem acuten Irrsinn. Aehnlich wie ich fand auch Schlager (l. c.) unter 100 normal menstruirten, meist chronisch Geisteskranken, nur 33 mal einen deutlichen Einfluss der Menses. Ich freue mich, dass mehrere hiesige Collegen gleiche Erfahrungen machten und womöglich noch weniger Einwirkung bemerkten. Schröter (l. c.) dagegen sah in fast allen seinen chronischen und acuten Psychosen einen constanten oder wenigstens theilweisen Einfluss der Periode. Schüle endlich in seinem Lehrbuch (Klinische Psychiatrie, Leipzig 1886) sagt S. 158 geradezu, dass beim Verfolgungswahn der menstruale Termin regelmässige Verschlimmerungen bringe. So weit gehen also die Erfahrungen auseinander!**). Der Einfluss war in unseren Fällen meist ein recht monotoner. Es handelte sich gewöhnlich um motorischen Drang und psychische Unruhe, und zwar meist während der ganzen Periodendauer, seltener allein kurz vorher, oder schon vorher beginnend, oder kurz nachher und allein hier bemerkbar. Die Kranken zeigten sich congestionirt, wurden unruhiger, lauter, schimpften, schwatzten mehr, liefen wohl auch herum. Gewaltthätigkeiten, Zerreissungen kamen vor. Die Nachtruhe war öfters gestört, so dass bisweilen Isoliren nöthig erschien. Die gesteigerte Motilität war anhaltend oder mehr stundenweis auftretend. Appetit und Verdauung waren meist normal. Auf psychischem Gebiete zeigten sich zunächst grössere Reizbarkeit, Animosität gegen gewisse Personen, die sonst nicht vorhanden war, Anklagen, Unzufriedenheit. Die Kranken wurden klagsüchtiger, vernachlässigten die Arbeit oder setzten sie wohl gar aus und fühlten sich in ihrer Haut unbehaglich, ganz besonders wenn Sinnestäuschungen sie quälten. Das Bewusstsein konnte dadurch und weiter durch etwa auftretende Beängstigung eingeengt werden und sich so das Bild einer leichten oder schweren Amentia (Meynert) entwickeln. Deutliche erotische Kundgebungen sah ich mit Schröter (l. c.) nur selten, obwohl

*) Näcke, Raritäten aus dem Irrenhause. Laehr's Allgem. Zeitschr. f. Psych. etc. Bd. 50.

**) Offenbar hängt dies zum Theil auch damit zusammen, dass die Einen bloss sehr deutliche Erscheinungen als Einfluss aufzählen, Andere schon die ganz leichten, wie sie bei der Gesunden bereits so oft die Katamenien begleiten.

sie von Anderen speciell hervorgehoben werden^{*)}). Viel weniger häufig als eine Häufung von Sinnestäuschungen war eine solche von Wahnideen. Bemerkt sei endlich noch, dass die motorischen und psychischen Erscheinungen nicht nothwendig einander parallel laufen müssen.

Einige seltenere Erscheinungen seien hier noch kurz vermerkt: Zwei Kranke hatten während einer Periode einen ganzen Tag nicht gegessen, eine dritte während der ganzen Zeit nicht. Eine Patientin weinte 2 mal heftig, doch that sie dies auch sonst öfters. Eine secundär Verblödete war nur einmal unrein (sonst nie), eine Idiotin von 44 Jahren ward fast regelmässig lauter und mit Koth unrein (sonst selten). Eine secundär Verblödete, von der nur zwei Perioden notirt sind (weshalb sie nicht zu den 99 Untersuchten gehörte), war während derselben unreinlich, und zwar wiederum nur Nachts. Inwieweit diese verschiedenen Erscheinungen wirklich auf die Menses zu beziehen sind, bleibe dahingestellt. Höchstinteressant gestaltete sich aber das Verhalten bei drei weiteren Kranken. Die zwei Ersten litten an periodischer Manie und zeigten grössere Erregung, auch Nachts, mit Kopfcongestion, allein nur in der manischen Phase; die Eine war dabei unreinlicher, schmierte, hatte heftige Sinnestäuschungen, war oft geradezu verwirrt und dabei beängstigt; die Andere war nur unruhiger, klagstüchtiger, empfindlicher, voller Wünsche, doch ohne deutliche Hallucinationen, die aber wahrscheinlich nicht fehlten. Die dritte Kranke endlich war eine secundär Verblödete von 39 Jahren mit kürzeren oder längeren ruhigen und erregten Zeiten. Die erste genauer notirte Menstruation war vom 20. bis 24. September 1893 und fiel in die Erregungszeit (deren Beginn nicht verzeichnet ist), die bis Ende November anhielt. Während dieser ganzen Zeit war Patientin, wenn sie menstruierte, auffallend ruhig^{**)}), in sich versunken; während sie sonst schwatzte, lachte, umherlief etc. Dann kam eine ruhige Phase bis etwa in den Februar 1894 reichend, mit zwei Perioden, die nichts Besonderes zeigten. Endlich hub wieder die erregte Zeit an und in den folgenden vier Regeln trat nicht wie bei

^{*)} Ja, verschiedene, mehr weniger obscene, halberregte Frauen waren zur Zeit der Menses durchaus nicht gemeiner als sonst. Schlager (l. c.) glaubt, dass bei nicht Wenigen während, insbesondere aber kurz nach der Menstruation die Neigung zu Masturbation am lebhaftesten sei. Aehnliches sah ich nicht und halte es überhaupt für schwierig, absolut sichere Daten über Masturbation bei Männern und Frauen in einer Irrenanstalt zu erhalten.

^{**) Schröter (l. c.) sah unter seinen vielen Fällen nur bei sehr wenigen statt der periodischen Steigerung regelmässig Nachlass der Symptome und besseres Befinden.}

der vorher dagewesenen lauten Epoche ein auffällig stilles Wesen zutage, sondern umgekehrt grössere Erregung.

Trotzdem uns im Verlaufe der Untersuchung eine Menge von möglichen Fehlerquellen begegneten, die gewiss noch lange nicht alle erschöpft sind, und von denen einige nur schwer oder gar nicht beseitigt werden können, so glaube ich doch, dass die Hauptergebnisse unserer Arbeit sich dahin zusammenfassen lassen, dass 1. die Menstruation bei chronischen Psychosen im Allgemeinen nicht von der bei Geistesgesunden abwich*) und 2. ihr Einfluss auf den Gang des Leidens ein relativ geringer und dabei oft inconstanter war. Ich hoffe, dass weitere Untersuchungen unsere Resultate im Grossen und Ganzen bestätigen werden; jedenfalls spielt aber die Qualität des Materials eine gewisse Rolle, wahrscheinlich auch die Rasse und vielleicht noch so manches andere Moment.

Bekannt ist es nun, dass bei den acuten Psychosen Unregelmässigkeiten der Menses und ebenso die menstruelle Einwirkung auf den Gang des Leidens viel häufiger sind, als bei den chronischen. Dies ist wohl dahin zu erklären, dass bei Letzteren überhaupt eine Reaction auf Reize seltener und oberflächlicher aufzutreten pflegt, als bei Ersteren. Es ist ja erwiesen, dass schwere körperliche Leiden, wie Typhus, Pleuritis etc. bei chronischem Irresein oft mit recht geringen somatischen Zeichen, speciell mit wenig oder selbst ohne Fieber, Husten etc. verlaufen können. Die Elasticität der Gefässe hat abgenommen, Atherom tritt häufiger auf; jene sind also starrer, aber auch oft ist die Nervenmasse in toto und speciell der Gefässnervenapparat für Reize weniger empfänglich geworden. So findet dann die Periode, selbst wenn sie sonst reizen würde, einen relativ ungünstigen Boden für eine active Rolle vor.

Aber selbst in den positiven Beeinflussungsfällen könnte man weiter fragen, ob hier wirklich eine directe Abhängigkeit der Psyche von der Menstruation vorliegt, oder ob beide Erscheinungen nur Coëffekte einer unbekannten Ursache sind.

Seit relativ kurzer Zeit wird es immer klarer, dass das Leben des geschlechtsreifen Weibes, soweit die noch sehr mangelhaften Untersuchungen verschiedener Functionen in Frage kommen, in einer Curvenform verläuft, die im Allgemeinen so geartet ist, dass das Maximum der Höhe kurz vor Eintritt der Menses oder in der ersten Zeit derselben erreicht ist, während der ganzen Periode oder ihrer zweiten grösseren

*) Nach Voisin (*l'Idiotie etc.*, Paris 1893, p. 105) erfolgt die Pubertät bei Idiotinnen nicht später als sonst und die Menstruation wierholt sich ziemlich regelmässig.

oder kleineren Hälfte abfällt, um kurz nach Beendigung der Blutung ein zweites (Neben-) Maximum zu erklimmen und dann wieder abzusinken. In dieser Depressionsphase zwischen Haupt- und Nebenmaximum zeigen sich als wichtigstes somatisches Zelchen die Menstrualblutung, nach der psychischen Seite die verschiedenen Grade des „Unwohlseins“ bei so vielen gesunden Frauen.

Die Blutung selbst wird gewöhnlich als Ausdruck der Beckenhyperämie dargestellt, reflectorisch erzeugt durch die hochgradige Reizung der Ovarialnerven in Folge des Reifungsprocesses der Ovula*). Denkbar wäre es aber auch, dass die Hyperämie, welche zur Reifung des Eis nötig ist und die Hyperämie der übrigen Beckenorgane nur Coëffecte einer und derselben Ursache sind, wobei ein reflectorischer Blutandrang durch Reizung der Ovarialnerven wegfällt oder nur mitwirkt. Das erste Entstehen der Functionscurve überhaupt und speciell des Menstruationsvorgangs ist nun leider ganz in Dunkel gehüllt**). Die Ursache nun, welche dieselbe zuerst erzeugte, ist entweder eine noch fortdauernd wirkende, oder der cyklische Verlauf ward allmälig durch Vererbung übertragen, ohne dass der primäre Grund mehr thätig ist. Wie dem auch sei, in beiden Fällen wird die Curve mit den zwei Gipfeln und der Depressionsphase dazwischen erzeugt, die sich somatisch und psychisch ausdrückt, wo wir also nicht mehr sagen können, die Menses erzeuge die psychische Veränderung des normalen Weibes. Es ist nun sehr wahrscheinlich, dass Krankheiten aller Art, auch Sexualleiden, ebenso psychische, diese ganze Curve organischer Leistungen ändern, verkürzen, verlängern etc. können, mithin auch die Gipfelhöhe und die Depressionsphase, wodurch sich unter Anderem die verschiedenen Moda-

*) Nach Leopold (Untersuchungen über Menstruation und Ovulation, ref. in den „Fortschritten der Medicin“ 1884, S. 87) finden sich zu allen Zeiten springfertige Eifollikel und Corp. lutea vor, wenn auch am meisten um die Zeit der Menstruation. Aehnlich auch Slavjanski (Greulich l. c.). Die Frau kann demnach stets befruchtet werden. Nach neueren Untersuchungen fanden Leopold und Mironoff (Beitrag zur Lehre von der Menstruation und Ovulation, Archiv f. Gynäkologie 1894, ref. in Schmidt's Jahrbüchern 1895, No. 1) die Menstruation gewöhnlich von Ovulation begleitet, und zwar von 42 Fällen, 30 mal. Sie fügen aber speciell noch hinzu, dass die Menstruation nicht vom Reifwerden und vom Bersten eines Graaf'schen Follikels abhänge, sondern von der Anwesenheit der Eierstöcke und einer genügenden Ausbildung der Uterusschleimhaut.

**) Darwin (Die Abstammung des Menschen etc., übersetzt von Haek, Reclam, Bd. 1. S. 246) giebt hierfür einige Andeutungen, die sich vielleicht später einmal fruchtbar erweisen werden.

litäten der Unregelmässigkeiten in der Periode erklären liessen; nicht weniger auch solche der vasomotorischen Beteiligung überhaupt, wodurch bald mehr Blut als sonst nach den Genitalien, bald mehr nach dem Gehirn getrieben würde und damit Exacerbationen der Begleiterscheinungen oder der psychopathischen Symptome ihre Erklärung fänden. Dass in der That Unregelmässigkeiten der Menses bei acuten Psychosen sehr gewöhnlich, ebenso aber auch, dass sie dagegen bei chronischen viel seltener sind, sahen wir schon. Bekanntlich ist ferner die Depressionsphase auf der Curvenhöhe schon bei der Gesunden die Zeit, wo allerlei Schädlichkeiten schneller als sonst und intensiver einwirken. Ist ein solcher Reiz nun stark genug und das Gehirn minderwertig, so kann er wohl einmal eine Psychose, Krämpfe etc. herbeiführen, die eventuell beim Absinken der Curve wieder verschwinden. Wirkt die Ursache aber fort, so kann das Leiden, sofern das Gehirn noch kräftig genug ist, bloss zur Zeit der Menstruation sich zeigen. Ist dagegen die Psychose bereits stabil geworden, aber noch im acuten Stadium, so wird die functionelle oder organische Gehirnstörung als innerer Reiz in der Depressionsphase des Curvengipfels mehr einwirken und meist eine Steigerung aller krankhaften Symptome erzeugen.

Ist andernfalls aber das Irresein chronisch geworden, so wird eine geringere Anspruchsfähigkeit der Gehirnmasse, wie wir annahmen, eintreten und damit seltenere menstruelle Exacerbationen, die natürlich aber auch, wie bei den acuten Leiden und sonst auch, durch äussere Gründe erfolgen können. Wir sehen nämlich, dass schon normalerweise das Milieu während der Periode eine grosse Rolle spielt. In einer Irrenanstalt, an der ich früher wirkte, litten die neu eingetretenen Wärterinnen fast durchweg einige Zeit an Amenorrhoe, bedingt durch die total veränderten Lebens- und Ernährungsverhältnisse. Ein Gleiches sah Bissel (l. c.). Aehnliches dürfte vielleicht auch öfters*) bei Eintritt von Geisteskranken in die Anstalt vorkommen, so dass dann diese Amenorrhoe nicht durch die Psychose, wie meist, sondern durch das Milieu bedingt erscheint. Fälle von stetem Einflusse der Menstruation auf die Psyche werden wir also, um es nochmals kurz zu präzisiren, vielleicht so auffassen dürfen, dass entweder in der Depressionsphase der Curvenhöhe der Krankheitsprozess als solcher eine Steigerung der Symptome herbeiführt, die mit der menstruellen Blutung zusammenfällt, aber nicht von ihr abhängt, oder dass zu dieser kritischen Zeit beliebige innere oder äussere Reize sie erzeugen.

Durch etwas ausführlichere Darlegung obiger Theorie wollte ich

*) Schröter (l. c.) sah hiervon einige Fälle.

nur zeigen, dass sie mir der Wahrheit näher zu kommen scheint und dabei alle vorkommenden Fälle mindestens ebenso gut erklären kann, als die landläufige Auffassung der Dinge. Nur für wenige Fälle, meine ich, könnte man eine eventuelle Abhängigkeit einer psychischen Aenderung von dem Menstruationsvorgange selbst annehmen, das sind nämlich die Fälle von schwerer Dysmenorrhoe*) durch Stenose, Knickungen, Entzündungen der Genitalorgane etc., die reflectorisch wohl als Reiz einzuwirken vermögen, trotzdem auch hier der Schmerz etc. gewiss nicht. immer allein local, sondern z. Th. auch central bedingt sein mag. Aber auch diese Zustände liessen sich wohl, wie schon gesagt, mit unserer Theorie vereinigen.

Der Zukunft mag es überlassen bleiben zu entscheiden, welche Auffassung der Verhältnisse schliesslich den Sieg davontragen wird; gleichgültig ist sie jedenfalls nicht. Ich wollte nur eine Anregung zu weiteren Untersuchungen dieser wichtigen Frage geben. Hier käme es vor Allem darauf an, die cyclische Lebenscurve bei Geisteskranken (acuten und chronischen), mit specieller Berücksichtigung der erblichen Belastung zu studiren. Einen eigenen Einblick in dieselbe nach der psychischen Seite hin gewährt eine Studie Schüle's**), die uns namentlich zeigt, was durch Schärfe klinischer Beobachtung erreicht werden kann. Ihren vollen Werth werden solche Untersuchungen aber erst dann haben, wenn die normale cyclische Curve des Weibes, ihre Individualitäten, ihre Unregelmässigkeiten durch Krankheit etc. näher bekannt sind. Mit dem Alter scheint sie sich nämlich zu ändern, speciell unregelmässig zu werden, was völlig hinreichen würde, um alle Unregelmässigkeiten und bösen Begleitsymptome etc. der klimacterischen Zeit zu erklären. Da aber mit der Menopause wohl schwerlich die Curve ganz verschwindet, müsste man eigentlich nach Eintritt derselben noch gewisse cyklische Aenderungen nachweisen. Ich bemühte mich, solche bei früh eingetreterner Menopause zu finden, doch gelang mir dies nicht***), was freilich nur wenig besagen will, da es sich jedenfalls nur

*) Verschlimmerungen durch Metrorrhagieen kann man nur indirect hierher zählen.

**) Schüle, Ueber den Einfluss der sogenannten „Menstrualwelle“ auf den Verlauf psychischer Hirnaffectionen. Laehr's Allgemeine Zeitschrift für Psych. etc. Bd. 47. S. 1ss.

***) Greulich (l. c.) erwähnt, dass nach dem Aufhören der Menses überhaupt periodische Blutungen, Congestionen, Diarröen regelmässig bei Normalen auftreten können. Auch dass nach Leopold und Mironoff (l. c.) noch zur Zeit der senilen Schrumpfung der Eierstöcke normale Follikel existieren, die zum physiologischen Aufbrüche kommen und typische Corp. lutea bil-

um feine Nüancen handelt. Schwerlich wird sich die Lebenscurve nur auf die Zeit der Geschlechtsreife beziehen; sie fängt wahrscheinlich mit der Geburt an, um erst mit dem Tode aufzuhören, doch mit einem Maximum während der Geschlechtsreife. Sie scheint auch beim Manne zu existiren*) und ist vielleicht gar ein allgemeines biologisches Gesetz der gesamten organischen Welt **). Dies würde weite Perspektiven eröffnen. Auf diesem ganzen Gebiete giebt es also noch unendlich viele Probleme zu lösen, da wir erst am Anfange der diesbezüglichen Studien stehen.

Aber auch die Betrachtung der Menstruation allein und was damit zusammenhängt, erfordert bei Geisteskranken, ja sogar bei Gesunden, wie wir sahen, weitere eingehende Untersuchungen, da es noch viele strittige Punkte giebt, und andere, die überhaupt bis jetzt keine Bearbeiter fanden. Namentlich ist das Verhalten der einzelnen körperlichen Functionen bei Geisteskranken während der Periode noch recht wenig bekannt, und hier liegt ein weites und interessantes Gebiet für Physiologen, Psychologen und Psychiater offen.

Hubertusburg, October 1894.

den, spricht noch für ein Fortbestehen einer Curve. Ich habe zur Zeit eine chronisch Geisteskrank von 62 Jahren in Beobachtung, die seit dem Aufhören ihrer Regel (im 46. Jahre) regelmässig aller 4 Wochen drei Tage lang Abends Kopfcongestion bekommt und starkes Nasenbluten, dabei wie dösig ist, öfter dabei Augenflimmern und Ohrensausen, Aufstossen Ziehen im Leibe etc.

*) Daher hat man sogar voreilig von „männlicher Menstruation“ gesprochen.

**) Nach Donaldson (the growth brain, London 1875, p. 82) zeigt sogar das sich fruchtende Ei gewisse Rhythmen. Die so wichtige Rhythmis im menschlichen Leben, und zwar in täglichem, wöchentlichen, monatlichen Kreise, behandelt derselbe Verfasser an verschiedenen Stellen ziemlich ausführlich.