

XII.

(Aus dem Ambulatorium für Nervenkrankte am St. Rochus-Spital in Budapest.)

Der epileptische Wandertrieb (Poriomanie).

Von

Dr. Jul. Donath,

Universitätsdocent, ord. Arzt des St. Rochus-Spitals¹⁾.

~~~~~

Die Rolle, welche man den Bewusstseinszustand im epileptischen Anfall spielen liess, hat in der letzteren Zeit beträchtliche Aenderungen erfahren. Die vollständige Aufhebung des Bewusstseins, welche den klassischen Krampfanfall kennzeichnet, konnte man nicht mehr gelten lassen für jene plötzlichen Anfälle von Geistesstörung, welche man als larvirte oder psychische Epilepsie, als psychisches Aequivalent, oder transitorisches Irresein kennen gelernt hatte. Die genauere Kenntniss dieser Zustände verdankt man namentlich den Untersuchungen von Falret (1860—61), Morel (1861), Samt, Griesinger, Huglings Jackson (1875—1876), Legrand du Saulle (1877)<sup>2)</sup>.

1) Nach einem in der königl. Gesellschaft der Aerzte in Budapest am 7. Januar 1899 gehaltenen Vortrage.

2) Schon Hippokrates schilderte transitorisches und postepileptisches Irresein, doch ohne den Zusammenhang zwischen Epilepsie und Geistesstörung zu kennen. Die Stelle lautet: *Deinde video insanos homines et delirantes a nulla manifesta causa et multa et simul importuna facere, vidique multos in somno plorare et vociferari, alios exilire et foras fugere, atque ita delirare donec expergiscuntur: postea autem etiam sanos esse ac sapientes velut prius, esseque ipsos palidos ac debiles.* (De morbo sacro, Cap. I.) Auffallend ist, dass Hippokrates die Bewusstseinsstörung mit keiner Silbe hervorhebt, während sie z. B. in der Schilderung des Ev. Matthaei Cap. 17, V. 15 scharf hervortritt: „Herr erbarme dich über meinen Sohn, denn er ist mondsüchtig und hat ein schweres Leiden; er fällt oft in's Feuer und oft in's Wasser“.

In den psychischen Aequivalenten, welche Falret nach der Analogie des *petit mal* als „*petit mal intellectuel*“ bezeichnet hat, besteht zuweilen Bewusstsein der Unstatthaftigkeit der Handlung, welche unter der Herrschaft eines inneren Zwanges ausgeführt wird, wenn z. B. der Kranke tagelang planlos herumirrt; damit sind Angstzustände verbunden und finden oft Selbstmordversuche statt. Hinterher ist die Erinnerung daran eine traumhafte und Erinnerungsdefecte sind in der Regel nachzuweisen. Falret's „*grand mal intellectuel*“ dagegen stellt ein Gemisch von schwerer Verworrenheit und scheinbarer Lucidität dar, wonach der Erinnerungsmangel meist ein vollständiger ist.

In der That kann ja bei der psychischen Epilepsie, wenn der Kranke bezüglich seiner Umgebung eine gewisse Orientirtheit zeigt, seine Bekannten mit dem Namen anruft, Personen anfährt oder aus dem Wege stösst, auf Fragen passende Antworten giebt, Gewaltacte in dazu geeigneter Weise ausführt, von keiner Bewusstlosigkeit, sondern nur von einem veränderten, traumhaften Bewusstsein, von einem Dämmerzustand die Rede sein, selbst dann, wenn darauf vollständige Amnesie folgt. Féré<sup>1)</sup> vergleicht dies mit den nach heftigen Erregungen oder Traumata auftretenden retrograden Amnesien sowie mit der von Moreau de la Sarthe hervorgehobenen Erscheinung, dass gerade die lebhaftesten Träume, welche mit den stärksten Muskelbewegungen und mit der lärmendsten Schwatzhaftigkeit einhergehen, es sind, die beim Erwachen zu- meist vergessen werden.

Zuweilen besteht kurze Zeit nach der begangenen Handlung vollständige Erinnerung, aber später erfolgt nicht nur ein vollständiges Vergessen der Handlung, sondern auch daran, dass der Kranke Jemand davon erzählt hat (Maudsley, Sammt). Kovalevsky<sup>2)</sup> erklärt dies dadurch, dass der epileptische Anfall noch eine Zeit lang nach dem Aufhören der Tobsucht dauert, weshalb sich die Kranken noch der Handlung erinnern und sie erzählen können, mit dem gänzlichen Aufhören des Anfalles aber tritt auch die Amnesie ein. Ottolenghi nennt dies die „verzögerte Amnesie“. Tamburini<sup>3)</sup> erklärt: „*L'amnesia non è corathere costante dell' epilessia larvata*“. Derselben Ansicht sind Oebeke, Salgó, Hughes, Bombarda und Lemoine. Ebenso ist nach Siemerling<sup>4)</sup> das Wesentliche bei der

1) Ch. Féré, *Le épilepsies et les épileptiques*. Paris 1890. p. 139.

2) P. Kovalevsky, *De l'épilepsie au point de vue clinique et médico-legal*. Annales medico-psychologiques, 1898.

3) *Rivista sperimentale di freniatria*. Fasc. II. III. 1878.

4) E. Siemerling, Ueber die transitorischen Bewusstseinsstörungen der Epileptiker in forensischer Beziehung. Berliner klin. Wochenschr. 1895. No. 42.

epileptischen Psychose der traumhaft veränderte Bewusstseinszustand, keinesfalls aber die totale oder partielle Amnesie. Nach Ottolenghi<sup>1)</sup> giebt es Epileptiker, welche neben Bewusstlosigkeitszuständen auch Anfälle mit vollem Bewusstsein haben, in denen sie die Verkehrtheit ihrer Handlungsweise einsehen, sich aber dennoch derselben nicht enthalten können.

Ball<sup>2)</sup> erwähnt eine Frau, welche anfangs an schweren Krampfanfällen, an petit mal und epileptischer Tobsucht litt, die mit Bewusstseinsverlust und Amnesie einhergingen; in den späteren Anfällen aber konnte sie sich über alles Rechenschaft geben, was während des Anfalles geschehen war und auch nachher behielt sie die Erinnerung daran.

Paget und Lemoine<sup>3)</sup> haben Fälle larvirter Epilepsie beobachtet, wo der epileptische Anfall durch Magenstörungen markirt war, und zwar mit oder ohne Bewusstseinsverlust.

Ein Kranker von Kovalevsky konnte sich nach dem Anfall des Geschehenen nicht bestimmt erinnern; beim Auftreten des nächsten Anfalles aber erzählte er alle Einzelheiten des vorangegangenen. Eine Erscheinung also, welche sonst für die Hystero-Epilepsie und die Hypnose charakteristisch ist.

Wie nach den triebartigen Handlungen der Epileptiker die Erinnerung daran schwach ist, so kann sie, wie Parant<sup>4)</sup> bemerkt, zuweilen durch Nachdenken darüber seitens des Kranken, oder durch Andeutungen der Umgebung wieder hervorgerufen werden.

Wildermuth<sup>5)</sup> theilt das transitorische Irresein der Epileptiker in zwei Hauptformen ein: in die Psychosen, welche mit Störung des Bewusstseins verbunden sind und in die, welche ohne eine solche verlaufen. Zu den letzteren zählt er krankhafte Verstimmungen, manieartige Zustände u. s. w.

Binswanger<sup>6)</sup> berichtet über Anfälle von „Zwangshandlungen“, welche sogar mit Aura ohne alle epileptischen Erscheinungen auftraten.

1) Ottolenghi, Epilessia psychica. Rivista sperimentale di freniatria. Fasc. V. XVI.

2) Angeführt von Kovalevsky ibid.

3) G. Lemoine (de Lille), Epilepsie à forme gastrique. Soc. de biologie, Séance du 15 janvier 1898.

4) W. V. Parant, Des impulsions irrésistibles des épileptique (Congrès des aliénistes et des neurologistes de Bordeaux). 1895.

5) H. A. Wildermuth, Ueber epileptisches Irresein. Württemberg. Correspond.-Blatt. 19. April 1890. Ref. Virchow-Hirsch Jahresber. f. 1891. I. S. 449.

6) Verhandl. der Naturforscherversammlung zu Eisenach 1882.

Wie verschwindend auch dieser Bruchtheil von Krampfanfällen und psychischen Aequivalenten im Vergleich zu denjenigen ist, wo das Bewusstsein aufgehoben oder tief verändert ist, so lässt sich doch aus jenen Beobachtungen gleichsam eine fortlaufende Reihe darstellen, wo Bewusstseinsstörung und Amnesie immermehr in den Hintergrund treten und endlich gänzlich verschwinden. Wenn also die Bewusstseinsstörung wohl eine überaus häufige und wichtige Erscheinung, aber kein ständiges Merkmal des epileptischen Anfalles ist, so muss sie aus der Begriffsbestimmung der Epilepsie ausgeschieden werden.

Für diese meine Auffassung möchte ich als weitere Stütze die Jackson'sche Epilepsie heranziehen. Gelegentlich einer früheren Arbeit<sup>1)</sup> habe ich die Ansicht ausgesprochen, dass der Krampfanfall immer auf demselben cerebralen Mechanismus beruht, immer dasselbe Symptom darstellt, gleichviel, ob es sich um genuine, reflectorische, traumatische oder Herdepilepsie handle, oder, wie ich hinzufügen will, gleichviel ob Infection oder Intoxication (Syphilis, Alkoholismus, Saturnismus, Urämie) die Ursache ist. Dasselbe gilt auch für die Jackson'sche Epilepsie, welche thatsächlich eine partielle Epilepsie ist und sofort eine allgemeine wird, sobald die Muskelkrämpfe von einer Körperhälfte auf die andere übergehen und dann der allgemeine, mit Bewusstlosigkeit einhergehende Krampfanfall von dem gewöhnlichen epileptischen Insult nicht mehr unterschieden werden kann. Dass bei der Jackson'schen Epilepsie, so lange die Muskelkrämpfe nur auf eine kleine Muskelgruppe oder höchstens auf eine Körperseite beschränkt sind, das Bewusstsein erhalten bleibt, liegt meines Erachtens darin, dass ein Reiz, welcher unmittelbar auf die psychomotorischen Centren einwirkt, nur ein verhältnissmässig geringer zu sein braucht, um Muskelkrämpfe auszulösen, während ein von einem entfernten Punkte ausgehender Reiz, welcher bis zu den Centralwindungen gelangen soll, schon ein stärkerer sein muss, der dann durch seine weitere Ausstrahlung auch Bewusstseinsstörungen bewirken kann. Ohne Erregung der Centralwindungen aber giebt es keinen Krampfanfall. In der Jackson'schen Epilepsie also, welche ein Rudiment der allgemeinen Epilepsie darstellt, ist das Bewusstsein gänzlich erhalten und nur bei schweren einseitigen Muskelkrämpfen etwas getrübt.

Für die Zusammengehörigkeit der Jackson'schen und der allgemeinen Epilepsie spricht ausser dem continuirlichen Uebergang des

---

1) J. Donath, Der Werth der Resection des Halssymphaticus bei genuiner Epilepsie. Wiener klin. Wochenschr. 1898. No. 16.

Anfalles von der einen Form in die andere, beziehungsweise der im Laufe der Krankheit nicht seltenen gänzlichen Substitution der partiellen durch die allgemeine Epilepsie, auch das gleiche Verhalten derselben in ihrem Auftreten: denn sowie bei der allgemeinen Epilepsie giebt es auch bei der Jackson'schen nicht nur einzelne, isolirte Anfälle, sondern auch Reihen von dicht auf einander folgenden oder gehäuften Anfällen (*séries imbriquées*), ja man hat dabei sogar Status epilepticus beobachtet. Und treten dann später an die Stelle der partiellen Anfälle dauernd die allgemeinen, dann können sie von allen verhängnissvollen Folgen der letzteren, wie Lähmungen der Gliedmaassen, Sprachstörungen, Intelligenzverfall u. s. w. begleitet werden. Fournier<sup>1)</sup> erwähnt sogar in einem Falle von syphilitischer Jackson'scher Epilepsie das Auftreten von Abscensen, Impulsionen und einem ausgebildeten psychischen Aequivalent.

Von hohem therapeutischen Interesse ist auch die jüngst von Forel<sup>2)</sup> mitgetheilte Beobachtung, dass auch reine Jackson'sche, ebenso wie genuine Epilepsie durch Alkoholmissbrauch unterhalten und durch Abstinenz geheilt werden kann. Auch Prus<sup>3)</sup> anerkennt in seiner schönen experimentellen Arbeit keinen wesentlichen Unterschied zwischen Rinden- und genuiner Epilepsie.

Ich finde es für ein unfruchtbares Bemühen, jedes psychische Aequivalent, ganz besonders aber die überaus merkwürdigen epileptischen Wandertriebe, wie ich an meinen hier folgenden drei Beobachtungen zeigen will, in das bisher übliche Schema der Bewusstseinsstörung und der vollständigen oder theilweisen Amnesie einzwängen zu wollen. Bei manchen Kranken ist Bewusstseinsstörung oder Amnesie überhaupt nicht nachzuweisen, wieder bei Anderen oder für gewisse Phasen eines und desselben Anfalles sind Bewusstseinsstörung und Amnesie so geringfügig, dass sie das Wesen des Anfalls gewiss nicht ausmachen, dafür aber andere Symptome, die wir auch in anderen Formen des epileptischen Anfalles nie vermissen, die herrschende Rolle spielen. Ich definire daher den epileptischen Anfall jedweder Form und jedweden Ursprungs als eine krankhafte Erregung der Hirnrinde, welche plötzlich ansteigt, periodisch wiederkehrt, typisch abläuft und rasch abklingt. Es hängt nur von quan-

---

1) Angeführt von Voisin, *L'épilepsie*. Paris 1897. p. 157.

2) A. Forel, *Die forensische Beurtheilung der Säufer*. Wiener medic. Presse 1898. No. 30.

3) J. Prus, *Ueber Leitungsbahnen und Pathogenese der Rindenepilepsie*. Wiener klin. Wochenschr. 1898. No. 38.

titativen Verhältnissen ab, nämlich von der Stärke und Ausbreitung des Reizes, ob der Anfall mit oder ohne Bewusstseinsstörung, demnach mit oder ohne Amnesie abläuft. Ein nothwendiges Attribut des Anfalls sind sie nicht.

Wie mich die Durchsicht der Literatur lehrte, hat der epileptische Wandertrieb in der Form, wie ich ihn beobachtet habe, nämlich bald ohne jedwede, bald mit zeitweiliger geringfügiger Bewusstseinsstörung und leichtem Erinnerungsdefect, bereits die Aufmerksamkeit einiger Forscher in der jüngsten Zeit erregt. Ich nenne den epileptischen Wandertrieb *Poriomanie* ( $\eta$  *πορεία* = Wanderschaft, Marsch) und will damit seine pathologische und forensische Bedeutung hervorheben. Dies möge auch entschuldigen, wenn ich, um ihre gehörige Beurtheilung zu ermöglichen, da es sich um Bewusstseinsphänomene und Erinnerung, also um Subjectives handelt, sie etwas ausführlicher mittheile.

## I.

Der 38jährige Zimmermannspolier J. Sz. stellte sich mir am 12. März 1898 vor<sup>1)</sup>.

Anamnese. Grosseltern, Eltern und Geschwister sind gesund. Die Frau war nie schwanger.

Im 8. Lebensjahre fiel er von Stockwerkshöhe auf den Kopf, doch weiss er nicht anzugeben, ob er bewusstlos geblieben war. Er erlitt eine Verletzung an der linken Stirn; zwei Monate lag er zu Bette, während des die Wunde zutheilte.

Seither erfasst ihn jedes Jahr um die Zeit der Jahreswende des Unfalles (im Herbst) ein „innerer Zwang“ zu wandern und zu reisen, der in dem ersten Jahre einige Wochen, in den letzteren auch fünf Monate dauerte, und dem er nicht widerstehen kann. Schon als Schulknabe verschwand er um diese Zeit, ohne Jemand ein Wort zu sagen, plötzlich aus dem elterlichen Hause, irrte in den Wäldern umher, wanderte von Gehöft zu Gehöft, die Gastfreundschaft und das Erbarmen der dortigen Bewohner in Anspruch nehmend; danach kehrte er wieder heim. Später, als er schon ein geschickter, gut bezahlter Arbeiter und kleiner Unternehmer war, liess er, wenn diese Zeit kam, den besten Verdienst plötzlich stehen, um ohne Weiteres zu verschwinden. Im Laufe dieser alljährlich wiederkehrenden Wanderungen kam er in die verschiedensten Städte Ungarns, auch nach Rumänien; zuweilen trat er hie und da auf einige Tage in Arbeit, aber dann ging's wieder weiter. Mitunter schrieb er auch von da an seine Frau, die oft erst auf diese Weise erfuhr, dass er sich wieder in der Welt herumtreibt.

---

1) Der Kranke wurde in der Sitzung der Budapester Spitalsärzte am 20. April 1898 vorgestellt. (S. Pester medic. chir. Presse. Jahrgang XXXIV. No. 22. 1898.)

Unter seinen Wanderungen war aber die bemerkenswertheste jene, welche er vor 3 Jahren, gleichfalls im Herbst ausführte, als er von seiner Frau unter dem Vorwande, dass er Material einkaufen gehe, sich 100 Gulden geben liess, ihren Schmuck — ohne ihr Wissen — an sich nahm, diesen sammt seiner goldenen Uhr versetzte und aus seinem Wohnorte im Székler Lande zu Pferde sich auf den Weg machte. Das Pferd verkaufte er und von der nächsten Eisenbahnstation reiste er nach Budapest und von hier über Wien, Leipzig, Hamburg nach New-York. Ich muss hervorheben, dass er jede Einzelheit, alle Erlebnisse dieser Reise ganz genau kennt und erzählt. Auch erklärt Kranker auf's Entschiedenste, dass ihm bei diesen Wanderungen kein bestimmtes Reiseziel vor Augen schwebte. Auch zur Reise nach Amerika entschloss er sich auf die Weise, dass er auf der Reise von Budapest nach Wien die Bekanntschaft eines flüchtigen Defraudanten machte, der ihn überredete, mit ihm nach Amerika zu reisen, worin er sofort einwilligte. In Amerika arbeitete er einen Monat, da bekam er Heimweh und reiste wieder nach Hause.

Nach solchen Wanderungen, welche in der letzten Zeit sich auch 3 bis 4mal wiederholten, fühlte er Reue und Kränkung darüber, schon wegen des entgangenen Verdienstes und des vergeudeten Geldes und bat sein Weib um Vergebung. Diese ganzen Wanderungen aber erscheinen ihm, obgleich dieselben stets bei vollem Bewusstsein erfolgten, fremdartig und unbegreiflich.

Auf diese Reisen begab er sich, wie er sagte, leichten Herzens und wohlgemuth; dabei hatte er auch körperliche Erscheinungen: das Gesicht war geröthet, klopfte, war heiss und in der Narbe fühlte er Stechen. Danach aber bemächtigte sich seiner eine so starke Verstimmung, dass er mehrmals Selbstmordversuche machte. So trank er im 14. Lebensjahre eine Phosphorlösung und erhängte sich, doch wurde dies rechtzeitig wahrgenommen; im Jahre 1883 machte er wieder einen Erhängungsversuch und 1894 sprang er in's Wasser.

Obgleich er gegen seine Frau nichts vorzubringen wusste, misshandelte er sie dennoch und nach 10jähriger Ehe erklärte er schriftlich vor dem Gerichte, dass er mit ihr nicht mehr leben wolle und gab ihr die völlige Freiheit wieder. Er lebte dann mit einem anderen Frauenzimmer. Wie die Frau berichtet, war er ein Säufer, der im Tage sogar einen Liter Spiritus, mit Wasser gemengt, austrank und viel in Wirthshäusern herumlungte. Sein hübsches Vermögen ging auf diese Weise zu Grunde. Patient stammt aus einer anständigen, wohlhabenden Familie.

1878 und 1880 Gonorrhoe; sonst keine Geschlechtskrankheiten gehabt.

Status praesens. Das kräftig gebaute, wohlgenährte Individuum zeigt links am Stirnbein, nahe zur Sutura coronaria und der Medianlinie, eine zur letzteren schräg hinziehende sichelförmige Narbe von 3 cm Länge, welche über der entsprechenden Knochendepression verschiebbar und druckschmerzhaft ist. Uebrigens bietet der Kranke in der gesammten sensiblen, sensorischen und motorischen Sphäre nichts Besonderes dar. Der Vollständigkeit halber will ich nur erwähnen: Gesichtsschärfe beiderseits  $\frac{5}{7}$ ; Gesichtsfelder normal.

Hörweite für die Taschenuhr rechts 70, links 90 cm. Salzig, süß bitter wird auf der linken Zungenhälfte etwas schwächer, sauer beiderseits gleich gut empfunden. Patellar-, Sohlen- und Cremasterreflexe vorhanden, Bauchreflexe nicht auszulösen. Keine Degenerationszeichen nachzuweisen. Potenz erhalten. Während der ersten Untersuchung brach Patient einmal in heftiges Weinen aus. Patient klagt über Druckgefühl in der Stirn und in der Herzgegend. Er ist unruhig und denkt, wie er sagt, stets an's Wandern.

Auf Bromkalium und Entziehung der geistigen Getränke wurde Patient bald ruhiger, seine Frau rief er wieder zurück und versöhnte sich mit ihr. Der Kranke fühlte sich wieder wohl, erklärte am 23. März, dass er seit gestern an das Wandern nicht mehr denke und bei dem hauptstädtischen Brückenbau als Polier Arbeiten unternehmen wolle und verliess am 24. März das Krankenhaus.

Aber schon nach 6 Tagen kehrte er in das Krankenhaus zurück. Seine Frau soll ihm erklärt haben, dass sie seither von einem Anderen schwanger sei. Dies habe ihn in starke Aufregung versetzt, so dass er jetzt wieder laufen, vom Stockwerk hinabspringen möchte und verlangte nun selbst die Operation, welche ich ihm bei der ersten Aufnahme in Aussicht gestellt hatte. Ich bemerke aber, dass seine ganze Beschuldigung der Frau gegenüber blosser Einbildung war, wie diese mir später mittheilte, ebenso wie seine Behauptung, dass seine Frau auf ihn eifersüchtig sei, eine grundlose war; dass sie überhaupt nie schwanger war, dagegen er seiner Frau gegenüber oft unbegründete Eifersuchtsvorstellungen hegte. Sie hatte unterdessen nur als Wirthschafterin ihr Brod verdient. Er sagte, wenn man ihn nicht operire, werde er vom Fenster herunterspringen. Er sei aufgeregt und sein Kopf „wirr“. Auf seinen Wanderungen will er Anderen gegenüber nie aggressiv gewesen sein. Nie hat er mit Behörden irgend einen Conflict gehabt.

5. April: Osteoplastische Trepanation. (Ausgeführt vom Collegen Fidelis Hüttl auf der chirurg. Abtheilung des Herrn Prof. E. Navratil). Das herausgehobene über thalergrosse Knochenstück zeigte an der äusseren Tafel eine starke Depression, während die Tabula vitrea vollständig unversehrt und glatt war. Die Dura mater war angewachsen, Obgleich diese nichts Abnormes gezeigt hatte, wurde sie gespalten und nachdem die darunter gelegenen Gyri nichts Besonderes gezeigt hatten, wurde diese vernäht, das Knochenstück in der ursprünglichen Lage wieder eingepflanzt und die Wunde geschlossen. Heilung per primam. Patient verliess am 16. April bei gutem Allgemeinbefinden das Krankenhaus.

Die Diagnose: Psychisches Aequivalent war von Anfang an aufgestellt, als ich von seiner Frau am 10. April die Verständigung erhielt, dass sie an ihrem Mann am 29. März Nachts im Schlafe den ersten Krampfanfall gewahrt hatte. Er hatte sich im Bette herumgeworfen und sich mit den Nägeln Brust und Gesicht zerkratzt. Die Frau hatte sich bemüht, ihn durch alle möglichen Mittel zu wecken. Am nächsten Morgen wusste er von all' dem nichts. Nie hatte sie früher Aehnliches an ihm beobachtet. Patient begab sich hierauf behufs Operation in's



Krankenhaus. Zweifellos war dies ein gewöhnlicher epileptischer Anfall und so kann die obige Diagnose als gesichert gelten.

9. Mai. Meiner Aufforderung gemäss, stellte sich Patient vor, der sich wohl befindet, nur fühlt er bei Witterungsänderungen Stechen in der linken Schläfengegend.

6. October. Nach Bericht seiner Frau befindet er sich seither wohl und arbeitet regelmässig als Zimmermann.

## II.

M. W., 49 Jahre alt, Handlungsgehülfe, präsentirte sich am 10. August 1898. Seine Frau ist ungefähr vom selben Alter, wie er und war von ihm nie schwanger. Sie hatte in der ersten Ehe 2 Kinder, wovon eins am Leben.

Der Vater, den er nicht gekannt, sowie die Mutter sind früh, letztere plötzlich gestorben. Drei Schwestern sind gestorben, zwei Brüder sind gesund. Er erinnert sich nicht, Kinderkrankheiten durchgemacht zu haben. Krämpfe, Bewusstlosigkeitszustände, Geschlechtskrankheiten sind bei ihm nicht vorgekommen. Im Jahre 1878 bekam er einen Schlag auf die linke Stirngegend; doch ist gegenwärtig an dieser Stelle nichts zu sehen, auch ist diese nie wieder spontan, noch auf Druck schmerzhaft.

Aus der Untersuchung des mittelgrossen, kräftig gebauten, wohlgenährten Individuums hebe ich aus der Sinnessphäre Folgendes hervor: Pupillen gleich, unregelmässig contourirt, auf Licht, Accommodation und Convergenz gut reagirend. Beiderseits  $V = \frac{5}{15}$ , mit  $+ 2,0 D = \frac{5}{7}$ . Augenhintergrund normal. Gesichtsfelder zeigen eine mässige concentrische Einengung für Weiss. (Die Grenzen betragen für das rechte Auge oben 45, medial 55, unten 25 und lateral 85°; für das linke Auge beziehungsweise 45, 55, 53 und 65°). Für Blau und Roth sind sie ziemlich normal, für Grün sogar beträchtlich ausgedehnter, indem sie mit Roth ungefähr zusammenfallen. Hörschärfe beträgt rechts 5, links 15 cm (Taschenuhr). Knochenleitung gut; Rinne positiv. — Geschmack ist rechts für Süss und Bitter etwas herabgesetzt, für Salz und Sauer beiderseits gleich gut. Geruch ist rechts etwas schwächer. Tast- und Schmerzempfindung intact. Aus dem motorischen Gebiete erwähne ich: Augenbewegungen gut. Sulcus nasolabialis sin. etwas verflacht; beim Sprechen bewegt sich die linke Mundhälfte schwächer. (Lachen, Pfeifen, Zähnefletschen gut.) Sprache etwas stockend, doch war sie angeblich immer so; kein Silbenstolpern. Zunge zittert nicht, Hände zeigen ein leichtes Zittern, Händedruck kräftig. Grobe Kraft der Beine herabgesetzt; sie zittern leicht, wenn er Treppen gestiegen, sowie es auch während der Untersuchung der Fall ist. Sehnenreflexe in Ordnung, desgleichen Appetit, Schlaf, Urin- und Stuhlentleerung. Patient will potent sein, doch soll es nach Angabe seiner Frau diesbezüglich mit ihm gleich von Anfang der Ehe an schwach bestellt gewesen sein. Er schreibt diese gelegentliche Impotenz, welche sich besonders im Anfange der Ehe gezeigt, dem Umstande zu, dass er damals schwer gearbeitet und wenig Geschlechtslust gehabt. Gedächtniss seit einem Jahre etwas schwächer. Rechnen gut. Er ist weder Raucher, noch Trinker,

lebte stets sehr mässig, selbst als Soldat während des bosnischen Feldzuges, was auch seine Frau bestätigt, die ihn zu Hause nie trinken und auch sonst nie betrunken sah; er war nie ausschweifend, sehr eifrig im Geschäfte, zu jeder, auch der schwersten Arbeit stets bereit und seiner Thätigkeit halber, besonders als Verkäufer von seinen Chefs sehr geschätzt. Er hat in zwei Geschäften durch 20 Jahre gedient, die ihn ungern ziehen liessen. Das erste Geschäft verliess er nach achtjähriger Dienstzeit, um sich selbstständig zu machen; er konnte sich aber wegen ungenügenden Kapitals trotz seiner und seiner Frau angestrengtesten Thätigkeit und Sparsamkeit nur kurze Zeit behaupten, worauf er wieder in ein anderes Geschäft als Bediensteter eintrat. Er war stets in sich gekehrt, mied Gesellschaften und war selbst Sonntag Nachmittags, seiner einzigen freien Zeit, zu Hause, wo er mit Zeitungenlesen die Zeit verbrachte, er habe sich um sie wenig gekümmert, ihr das Wirthschaftsgeld gegeben und sei gekommen und gegangen „wie ein Kostgänger“. Eine Leidenschaft besass er, die er mit seinen beiden Brüdern theilte: das Lotto-spiel, früher die kleine Lotterie, in welche er wöchentlich zweimal, und zwar ziemlich hohe Beträge setzte, „woher auch immer das Geld beschafft werden musste“; später spielte er in der Klassenlotterie. Für diese Zwecke bohielt er 3mal eincassirte Gelder, einige hundert Gulden, für sich, doch hat sein Chef, mit dem er einst in einem Geschäfte zusammen gedient, und der durch eine reiche Heirath sich selbstständig machen konnte, ihm deshalb nie welche Schwierigkeiten gemacht, ihn auch nach den wiederholten Wanderungen immer gern wieder aufgenommen, weil er durch ihn viel Geld verdient hatte. Uebrigens zahlt er mit Hülfe seines Stiefsohnes diese entwendeten Beiträge langsam wieder zurück. Keine Degenerationszeichen nachzuweisen.

Als 14-jähriger Knabe durchwanderte er Siebenbürgen und Ungarn, obgleich er leicht hätte einen Posten bekommen können. Diese Wanderung ist die einzige, welche er vor seinen gleich zu schildernden gewohnheitsmässigen Wanderungen gemacht hatte, und die ihm dann nachträglich als sonderbar erschienen war.

Seit 3 Jahren tritt nun bei diesem Manne zeitweilig plötzlich ein „unwiderstehlicher“ Trieb zum Wandern auf, wobei er aufgereggt, zornmüthig ist und sich dann der Geschehnisse nicht recht erinnert. Er unternahm bereits 7mal solche grössere Wanderungen stets zu Fuss, von denen die erste sich nach Budapest bis zur nächsten Ortschaft erstreckte und 2 Tage dauerte, die späteren aber immer weiter führten; die längste Wanderung war bis Pressburg (213 Kilometer) und dauerte 10 Tage. Ueber den Grund dieser Wanderung, welche anfangs 1mal im Jahre, später schon 2—3mal erfolgten, weiss er sich keine Rechenschaft zu geben. Die Frau wusste in einigen Fällen Geldangelegenheiten (Defraudationen, Lotto-spiel, Zugrundegehen des von ihm gegründeten Geschäftes) als Veranlassung anzugeben, sie musste aber selbst zugeben, dass für die letzten Wanderungen kein Anlass ausfindig gemacht werden konnte; z. B. für die 7. Wanderung, zu welcher Zeit er als Agent ein schönes Geld verdiente. Wohl aber hatte er zu jener Zeit heftigen Kopfschmerz, so dass er 8 Tage lang zu

Bette liegen musste, worauf er sich dann auf seine weiteste Wanderung begab. Dieser Kopfschmerz, sagt er, zwingt ihn zum Wandern.

Desgleichen hatte er keinen Grund zur Wanderung, als er am 2. September wegen Platzmangels aus unserem Spital entlassen wurde und er, nachdem er sich zu Hause umgekleidet, wieder in einer Strasse 4 Stunden planlos herumirrte. Die Frau folgte ihm von Fern, um ihn zu beobachten; sie konnte aber nichts Besonderes an ihm wahrnehmen. Darauf brachte sie ihn sofort wieder in's Spital zurück. Auf diesen Wanderungen hat er kein Essbedürfniss, er vermag auch 3 Tage von einer Semmel zu leben, es düstet ihn aber viel nach Wasser. Er übernachtet dabei meist im Freien, was ihm durch die Jahreszeit, in welcher diese Wanderungen stets erfolgten (Sommer oder Herbst), ermöglicht wurde, oder bei Bauern.

Der Wandertrieb pflegt sich ihm 24 Stunden vorher durch starkes Ohrensausen anzukündigen (Aura?). Während der ganzen Wanderung hat er starken Kopfschmerz, besonders in der linken Schädelhälfte und die Empfindung „als würde das Gehirn im Schädel hin und herklatschen oder durch eine Scheidewand der Länge nach getrennt sein“; vor dem Auge sieht er dann mouches volantes, die er vergeblich fangen will. Mit dem Nachlassen des Kopfschmerzes, „welcher sich dann wie eine Wolke theilt“, hört auch der Wandertrieb auf und er kehrt wieder heim. Er kränkt sich dann, dass er wieder einen Anfall gehabt und seinen Angehörigen Kummer bereitet. Seine Frau pflegt ihn dann um seine Wanderungen nicht zu befragen, weil ihn das sehr aufregen würde, doch gelegentlich erzählt er aus freien Stücken Einzelheiten derselben. In der anfallsfreien Zeit führt er ein zufriedenes Familienleben. Er spricht sich lobend über seine Frau aus und hängt liebevoll an seinem Stiefsohn, dem er einen sorgfältigen Unterricht zu Theil werden liess. Wenn er sich auf eine solche Wanderung machte, erbat er immer etwas Geld von seiner Frau unter dem Vorwande, es für das Geschäft zu brauchen. Von einer solchen Wanderung schrieb er einmal seinem Chef, dass er, wenn jener diesen Brief lesen werde, nicht mehr am Leben sei; man liess ihn durch die Polizei suchen, die ihn auch ausfindig machte. Von einer anderen Wanderung telegraphirte er am Anfange seiner Frau, dass er zurückkehren werde, doch reiste er weiter.

Während des Spitalsaufenthaltes erklärte er einige Male, als er Kopfschmerzen hatte, dass wenn er jetzt draussen wäre, so würde er wieder wandern. Zu Hause hat er viel über Hinterhauptschmerzen zu klagen. Im Geschäfte zeigte er sich oft verwirrt und suchte dort herum. Er bat auch, da er sich seit der Behandlung wesentlich besser und ruhiger fühle, dass man ihn noch einige Zeit im Spital behalte. Seit Jahren leidet er an Schwindel, auch im Krankenhause, besonders wenn er aus dem Krankenzimmer auf den Gang tritt, so dass er sich zuweilen an die Wand stützen musste und auch Gegenstände aus der Hand fallen liess. Die Behandlung bestand in lauen Wannenbädern, Bromkalium; die Kopfschmerzen und die sich daran anschliessende Wandersucht wurden durch Antipyrin coupirt.

Die anfangs bestandene Schlaflosigkeit war bald gewichen. Patient scheint wesentlich gebessert und verlässt am 27. September das Krankenhaus<sup>1)</sup>.

### III.

F. P., 19 Jahre alt, Schneidergehülfe, stellte sich am 10. Juni 1898 vor.

Die Urgrossmutter mütterlicherseits ist im Alter von 68 Jahren im Irnsinn, der Grossvater an Herzkrankheit gestorben; Grossmutter ist 70 Jahre alt. — Der Grossvater väterlicherseits ist im Alter von 53 Jahren an Lungenentzündung, die Grossmutter ist an Marasmus gestorben. Mutter ist „nervös“ und litt an Herzklopfen, besonders als sie mit Patienten schwanger war. Sein Vater gleichfalls „nervös“, litt an Nierenentzündung. Seine beiden Geschwister sind körperlich schwach, aber geistig gut entwickelt. Einer derselben ist auch „nervös“, Patient machte im 5. Lebensjahre „Hirnentzündung“ durch und lag 3 Tage und 3 Nächte bewusstlos. Im 6. Lebensjahre fiel er auf's rechte Knie, wovon die der Innenfläche der Tibia adhärende Narbe und die im rechten Winkel erfolgte Ankylosirung des Kniegelenkes herrühren. In Folge dessen hinkender Gang.

Patient war als Knabe „schlimm“, weshalb er oft geprügelt wurde und lernte schlecht, sowohl in der Schule, als bei der Schneiderei.

Nach der Mittheilung seiner Mutter zeigt er seit dem Jahre 1894 im 1—4wöchentlichen Zwischenraume plötzlich einen veränderten Charakter. Während er sonst ruhig und fleissig der Schneiderei obliegt und zärtlich gegen seine Mutter ist, nimmt er zur Zeit des Anfalles ein finsternes Aussehen an, grüsst seine Mutter nicht, wird grob, rücksichtslos; daran erkennen die Seinigen sofort, dass er den Anfall hat. Er läuft dann vom Hause weg, und wenn man seinen Hut zurückbehält, auch ohne Kopfbedeckung und bleibt 1—8 Tage aus, streicht ohne Nahrung herum, friert, sieht Nachts den Canalarbeitern zu, oder schläft auf den Strassenbänken. Mit besonderer Vorliebe aber sucht er seine bekannten Fiakerkutscher auf, welche ihn mit der Beaufsichtigung ihrer Wagen und ähnlichen Dienstleistungen betrauen, oft auch fährt er selbst, sei es bei Tag oder Nacht die Fahrgäste. Dabei hat er wegen Fahrens nie einen Anstand mit der Polizei gehabt. Dafür wird er von ihnen frei gehalten mit etwas Branntwein, besonders aber mit Tabak. Doch meinen

---

1) Während der Niederschrift dieses Aufsatzes wurde Patient von seiner Frau wieder in's Krankenhaus zurückgebracht. Nach Verlassen des Krankenhauses begab er sich unter dem Vorwande, eine bessere Existenz zu suchen, in der Wirklichkeit aber, wie er nachträglich gestand, um seinen Wandertrieb zu befriedigen, nach Temesvár, wo er sich mehrere Tage herumtrieb und wiederholt an seine Frau um Geld schrieb. Dann wanderte er zu Fuss weiter, in der Hoffnung auf diese Weise seinen Anfall eher los zu werden. Dann fuhr er wieder auf der Eisenbahn, wobei er aber einen so heftigen Kopfschmerz bekam, dass er aussteigen musste und in dem Ort, wohin er von mitleidigen Mitreisenden geleitet wurde, kalte Umschläge auf den Kopf machte. Hätte er Geld gehabt, sagte er, wäre er weiter nach Fiume gereist.

die Kutscher, dass es bei ihm nicht ganz recht im Kopfe sei, weshalb sie ihn nicht dauernd beschäftigen. Danach kehrt er heim, bedauert es, dass er das elterliche Haus verlassen und schimpft über die Kutscher. Nach solchen Anfällen ist er schläfrig, was 4—8 Tage dauert. Selbst, wenn ein solcher Anfall nur einen Tag gedauert hat, ist er im Stande 36 Stunden hintereinander zu schlafen.

Wenn der Anfall kommt, denkt er nicht mehr daran, dass es ungehörig sei, vom Hause wegzulaufen; auch nimmt er, wenn er dessen zu Hause habhaft werden kann, Geld zu sich, um es in verrufenen Häusern zu verjubeln. Er weiss aber danach, angeblich, sehr wohl, wo er sich herumgetrieben hat. Oft dachte er an Selbstmord; hätte er Geld, würde er sich einen Revolver kaufen. Er wollte sich schon einmal auf die Eisenbahnschienen legen und sich auch aufhängen. — Wenn der Anfall kommt, dann wird er traurig und mag sich mit der Schneiderei nicht befassen, doch auch im normalen Zustande hat er mehr Neigung zum Kutscherberufe. Seine Mutter erzog ihn sehr fromm; wenn er etwas Schlimmes gethan, betete sie mit ihm auf den Knien, redete ihm in's Gewissen, was ihn zu Thränen bewegte. Seine Liebesabenteuer erzählt er seiner Mutter auch in der anfallsfreien Zeit. Im Anfalle pflegt er auch mit Kindern zu spielen.

Vor einem Jahre hatte er es wegen eines Diebstahls mit der Polizei zu thun. In einem Laden bemerkte er nämlich, dass ein neben ihm stehender Knabe einen Gulden fallen liess; er hob ihn rasch auf und lief davon. Er that dies, wie er mir sagte, deshalb, weil er glaubte, dass es Niemand gesehen habe. Der ihm nachlaufende Knabe konnte denselben von ihm nicht erlangen, da er das Geldstück in einen Abort geworfen hatte. Zur Polizei stellig gemacht, leugnete er und wurde freigelassen, nachdem der Vater den Gulden ersetzt hatte. Nach einigen Tagen machte er zu Hause ein reumüthiges Geständniss. — Onanie will er nicht getrieben und vorige Weihnachten zuerst Frauen besucht haben.

Der Kutscher F. A., den er besonders bevorzugt, berichtet über den Patienten, dass er sehr launenhaft ist; bald ist er ein eifriger Kutscher, bald lässt er den Wagen in Stich, anvertraut ihn auch dem Pferdewärter, streicht herum, ist dann mürrisch, gleichgiltig und sagt, dass er zur Schneiderei zurückkehrt. Er hungert dann Tage lang, läuft der Militärmusik oder den Mädchen nach und kehrt endlich heim. Das Bewusstsein verliert er nie. — Nach der vorigen Untersuchung bei mir kam er freudig zu den Kutschern und erzählte, nun werde er geheilt werden. Aber nach einer halben Stunde wurde er wieder niedergeschlagen. — Obgleich er die Fahrlicenz besitzt, wird er wegen seines launenhaften Verhaltens nicht angestellt.

Status praesens. Mittelgross, von etwas zartem Knochenbau und mässig entwickelter Muskulatur, schwach genährt und blass. Schädel klein, Gesicht lang und schmal.

|                                                          |          |
|----------------------------------------------------------|----------|
| Kopfmaasse: Länge (Nasenwurzel — Protub. occip. externa) | 17,5 cm. |
| Querdurchmesser (bitemporal) . . . . .                   | 12,7 „   |
| „ (bimastoid.) . . . . .                                 | 12,5 „   |

|                                                                                                 |          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Längsumfang des Kopfes (von der Nasenwurzel bis zur Protub. occipit. externa) . . . . .         | 30,5 cm. |
| Länge des Gesichts (von der Nasenwurzel bis zum unteren Rand des Kinns) . . . . .               | 11,0 „   |
| Grösster Schädelumfang (in der Höhe der Protub. occipit. externa und der Nasenwurzel) . . . . . | 54,0 „   |

In Folge der oben erwähnten Contractur im rechten Kniegelenke ist diese Gliedmasse abgemagert. Auch ist das Kniephänomen auf dieser Seite schwach, während es links normal ist. Die übrigen Sehnen-, sowie Hautreflexe in Ordnung. In der motorischen Sphäre findet sich sonst nichts Besonderes, desgleichen ist die gesammte Sinnessphäre intact, bis auf eine schwache Herabsetzung des Gehörs, welches für die Taschenuhr rechts 50, links 60 cm beträgt.

Im Einmaleins ist er schwach. Gedächtniss gut. — Wenn die Wundersucht ihn befällt, dann verlässt er heimlich, wohlgemuth, von einer unwiderstehlichen Macht getrieben, das elterliche Haus. Kehrt er wieder heim, dann ist er äusserst erschöpft und fürchtet die väterliche Züchtigung. Er wäre dann im Stande, wenn man liesse, 3—4 Tage ununterbrochen zu schlafen. Hat er sich ausgeschlafen, dann weiss er über alles Geschehene Rechenschaft zu geben; auch vor dem könnte er es, doch würde er dann keine Lust haben. Drei Jahre lang hat er das Uhrmachergewerbe gelernt, aber es einen Monat vor seiner Freisprechung verlassen.

Jetzt möchte er nach Stuhlweissenburg, weil er dort mehr zu verdienen hofft. Da er kein Geld dazu hat, so würde er die Reise zu Fuss machen und sich das Nöthige unterwegs erbetteln.

22. Juni. Mutter und Sohn erscheinen im Ambulatorium. Erstere berichtet, dass Patient nach der letzten Untersuchung nach Hause kehrte und sich gehörig benahm. Gestern verschwand er wieder von Hause. Die Mutter suchte ihn überall und fand ihn jetzt hier im Ambulatorium. Sie erkannte sofort, dass er einen Anfall hatte, denn er antwortete auf ihre Fragen nicht und als sie ihn deshalb gelinde auf die Wange schlug, blickte er sie wild an und sagte ihr, sie solle ihn nicht schlagen, während er sonst — wie sie sagt — nur zärtlich geantwortet hätte.

Der Kranke erzählte, dass er gestern, von einem unwiderstehlichen Drange getrieben, von Hause wegging und sich zu seinen bekannten Kutschern begab. Die ganze Nacht schlief er nicht und er wollte auch jetzt nicht schlafen und könnte 4—5 Tage so bleiben. Er ist auf seine Mutter böse, weil sie ihn aufgesucht habe. — Die übrigen Fragen beantwortet er mit einem mürrischen Schweigen. Sein Gesichtsausdruck ist wild. Auf meine Frage, was er thäte, wenn sein Vater hierher käme und ihn schüge, antwortete er, die Faust ballend: „Dann würde Einer von uns am Platze bleiben. Uebrigens — fügt er hinzu — würde es meinem Vater nicht gelingen, mich von hier wegzubringen“. — Auf meine Aufforderung jedoch zeigte er sich geneigt, mit seiner Mutter nach Hause zu kehren.

Nach dem Berichte seines Vaters weiss Patient zuweilen die Orte nicht anzugeben, wo er im Anfälle herumgestrichen, noch die

Personen, denen er begegnet; erwähnt man aber dieselben, selbst nach Tagen, dann erinnert er sich derselben vollständig. Wäre er fleissig, so könnte er sich sein Brod bei der Schneiderei verdienen; wenn aber die Wandsucht über ihn kommt, dann muss er unaufhaltsam gehen; selbst Schläge könnten ihn nicht zurückhalten. Uebrigens schlägt ihn sein Vater seit 3 Jahren nicht mehr.

Nach den Anfällen muss er schlafen, selbst dann, wenn er die Nacht hindurch nicht herumgestrichen wäre und gehörig geschlafen hätte. Krämpfe wurden an ihm nicht wahrgenommen.

24. Juni. Patient kehrte vorgestern vom Ambulatorium nach Hause, ass etwas und schlief dann 22 Stunden. Unmittelbar darauf lief er wieder davon; die Mutter brachte ihn wieder zurück, wobei er wieder das bekannte mürrische Wesen zeigte. Zu Hause wurde er von Arbeitern, die sich auf seine Kosten lustig machen wollten, dazu bewogen, einer Frau, welche seinen Vater beleidigt hatte, eine Ohrfeige zu versetzen, was er auch sofort ausführte. Doch tags darauf zeigte er sich wegen der möglichen Folgen davon beängstigt. Gegenwärtig scheint er ruhig und er erinnert sich alles dessen, was er vorgestern im Ambulatorium gesagt. Seine Eltern schicken ihn zu Verwandten auf's Land zur Landwirthschaft.

### Resumé.

Das Gemeinsame und Wesentliche dieser drei Krankengeschichten ist der plötzlich auftretende, unwiderstehliche Wandertrieb; also eine Impulsion von stets wiederkehrendem Typus, den der erste Kranke als „einen Zwang“, der zweite als „unwiderstehlich“ und der dritte als „unaufhaltsam“ bezeichnet hat. Die Erinnerung daran erscheint bald lückenlos (1. Fall), bald undeutlich, ja zuweilen bezüglich derselben Wanderung zum Theil erhalten, zum Theil ausgefallen. Die ärztliche Controlle kann ja hier in der Regel nicht stattfinden. Bei zweien dieser Patienten (2. und 3. Fall), die ich in einem solchen Anfalle sah, von denen der eine durch seine Charakterveränderung sofort auffiel, konnte absolut keine Bewusstseinsstörung und nachträglich kein Erinnerungsausfall constatirt werden. Offenbar sind hier verschiedene Bewusstseinsstufen möglich. Keineswegs aber handelt es sich um tiefe Bewusstseinsstörungen und nachträgliche Amnesie, wie sie aus den psychischen Aequivalenten der Epilepsie oder den somnambulen Zuständen der Hystero-Epileptischen bekannt sind.

Die Impulsion zum Wandern kann oft 24 Stunden vorher durch körperliche und seelische Erscheinungen eingeleitet

werden und während der ganzen Wanderung anhalten, wie: Ohrensausen, Augenflimmern, Kopfschmerz, Röthe, Hitzegefühl und Klopfen im Gesichte, Aufgeregtheit, Zornmüthigkeit oder traurige Verstimmung, mürrisches Wesen, Arbeitsunlust. Im auffallenden Gegensatz zu der Wohlgemuthheit, mit der die Kranken meist die Wanderung antreten, ist die nach dem Ablaufe der Impulsion nie fehlende Reue und Kränkung über das Geschehene und das Gefühl des Fremdartigen und Unbegreiflichen, welches die Kranken nachträglich über diese Erscheinung empfinden. Dieses niederdrückende Gefühl kann zu Selbstmordgedanken und -Versuchen führen. Merkwürdig ist bei diesen Wanderungen die Abstumpfung der vegetativen Empfindungen, namentlich des Schlaf- und Essbedürfnisses.

Lues und Alkoholismus spielen hier keine Rolle. Im 1. Falle war die Trunksucht dem impulsiven Zustande nachträglich aufgepfropft. Die neuropathische Belastung war im 3. Falle bestimmt vorhanden, hier hat auch im zarten Alter eine Hirnentzündung stattgefunden mit 72stündiger Bewusstlosigkeit. Im 1. Falle war eine neuropathische Belastung nicht vorhanden; dagegen hat im achten Lebensjahre eine schwere Schädelverletzung stattgefunden. Der Streich auf die Stirn, den der zweite Kranke vor 20 Jahren bekommen hat, scheint hier belanglos zu sein; die Familienantecedentien waren hier nur mangelhaft zu eruiren.

Blos der erste Kranke hatte ein einziges Mal einen klassischen Krampfanfall, und zwar lange nachdem die Diagnose bereits gestellt war. Der zweite zeigte sich zuweilen verwirrt, der dritte war nach dem Anfall nur schlafsüchtig. Dass bei diesen Wanderungen gewiss keine tiefere Bewusstseinsstörung stattgefunden haben konnte, geht schon daraus hervor, dass sie sich alle drei gelegentlich dazu mit Geld versahen.

Aeusserere Degenerationszeichen hatte nur der Dritte. Der Zweite zeigte leicht paralytiforme Erscheinungen (linksseitige Facialisparesie, leicht stockende Sprache, herabgesetzte Potenz). Doch hat dieses impulsive Wandern, welches gebieterisch vom Hause weg in die Ferne treibt, nichts zu schaffen mit dem nicht motivirten, unorientirten, dementen Herumirren, oder besser gesagt: Verirren der Paralytiker, die sich gewöhnlich willig jeder Leitung anvertrauen und ebenso leicht nach Hause gebracht werden können, als sie von dort fort sind.

Abgesehen von dem 1. Patienten, der offenbar in Folge des Alkoholismus sich Brutalitäten zu Schulden kommen liess, waren die Uebrigen in den Zwischenzeiten friedlich und gutmüthig. Keiner von ihnen



hatte auf seinen Wanderungen irgend einen Conflict. Ernstere ethische Defecte zeigten sich bei allen Dreien.

---

Aus den obigen Krankengeschichten geht, glaube ich, zur Genüge hervor, dass es sich bei diesem Wandertriebe zumeist weder um Bewusstseinsstörung, noch um Amnesie handelt; in jenen Fällen, beziehungsweise in jenen Phasen dieser Impulsionen, wo ein leichter Dämmerzustand und ein nachträglicher Erinnerungsdefect stattgefunden zu haben scheint, bilden diese gewiss nicht das Wesen der Erscheinung und treten sie zurück gegen jene constanten Merkmale, welche hier die Scene beherrschen und diese sind: das plötzliche An- und Abklingen dieses veränderten Seelenzustandes, beziehungsweise die Plötzlichkeit der Handlung, ihre Periodicität und ihr typischer Ablauf. Und dass diese Poriomanie auf epileptischer Grundlage beruht, wird im 1. Falle durch das ätiologische Moment der Schädelverletzung und die sich bald daran anschliessenden Wandersuchtsanfälle, besonders aber durch den unlängst aufgetretenen und zuerst an ihm wahrgenommenen vollständigen Krampfanfall bewiesen; beim zweiten Kranken wurden in der Zwischenzeit zeitweilig plötzliche, kurzdauernde Verwirrtheitszustände (Absencen) beobachtet; der dritte endlich, mit den Zeichen der Degeneration (leichte Mikrocephalie), bot in den Anfällen eine plötzlich auftretende und vergehende Charakterveränderung. Ein ähnlicher Gedankengang leitet Kovalevsky<sup>1)</sup>, wenn er jedes nervöse oder psychische Phänomen, welches durch seinen unerwarteten Charakter auffällt und mit dem gewöhnlichen Benehmen des Individuums nicht übereinstimmt, als ein Zeichen von rudimentärer Epilepsie ansieht.

Die längere Dauer dieser epileptischen Wanderungen im Vergleich zu den gewöhnlichen psychischen Aequivalenten im Sinne Samt's, welch' letztere einige Stunden bis Tage dauern, möchte ich auf Rechnung der geringeren Intensität des dort thätigen Reizes bringen.

Denommé<sup>2)</sup> hat das Verdienst aus der Literatur die Casuistik des krankhaften Wandertriebes gegeben zu haben, auf Grund deren er sich dahin ausspricht, dass derselbe meist auf epileptischer Grundlage beruht, aber auch bei anderen Geistesstörungen vorkommen kann. Mit

---

1) l. c. S. 273.

2) P. Denommé, Des impulsions morbides à la déambulation au point de vue médico-légal. Thèse de Lyon, 1894. — Ref. Virchow's Jahresber. für 1896. I. S. 474.

Recht betont er die gerichtsärztliche Seite dieser Erscheinung und verlangt psychiatrische Untersuchung in allen zweifelhaften Fällen von Vagabondage und Desertion.

In der Discussion über die unwiderstehlichen Triebe der Epileptiker auf dem Congress in Bordeaux<sup>1)</sup> sprach sich Pitres bezüglich der „*Impulsifs épileptiques*“ dahin aus, dass der Bewusstseinszustand eines solchen Kranken auf der Wanderung nie beobachtet wurde. Es sei schwer, bei der Annahme von genuiner Epilepsie ein so klares Bewusstsein anzuerkennen, welches dem Kranken gestattet, die öffentliche Aufmerksamkeit nicht zu erregen und während seiner Wanderung allen Bedürfnissen des Lebens zu entsprechen. Er meint, dass eine genauere Untersuchung dieser Kranken vielleicht Hysterie ergeben würde und diese Frage nur durch Hypnotisirung entschieden werden könnte, gegen welche die Epileptiker ebenso wie die nicht hysterischen Geisteskranken refractär sind.

Hiezu will ich bemerken, dass ich, wie bereits oben erwähnt, allerdings in der angenehmen Lage war, zwei dieser Kranken auf der Wanderschaft zu beobachten und an ihnen weder Bewusstseinsstörung, noch Amnesie wahrnehmen konnte.

In der allerjüngsten Zeit wurde dieser Gegenstand auf der Jahresversammlung des Vereins deutscher Irrenärzte zu Bonn (16.—17. September 1898) zur Sprache gebracht. E. Schultze<sup>2)</sup> berichtet über drei Fälle von sogenanntem „*Automatisme ambulaire*“. Die Kranken unternahmen des Häufigeren, ohne äusseren Grund, zweck- und sinnlose Reisen, für die nachher eine mehr oder minder grosse Gedächtnisslücke bestand. Er fasst die verschiedenen Reisen als epileptische Aequivalente auf, da sich bei allen Kranken epileptoide Erscheinungen anderer Art (periodischer Kopfschmerz, periodische Erregungen mit nachheriger Amnesie, periodische Depressionen mit ausgesprochener Selbstmordneigung, Schwindelanfälle, Dipsomanie) neben ätiologischen Momenten (gleichartige Heredität, Trauma capitis) nachweisen liessen.

Auch meine drei Kranken, von denen ich über den ersten schon viel früher Mittheilung gemacht, zeigten die dort aufgeführten epileptoiden Merkmale mit Einschluss der mitunter vorhanden gewesenen Gedächtnisslücken. Worin ich aber von Schultze abweiche ist das, dass ich bei diesen Zuständen eine obligate Bewusstseinsstörung oder

---

1) Congrès des aliénistes et des neurologistes de Bordeaux 1895. Ref. Arch. de neurologie. T. XXX.

2) E. Schultze, Beitrag zur Lehre von den pathologischen Bewusstseinsstörungen. Autoreferat Münchener med. Wochenschr. 1898. No. 41.

einen Erinnerungsdefect nicht anerkenne. In Anbetracht der zahlreichen oben genannten epileptischen Merkmale, könnte die Anerkennung oder Nichtanerkennung eines derselben bedeutungslos erscheinen, mit Rücksicht aber darauf, dass es sich um das Symptom der Bewusstseinsstörung und der Amnesie handelt, welche bisher allgemein als Cardinalsymptome der Epilepsie gelten, ist diese Unterscheidung von fundamental pathologischer Wichtigkeit. Für mich ist die epileptische Poriomanie ein psychisches Aequivalent besonderer Art, welches sich von dem gewöhnlichen dadurch unterscheidet, dass die Bewusstseinsstörung entweder gänzlich fehlt oder durch ihre Geringfügigkeit in den Hintergrund tritt.

Krankhaftes Wandern findet sich auch bei den Degenerirten: Schwachsinnigen und Blödsinnigen, ferner bei Paralytikern, Alkoholisten und Hysterischen. Die Differentialdiagnose wird kaum ernste Schwierigkeit darbieten.

Bei den Degenerirten sind Bewusstsein und Gedächtniss erhalten, aber ihr stets gleichmässiger Intelligenzdefect, welcher sie zu irgend einer systematischen Arbeit oder Beschäftigung unfähig macht, und die meist aus Arbeitsscheu oder sonst aus nichtigen Gründen die Wanderung unternehmen, wird sie ohne Weiteres erkennen lassen. Régis und Dubourdie haben ihre Wanderungssucht als „Dromomanie“ bezeichnet. Alkoholisten und Paralytiker bieten somatische Symptome dar. Bei den Letzteren namentlich werden die Ungleichheit der Pupillen, Facialispapese, Sprachstörungen, alberne Selbstzufriedenheit und Grössenideen, das Ungereimte ihrer Handlungen u. s. w. über die Diagnose keinen Zweifel lassen.

Interessant sind die Wanderungen der Hysterischen, entweder unter der Herrschaft einer krankhaften Idee, oder aber jene, welche im état second (second life), d. i. eine Art somnambulen oder autohypnotischen Zustandes ausgeführt werden. Wer solche Individuen mit doppelter Persönlichkeit gesehen hat, weiss wie solche Uebergänge vom normalen Zustande zum état second oft ganz unmerklich erfolgen und dass es — wenn man sie nicht in ihrem normalen Zustand gesehen — oft ganz unmöglich ist, in ihrem völlig zusammenhängenden Thun und Lassen, wie in ihrem correcten Gebahren irgend etwas Abnormes zu entdecken. Ich habe über eine solche Person, bei der ich für die Echtheit des „zweiten“ Zustandes einen klassischen Beweis liefern könnte, in der Sitzung der k. Gesellschaft der Aerzte in Budapest (17. Mai 1892<sup>1</sup>)

---

1) S. auch J. Donath, Ueber Suggestibilität. Wiener medic. Presse. 1892. No. 31.

Mittheilung gemacht. Diese Kranke, welche früher nie hypnotisirt worden war, und bei der ich mich nur auf die Rolle des Beobachters beschränkt hatte, litt an einer schweren Gonitis gonorrhoeica, wegen deren ich ihr dann später auf der chirurgischen Klinik einen Gypsverband anlegen lassen musste. Sie war sehr reizbaren und heftigen Gemüthes. Während des Gesprächs wurde sie auf einmal — ohne jeden Uebergang oder sonstige Erscheinungen — guter Dinge, schäkerte, sprach in kindischer Art, sang, von Schmerzen war keine Spur mehr, sie konnte jetzt aufstehen und herumgehen, während sie sonst bei der leisesten Berührung des Knies jammerte und aus eigener Kraft ihre Lage im Bette nicht ändern konnte. Ihre Mutter, eine Französin, machte mich jetzt darauf aufmerksam, dass sie nun ihre „Krisen“ habe. Während sie in diesem zweiten Zustande, den man an der kindischen Sprachweise sofort erkennen konnte, eine liebenswürdige, witzige Gesellschafterin war, war sie im ersten, normalen Zustande mürrisch und von ziemlich unangenehmen Manieren. Als ich sie in diesem zweiten Zustande, wo die Augen stets in gewöhnlicher Weise offen waren, mit dem entzündeten Knie aufstehen und anstandslos herumgehen lies, erweckte ich sie einmal; sofort stürzte sie mit einem furchtbaren Wehgeschrei zusammen und die hilflose Kranke musste in's Bett getragen werden.

Bei solchen hysterischen Kranken ist während des normalen Zustandes eine ziemlich völlige Amnesie vorhanden für alles, was im zweiten Zustande geschehen ist, aber im zweiten Zustande erinnern sie sich ganz genau alles dessen, was im früheren zweiten Zustande geschehen ist und kann man durch Hypnose zu jeder Zeit diese Erinnerung, also auch an eine eventuell stattgehabte Wanderung, wachrufen.

Bekanntlich hält Lombroso das Genie für eine Art Epilepsie und das geniale Schaffen für ein Ergebniss epileptoider Zustände. Bei meinen Kranken, welche so andauernde Impulsionen bei erhaltenem Bewusstsein zeigten, wäre wohl Gelegenheit gegeben, diese Lehre von Lombroso auf ihre Richtigkeit zu prüfen. Was sehen wir aber aus den Impulsionen dieser bedauernswerthen Tröpfe hervorgehen? Ein sinnloses Wandern, sich zum Schaden und Niemand zum Nutzen! Von irgend einer schöpferischen Idee, oder irgend einer grossen That keine Spur! Wenn manche Genies an Epilepsie litten oder epileptoide Zustände hatten, so waren sie es trotz diesen Krankheitserscheinungen, nicht aber in Folge derselben. Zweifellos ist es, dass das Genie durch eine abnorme Gehirnorganisation, durch eine besondere Entwicklung gewisser Hirncentren bedingt ist und eben deshalb diese Anlage zu Erkrankungen des centralen Nervensystems disponirt.

Diese Kranken mit ihrem unbegreiflichen Wandertrieb, der sie oft Monate lang unstät und flüchtig herumirren lässt, erinnert lebhaft an die legendenhaften und mythischen Gestalten von Kain, Ahasver, dem fliegenden Holländer; auch so manche der wandernden Derwische im Orient, die man baarhaupt, mit wild herabhängendem Haupthaar und Bart, den aus unzähligen bunten Lappen zusammengefügten wallenden Mantel mit königlicher Würde tragend, ihr ganzes Leben hindurch in düsterem Schweigen auf den Landstrassen dahinziehen sieht, mögen hieher gehören. Viel eher als die Aerzte, scheint es, dass der Geist des Volkes diese die Phantasie so mächtig erregenden Gestalten erfasst, und die Dichter und Künstler sich derselben bemächtigt haben.

Die Behandlung ist im Grossen und Ganzen die der Epilepsie; Bromkalium,  $\frac{1}{2}$ stündige laue Wannenbäder, gegen die Anfälle von Kopfschmerz: Antipyrin, haben mir gute Dienste geleistet.

Was die forensische Seite anlangt, so müssten solche Individuen, welche unter einem so unwiderstehlichen Triebe handeln, ihnen so nachtheilige und hinterher so unbegreiflich erscheinende Wanderungen vollführen, für die Dauer der Impulsion als unzurechnungsfähig erklärt werden. Dies involvirt aber gleichzeitig die Nothwendigkeit der Verwahrung in einer Anstalt, wo sie in ihren Anfällen vor eigenem und fremdem Schaden bewahrt werden und, da sie draussen im Leben auf die Dauer sich selbstständig doch nicht zu behaupten vermögen, daselbst nutzbringender Beschäftigung obliegen können.

---