

IX.

Aus der psychiatrischen und Nervenklinik der Universität
Kiel (Director: Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Siemerling).

Ueber epileptische Wanderzustände (Fugues, Poriomanie).

Von

Prof. Raecke,

Privatdozent und Oberarzt der Klinik.

Der krankhafte Wandertrieb, die sogenannte Poriomanie, ist in den letzten Jahren vielfach Gegenstand klinischer Bearbeitung gewesen. Früher hatte man unter dem Einflusse von Charcot dazu geneigt, in allen Fällen planlosen Umherwanderns und Reisens an epileptische Aequivalente zu denken. Allmählig trat aber das Unhaltbare dieser Auffassung immer deutlicher zu Tage und führte zur Aufstellung verschiedener Typen des Wandertriebes bei Epilepsie, bei Hysterie, bei Neurasthenie u. s. w.

In Deutschland haben besonders die gründlichen Untersuchungen von Heilbronner¹⁾ über diese Frage allgemeineres Interesse erregt und bis zu einem gewissen Grade klarend gewirkt. Heilbronner hat sich der dankenswerthen Mühe unterzogen, das vorhandene casuistische Material kritisch zu sichten und an der Hand desselben darzulegen, dass unter den an Wanderzuständen leidenden Kranken die Zahl der mit hysterischen Symptomen behafteten Individuen erheblich grösser ist, als die der Epileptiker. Meist bedeute das Fortlaufen nur allgemein eine krankhafte Reaction degenerativ veranlagter Individuen auf dysphorische Reize. Krankhaftes Wandern an sich sei kein für die Diagnose zu verwendendes elementares Symptom. Vielmehr sei noch jedes Mal die

1) Heilbronner: „Ueber Fugues und fugue-ähnliche Zustände.“ Jahrb. f. Psych. 23. S. 107.

Grundkrankheit festzustellen; und es bleibe erst zu untersuchen, ob letztere schon dem Wandern ein bestimmtes Gepräge aufdrücke, das dann den Rückschluss auf die Art der Grundkrankheit gestatte.

Leider hat diese klar erfasste Fragestellung keine Lösung gefunden. Heilbronner erschwerte sich die Sache dadurch, dass er in den Fehler früherer Autoren verfiel, die epileptischen Wanderzustände zu sehr als einheitliches Krankheitsbild zu behandeln. So sah er sich schliesslich zu der resignirten Erklärung gezwungen, die Wanderungen nachweislicher Epileptiker unterschieden sich in keiner Richtung von denen nicht epileptischer Individuen. Durch eine solche Behauptung wurden spätere Autoren dazu veranlasst, eine Trennung der verschiedenen Formen krankhaften Wanderns zum Theil überhaupt nicht mehr zu versuchen, sondern auf alle Wanderzustände oder, wie Heilbronner nach französischem Muster gesagt hatte, Fugues, das Schlagwort von der Dysphorie anzuwenden. Charakteristisch ist in dieser Beziehung der Aufsatz von Ewald Stier¹⁾ über „Fahnenflucht und unerlaubte Entfernung“, in welchem die Auffassung Heilbronner's rückhaltlos übernommen wird, ein näheres Eingehen auf die Symptomatologie der in Betracht kommenden Zustände dagegen fehlt. Ebenso schreibt Leopold²⁾ in Anlehnung an Heilbronner, Epileptiker und Nichtepileptiker böten in ihren Wanderungen keine Unterschiede, welche Schlüsse auf die Grundkrankheit erlaubten, ohne dass er diesen Satz einer eigenen Prüfung unterzieht. Auch ihn befriedigt anscheinend das Schlagwort der Dysphorie. Auf solchem Wege würden wir aber schliesslich zu dem Standpunkt von Voigtl³⁾ gelangen, dass der Nachweis einer Grundkrankheit überflüssig ist, und dass ein periodisch sich wiederholender „Wandertrieb“ allein genügt, um die Annahme einer geistigen Störung zu begründen.

Vorsichtiger wäre es gewesen, zu sagen, dass wir die Unterschiede zwischen den Wanderzuständen von Epileptikern und Nichtepileptikern zur Zeit noch nicht hinreichend kennen und deshalb einstweilen unsere Diagnose auf Anamnese und intervalläre Symptome stützen müssen. Allein auch bei der Betrachtung anderer Formen von Geistesstörung, die auf dem Boden der Epilepsie und Hysterie erwachsen, können wir dieser Hülfsmomente noch nicht entrathen. Dennoch dürfte kaum mehr be-

1) Jur.-psych. Grenzfragen. II. 1905. Heft 3 und 4.

2) Leopoldt: Zur klinischen Bewertung pathologischer Wanderzustände. Zeitschr. f. Psych. 62. S. 303.

3) Voigtl: „Vier Fälle von krankhaftem Wandertrieb.“ Deutsch. militärärztl. Zeitschr. 1903. S. 594.

stritten werden, dass epileptisches und hysterisches Irresein in der Regel eine Reihe recht wesentlicher Unterscheidungsmerkmale zeigen. Aufgabe der klinischen Forschung muss es sein, auch für die Wanderzustände bei Epilepsie und Hysterie die Auffindung ähnlicher specificischer Züge anzustreben, und nicht sich durch übereilte Resignation den Weg zum Fortschritt zu versperren.

Freilich hat Heilbronner bereits auf den Hauptgrund hingewiesen, weshalb wir in dieser überaus wichtigen Frage noch nicht weiter gekommen sind: Die Kranken werden nur höchst selten während ihrer Wanderzustände von sachverständiger Seite beobachtet. In Folge dessen erschöpfen sich die meisten Schilderungen in der Beschreibung der mehr oder weniger phantastischen Irrfahrten. Der zweite Grund liegt meines Erachtens in der Verwirrung, welche die Nomenklatur aufweist. Das epileptische Wandern bildet keinen einheitlichen Begriff. Der Ausdruck Poriomanie ist irreführend und würde daher besser ganz vermieden. Stets ist streng zu unterscheiden, ob das Wandern mit einer Bewusstseinstrübung verbunden war oder nicht. Man begegnet nur allzuoft der Fiction, als ob die epileptische Wanderung sich nothwendig in einem Dämmerzustande vollziehen müsse, während ebensowohl eine rein affective Störung oder Impulsivität ohne Bewusstseinstrübung zur Wanderung führen kann. Viel Schuld trägt auch die verbreitete Neigung, für epileptische Dämmerzustände kurzweg Aequivalent zu sagen. Zu dem Begriff des Aequivalents gehört aber noch nicht die Bewusstseinstrübung. Er bezeichnet nur allgemein eine transitorische psychische Störung, welche bei Epileptikern auftritt und ihren Krampfanfällen gleichwertig zu setzen ist. Auch die Affectschwankungen¹⁾ und die paranoiden²⁾ Verstimmungen der Epileptiker, denen eine Bewusstseinstrübung fehlt, sind solche Aequivalente. Dass diese Bemerkungen nicht überflüssig sind, lehrt folgende Definition von Donath³⁾: „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.“ In

1) Vergl. Aschaffenburg: „Ueber die Stimmungsschwankungen der Epileptiker.“ Halle 1906.

2) Vergl. Raecke: „Die transitorischen Bewusstseinsstörungen der Epileptiker.“ Halle 1903.

3) Donath: „Der epileptische Wandertrieb“ (Poriomanie). Archiv für Psych. 32. S. 353. — (In seiner neuesten Arbeit: „Weitere Beiträge zur Poriomanie“ drückt sich Donath präziser aus und trennt Dämmerzustände und dysphorische Zustände. — Ibid. 42. S. 752.)

diesem Zusammenhange kann „Bewusstseinsstörung“ nur „Bewusstseinstrübung“ meinen. Dann ist aber der Hinweis auf das „gewöhnliche Aequivalent“, bei dem diese Störung immer vorhanden sein soll, entschieden unrichtig. Wenn auch die Verstimmungen der Epileptiker, wie gerade Heilbronner gezeigt hat, oft genug zu Wanderzuständen führen, so bilden doch die Verstimmungen ohne Wandern und ohne Bewusstseinstrübung weitaus die Mehrzahl.

Aehnliche Unklarheiten herrschen hinsichtlich der Amnesie nach epileptischen Wanderzuständen. Die alte Lehre, dass auf ein epileptisches Aequivalent stets totale Amnesie folge, ist mit Recht aufgegeben. Wo keine Bewusstseinstrübung bestanden hatte, kann die Erinnerung eine normale sein. Gewöhnlich besteht bei schweren Epileptikern allerdings dauernd eine gewisse Ungenauigkeit des Gedächtnisses. Falls aber ein wirklicher Dämmerzustand vorgelegen hat, dann kann die Erinnerung höchstens noch eine sehr summarische sein. Dann bildet weitgehende Amnesie die Regel. Dann sind etwaige inselartige Erinnerungstrümmer mit wahnhaften Elementen durchsetzt.

Nach diesen Vorbemerkungen wenden wir uns zunächst zu einer kurzen Betrachtung der Wanderzustände bei epileptischer Verstimmung ohne Bewusstseinstrübung. Hier ist den bekannten Ausführungen Heilbronner's wenig hinzuzufügen. Die Parallele mit manchen dipso-manischen Anfällen liegt auf der Hand. Der Ablauf der Gedanken und die Ausführung der einzelnen Handlungen vollzieht sich in logischer Weise. Soweit nicht Alkoholgenuss eine Rolle spielt, ist gute Erinnerung zu erwarten. Bei forensischer Begutachtung kommt in erster Linie der Habitualzustand in Frage. Wichtig ist, dass die epileptische Verstimmung, die zu solchem Wandern oder Reisen Anlass gab, nicht immer autochthon entstanden zu sein braucht, sondern dass sie auch durch äussere Einwirkung auf das reizbare Temperament hervorgerufen sein kann. Bei der grossen Schwierigkeit einer Abgrenzung dieser beiden Möglichkeiten, ist es aber zweckmässig, alle auf affectivem Wege ausgelösten Wanderungen kurzer Hand zusammenzufassen als krankhafte Reactionen auf dysphorische Reize. Wenn man dann im Hinblick auf derartige Fälle der Ueberzeugung Ausdruck giebt, dass eine Abtrennung dieser epileptischen Wanderzustände von den in gleicher Weise durch Dysphorie ausgelösten Reisen nichtepileptischer Individuen (z. B. bei Hysterie oder Neurasthenie) auf Grund ihrer momentanen Symptome unmöglich sei, so ist zur Zeit wohl nichts dagegen einzuwenden.

Allein ganz anders liegt doch die Frage hinsichtlich der Wanderungen in den richtigen epileptischen Dämmerzuständen, also bei ausgebildeter

Bewusstseinstrübung mit Herabsetzung der Auffassungsfähigkeit, Störung des Gedankenablaufs und Behinderung des Verknüpfens neuer Wahrnehmungen mit den früher erworbenen Erinnerungsbildern. Angesichts der mannigfachen Differenzen zwischen epileptischen und hysterischen Dämmerzuständen, die wir heute schon kennen, dürfen wir hoffen, durch sorgfältiges Studium der Symptomatologie solcher Wanderzustände differentialdiagnostisch werthvolle Anhaltspunkte zu gewinnen. Zunächst dürfte es erforderlich sein, sich über das Zustandekommen eines Wandertriebs im epileptischen Dämmerzustande klar zu werden.

Am einfachsten erscheint es, von der Epilepsia procursiva mit ihrer stürmischen, rein triebartigen Fortbewegung bei völliger Verwirrtheit auszugehen. Daran reihen sich ungewöhnliche manche Petit-mal-Anfälle, in denen bald eilige Laufbewegungen, bald rhythmisches Springen, bald langsames Umherwandeln sich automenhaft abspielen. Ferner können einzelne Hallucinationen oder nächtliche Träume die verwirrten Kranken zu Lokomotionen veranlassen. Das relativ häufige Auftreten derartiger Zufälle im Schlaf hat zu der alten Lehre von der Mondsucht Veranlassung gegeben. Dauert ein solches Aequivalent länger an, werden die Bewegungen complicirter, lässt die Trübung des Bewusstseins soweit nach, dass eine gewisse Auffassung der Umgebung und Anpassung an dieselbe möglich ist, äussere Reize entsprechende Reactionen hervorrufen, so bekommen wir allmählich den Uebergang zum Dämmerzustande mit seinem traumhaft veränderten Bewusstsein.

Sehr interessant und werthvoll für das Verständniß des Wanderns im epileptischen Dämmerzustande ist es, wenn derselbe Kranke, der im Dämmerzustande planlos umherläuft, auch in seinen Petit-mal-Anfällen den Trieb zur Fortbewegung erkennen lässt. Ein solches Zusammentreffen war im nachstehenden Falle gut zu constatiren, der außerdem dadurch ausgezeichnet war, dass der Kranke nicht bei seiner Festnahme erwachte, sondern noch in der Klinik Gelegenheit zur Untersuchung seines veränderten Bewusstseinszustandes bot.

Fall I.

Heinrich St., Arbeiter, 41 Jahre alt, wurde am 13. November 1902 in die hiesige Klinik aufgenommen.

Ueber Heredität nichts bekannt. In der Jugend ganz gesund. 1885—87 bei der Garde gedient. 1888 geheiratet. 1891 Bierfahrer. Potus. In den nächsten Jahren öfters geklagt, es sei ihm so merkwürdig, es stiegen Bilder vor ihm auf. Dann Auftreten von Krampfanfällen mit initialem Schrei und Zucken in allen Gliedern. Nachher öfters stundenlang verwirrt. Reizbar. Häusliche Scenen. 1894 von der Frau getrennt. Bis October 1901 in Eckernförde auf Ziegeleien

gearbeitet. Oefters planlos umhergeirrt. 1902 Scheidung. Zuletzt am Hafen gearbeitet.

Am 13. November 1902 wurde Patient von der Polizei festgenommen, weil er sich in zielloser Weise auf den Strassen umhertrieb und sich an fremden Thüren verdächtig zu schaffen machte. Er konnte seine Wohnung nicht angeben, hatte kein Geld bei sich, gab verworrene Antworten. Da Geistesstörung vorzu liegen schien, schaffte ihn die Polizei zur Klinik.

Bei der Aufnahme ruhig, wie traumhaft benommen, mit ausdruckslosem Gesicht. Nennt seinen Namen, sagt auf Befragen, ob er wisse, wo er hier sei, immer nur, er sei Ziegeleiarbeiter.

(Nein, wo sind Sie hier?) „Ich weiss nicht, wer es bestimmt hat. Die Polizei hat gesagt, ich habe mich der Krupp'schen . . .“

(Was für ein Haus ist das hier?) „Das kann nur eine Angelegenheit sein für Leute, die nicht genug Wasser oder zu viel lassen.“

(Wer ich?) „Die Polizei hat mir gesagt . . .“ (Steht auf.) „Ich denke, dass Sie ein Arzt sind.“

(Sind Sie krank?) „Ich habe ein paar Mal die Krämpfe gehabt.“

Sagt auf weiteres Befragen, er merke das Nahen der Krämpfe an Kribbeln in den Händen. Mitunter wisse er nichts von sich. Die Leute hätten gesagt, er falle um und habe Zuckungen; einige Male Zungenbiss, nicht Einnässen.

Patient fasst schwer auf. Man muss ihn oft mehrfach anrufen, bis er antwortet. Zwischen den Fragen sitzt er ganz versunken da und starrt vor sich hin. Obige Angaben über seine Krämpfe wurden mühsam aus ihm herausgeholt.

Sagt ebenso auf weiteres Befragen, er habe die Anfälle als Bierfahrer bekommen, habe damals viel Schnaps getrunken.

„Nach meiner eigenen Ueberzeugung habe ich, wie die Leute mir gesagt, geglaubt, dass es Mondsucht sei.“

Er habe jeden Monat einen Anfall. Ein Polizist habe ihn gebracht. Weiss nicht, wie lange er auf der Wache war. Sieht schlaftrig vor sich hin, sagt auf Anrufen: „Die letzte Frage war nach meinen Krämpfen.“

(Was gestern gemacht?) „Das weiss ich selber nicht.“ (Nach mehrmaligem Fragen.)

Giebt schliesslich an, er sei zuletzt Hafenarbeiter gewesen. Ist zeitlich ganz unorientirt. Hallucinationen sind nicht nachzuweisen. Gegenstände werden richtig bezeichnet. $6 \times 8 = 48$; $6 \times 5 = 30$; $17 + 19 = 36$; $21 + 32 = 54$; $41 - 18 = ?$ (hat die Frage gleich vergessen); $7 + 5 = 12$; $12 + 15 = ?$; $33 - 7 = ?$ (Wiederholt verständnisslos die Frage). Alle Antworten erfolgen mit langer Pause. Deutliche Ermüdung. Nimmt Nahrung.

Klinische Vorstellung (Geh. Rath Siemerling): Patient drängt aus dem Bette, in welchem er in den Hörsaal gefahren wird. Sich selbst überlassen, bleibt er wieträumend stehen. Das Gesicht ist ausdruckslos. Die Lider hängen. Alle Bewegungen geschehen langsam, mechanisch.

(Guten Tag!) „Guten Tag.“

Nennt auf Befragen den Namen; sagt, er sei von der Polizei gebracht, weil er Krämpfe gehabt haben solle. Er wisse, wo er sei.

(Wo denn?) —

(Wo sind Sie hier?) „In Düsternbrook, das soll hier die Krupp'sche Anstalt sein.“

(Zu Bett gelegen?) „Ja.“

(Wohin wollen Sie jetzt?) —

(Wieder zu Bett?) „Ich weiss nicht, was ich soll.“ Geht dann langsam ins Bett zurück.

(Wo waren Sie gestern?) —

(Wo gestern?) „Auf der Polizei.“

(Wer hatte Sie dahingebracht?) „Das weiss ich nicht.“

(Wo vorgestern?) „Am Hafen.“

(Was da gemacht?) „Am Hafen habe ich gearbeitet.“ (Nach dreimaliger Wiederholung.)

(Was gearbeitet?) „Wo gerade Arbeit war.“

(Klar im Kopf?) —

Nach dreimaliger Wiederholung: „Es thut mir hier weh.“ Zeigt nach der Stirn. Sehr verlängerte Reactionszeit. Alle Fragen müssen mehrfach wiederholt werden. Patient macht einen schwerbesinnlichen, traumverlorenen Eindruck, ist zeitlich unorientirt. Sein Handeln ist planlos. Zwischendurch versinkt er immer wieder. Spontane Aeusserungen macht er nicht. Vorgänge in der Umgebung erregen nicht seine Aufmerksamkeit, bis man ihn durch lautes Anrufen vorübergehend fixirt hat. Dann giebt er aber bis zu einem gewissen Grade über sich und seine Leiden Auskunft.

In Ruhe gelassen, liegt er nachher ruhig, fast stuporös im Bette. Das Gesicht ist geröthet. Kein Tremor, kein Foetor alcoholicus, kein Schweißausbruch.

(Was macht der Kopf jetzt?) —

Bei Wiederholung der Frage murmelt er nach langer Pause wie traumverloren: „Der Kopf?“ Versinkt dann wieder.

Rechenaufgaben löst er theils falsch, theils richtig.

Status: Kräftig gebaut. Mehrere frische Verletzungen an der Stirn. Pupillen mittelweit, gleich, rund. Reaction auf Licht und Convergenz erhalten. Augenbewegungen frei. Cornealreflex schwach. Augenhintergrund normal. Facialis links etwas stärker innervirt als rechts. Vorne an der Zunge alte Narbe, ebenso am linken Rand. Die Spitze fehlt zur Hälfte. Der rechte Zungenrand zeigt frische Erosionen, ist geschwollen und schmerhaft! Kniephänomene lebhaft. Andeutung von Babinski. Bauchdeckenreflexe erhalten. Motilität nicht gestört. Sensibilität gut. Innere Organe ohne Besonderheiten. Puls 60, rigide. Urin frei von Zucker, Spur Eiweiss.

14. November. Pat. klagt über Schmerzen an der Zunge. Sagt auf Befragen, er sei in Kiel, im Krupp'schen Hause für Kranke. Die Polizei habe ihn gebracht, er wisse nicht, von wo. Gestern sei er in einem Saal untersucht worden, wo Herren in schwarzem Anzuge gewesen wären. Die Antworten erfolgen langsam. Die Augen sind meist geschlossen. Ist nur durch lautes Anreden zu fixiren. Erscheint noch schwerbesinnlich. Schläft Nachts.

15. November. Kann nicht sagen, wie lange er hier ist. Weiss nicht, ob er einen Anfall gehabt hat. Der Kopf sei nicht so, wie er sein müsse. Antwortet leise, langsam. Spricht nicht spontan. $7 \times 8 = ?$; $7 \times 8 = „8?“$; $3 \times 3 = 9$; $3 \times 8 = 24$; $8 \times 6 = ?$. Wiederholt nach $\frac{1}{2}$ Minute die Aufgabe auf Verlangen richtig. $8 + 7 = 15$; $19 + 22 = 41$; $21 - 8 = ?$. Gegenstände werden richtig bezeichnet. Geld wird richtig zusammengezählt. Im Urin kein Eiweiss mehr.

16. November. Noch schlaftrig, schwer besinnlich, meist regungslos. Starrer Gesichtsausdruck. Wirft Morgens plötzlich die Bettdecke hoch in die Luft. Sagt auf Befragen, er habe nicht gewusst, dass er das thue. Es sei ihm erst nachher zum Bewusstsein gekommen.

17. November. Weiss heute, wo er ist, kann den Wochentag richtig nennen. Sagt selbst, der Kopf sei wieder klarer, aber noch nicht ganz klar. Ueber die letzten Tage vor der Aufnahme kann er nichts angeben. Er habe am Hafen gearbeitet; wisse aber nicht, bei welchem Schiff und wann. Wisse nicht mehr, wo er gewohnt habe. Sei den Sommer über in Kiel gewesen. Vorher Ziegelarbeiter. Potus bestritten. Die Frau lebe von ihm getrennt. Hier sei er in einem grossen Saale gewesen, wo lauter Richter gesessen hätten. Antwortet noch sehr langsam, gehemmt. $6 \times 7 = 42$; $17 + 19 = 36$; $28 + 17 = 35$.

20. November. Dauernd völlig orientirt. Sagt selbst, er sei nun wieder frei. Ziemlich stumpfes Wesen. Morgens Schwindelgefühl.

22. November. Merkfähigkeit gut. Etwas lebhafter.

26. November. Erzählt, dass er früher bei einem Bauer, dann auf Ziegeleien gearbeitet habe, zuletzt am Hafen. Habe jetzt wenig getrunken. Habe das Trinken gelassen, weil er alle 4 Wochen Krämpfe bekam. Kann sich weder auf seine Wohnung noch auf Namen und Aussehen seiner letzten Umgebung besinnen.

28. November. Kennt seine Wohnung noch nicht; weiss jetzt aber, dass er am Hafen Kohlen ausgeladen hat. Ueber die Namen der Collegen und des Arbeitgebers kann er nichts angeben. Glaubt, er habe seine Uhr versetzt, um die Miethe zu bezahlen. Oefters sehr ärgerlich, reizbar, schimpft auf die Pfleger. Glaubt sich beim Essen zurückgesetzt. Will fort.

29. November. Tags über ruhig. Steht Nächts gegen 1 Uhr auf, verlangt Licht (der Saal ist erleuchtet). Kramt das ganze Bett um, irrt im Saale umher. Zurückgebracht, schläft er wieder ein. Morgens um 6 Uhr ein Anfall: Patient röhelt, zieht die Arme krampfhaft an die Brust, spreizt die Beine steif ab, bohrt den Kopf nach hinten. Augen offen. Gesicht blass, dann roth. Schaum vor dem Munde. Keine Zuckungen. Dauer 3 Minuten. Bei Erscheinen des Arztes ist der Anfall vorbei. Patient hört wieder. Pupillen wegen Zukneifens der Augen nicht sicher zu prüfen. Kniephänomene erhalten. Zehenreflexe fehlen. Nach 1 Stunde erst klar. Amnesie für Alles. Klagt Müdigkeit in den Armen. Sensibilität nicht gestört. Kein Eiweiss.

30. November. Klar, keine Beschwerden, doch reizbar. Weiss nichts von seinem Umherlaufen in der letzten Nacht.

2. December. Nachts $12\frac{3}{4}$ Uhr Anfall: Lauter Schrei. Klonische Zuckungen in Armen und Beinen. Schaum vor dem Munde. Blass, bei Erscheinen des Arztes noch bewusstlos, doch Glieder schlaff. Schnarchende Athmung. Pupillen reagiren wieder. Nach $\frac{1}{4}$ Stunde klar. Amnesie. Kein Eiweiss im Urin.

10. December. Morgens 4⁴⁰ Anfall wie oben, doch Zungenbiss. Nachher beiderseits Babinski und Eiweiss im Urin. Amnesie.

13. December. Steht Nachts auf, zieht sich nackt aus, läuft durch den ganzen Saal, sucht in's Nebenzimmer zu gelangen. Auf Anruf gereizt, sagt zornig, man solle ihn in Ruhe lassen. Ist nur mit Mühe ins Bett zurückzubringen. Schläft Morgens lange. Entsinnt sich nur, dass er von Melken geträumt habe. Es sei ihm gewesen, als solle aus seinem Leib Milch herausgenommen werden. Weiss dann nur, dass er plötzlich nackt im Zimmer gestanden hat. Schiebt es auf den Vollmond. Müde und schlaftrig, doch orientirt. Kein Eiweiss.

15. Januar. Steht Nachts wie im Traum auf und lässt Urin. Weiss nachher nichts davon.

19. Januar. Verwirrt. Glaubt, seit gestern hier zu sein. Kann Gegenstände nicht bezeichnen:

(Feder) „Zum Schreiben“.

(Bleistift) „Strich“.

(Korkzieher) „Nadel für Biertonne“ u. s. w.

24. Januar. Wieder klar und geordnet.

4. Februar 1903. Nach einer anderen Anstalt überführt.

Die Bedeutung dieses Falles liegt, wie gesagt, in zwei Richtungen. Einmal war es recht interessant zu sehen, wie sich bei einem nicht-criminellen Epileptiker, der gerade wegen planlosen Umherwanderns zur Aufnahme gelangt war, in der Klinik mehrfach (am 29. November, 13. December, 15. Januar) kurzdauernde Bewusstseinstrübungen Nachts einstellten, in denen neben allerlei automatenhaften Handlungen, wie Entkleiden, Durchwühlen des Bettes, Aufstehen zum Urinlassen, vor Allem der Trieb zum Fortlaufen hervorstach. Zweitens ist die Krankengeschichte deshalb werthvoll, weil St. noch vor Ablauf seines Wanderzustandes zur Klinik gebracht wurde, so dass die bestehende Bewusstseinstrübung direct ärztlich constatirt werden konnte. Er machte im Allgemeinen einen traumhaft benommenen Eindruck, bewegte sich meist langsam in automatenhafter Weise mit ausdruckslosem Gesicht und herabhängenden Lidern, fasste nur schwer auf, musste mehrfach angeufen werden, ehe er antwortete. Sonst sass er in sich versunken da. Zeitlich und örtlich war er unorientirt. Dagegen nannte er seinen Namen, gab an, an Krämpfen zu leiden, erkannte den Arzt als solchen. Dann wieder ertheilte er sinnlose Antworten oder schwieg ganz. Dieses Verhalten erinnerte keineswegs an das Ganser'sche Vorbeireden der Hysterischen. Die Zerfahrenheit des Gedankengangs war eine weit

stärkere, die Erschwerung der Auffassung ausgeprägter. Um so interessanter war der plötzliche Wechsel der Erscheinungen. St. konnte sich zeitweise ganz sachgemäß aussern. Dieses Schwankenende der Bewusstseinstrübung beruhte wohl zum grossen Theil auf der Möglichkeit, vorübergehend die Aufmerksamkeit durch energische Reize anzuregen, sowie andererseits auf der schnellen Ermüdbarkeit. Aphasie bestand bei der Aufnahme nicht, dagegen in dem späteren Anfalle von Verwirrtheit am 19. Januar, einige Male fand sich Andeutung von Echohalie. Erwähnt sei das Zurücktreten der sonst bei Epileptikern so häufigen Perseveration. Analgesie fehlte. St. klagte über Schmerzen an der Zunge und im Kopfe. Vermuthlich war dem Dämmerzustande ein Krampfanfall voraufgegangen. Daraufhin deutete neben dem frischen Zungenbiss auch die Spur Eiweiss im Urin und die Andeutung von Babinski.

Heftigere Erregungen wurden vermisst. Bei der klinischen Vorstellung drängte der Patient aus dem Bette, blieb dann aber wie träumend stehen. Einmal warf er plötzlich seine Bettdecke in die Höhe, ohne einen Grund für sein Thun zu wissen. Sinnestäuschungen wurden in der Klinik nicht beobachtet. Nur später, bei dem Schlafwandeln am 13. December, scheinen schreckhafte Träume mitgespielt zu haben. Die Aufhellung trat erst nach 5 Tagen allmälig ein. Für die Vorgänge während des Dämmerzustandes blieb nur eine sehr summarische Erinnerung zurück, die zum Theil illusionär gefälscht war. So wähnte St., es hätten im Hörsaal lauter Richter um ihn herum gesessen.

Vergleicht man diese ganze Darstellung mit den Krankheitsbildern, wie wir sie sonst bei epileptischen Dämmerzuständen zu sehen pflegen, so lassen sich abweichende Züge nicht entdecken. Stets würde man bei dem Zustande, den St. in der Klinik bot, auch wenn epileptische Krampfanfälle nicht sicher gestellt wären, in erster Linie an eine epileptische Bewusstseinstrübung denken. Charakteristisch war vor Allem das ziemlich gleichförmig gehemmte Gebahren, gelegentlich unterbrochen von einzelnen automatischen Handlungen, und die starke Störung des Gedankenablaufs. Der Fall reiht sich in dieser Beziehung den kürzlich von Siemerling¹⁾ mitgetheilten Beobachtungen epileptischer Bewusstseinsstörungen sehr gut an, namentlich der interessanten Schilderung des Knaben P. W. In beiden Fällen spielten Hallucinationen anscheinend keine Rolle. Umso lebhafter waren sie bei dem folgenden Kranken

1) Siemerling, „Zur Lehre von den epileptischen Bewusstseinsstörungen.“ Dieses Archiv 42. Heft 3.

vorhanden, der ebenfalls vor Ablauf seines Wanderzustandes in ärztliche Beobachtung gelangte.

Fall II.

S., Rentner, 66 Jahre alt, wurde am 11. April 1903 der Städtischen Irrenanstalt in Frankfurt a. M. zugeführt.

Ueber erbliche Belastung liess sich nichts in Erfahrung bringen. Patient litt von Jugend auf an Ohnmachten und Schwindelanfällen. Als Conditor erwarb er sich ein kleines Vermögen, blieb unverheirathet, zog als Rentner nach X. in Süddeutschland. Dort stand er in letzter Zeit wegen nervöser Beschwerden in ärztlicher Behandlung. Verschwand dann vor einigen Tagen, wurde am 11. April in Frankfurt von der Polizei festgenommen, als er in plötzlicher Erregung Geld auf die Strasse streute und dadurch einen Menschenauflauf verursachte. Er trug mehrere tausend Mark bei sich.

Bei der Aufnahme war er ängstlich verwirrt, suchte sich im Aufnahmzimmer zu entkleiden, sprach von Zigeunern, die ihn bedrohten. Konnte vorgehaltene Gegenstände nicht bezeichnen. Nach dem Bade beruhigte er sich, lag still zu Bett, nahm Nahrung, erschien äusserlich geordnet. Die körperliche Untersuchung ergab ausser mässiger Arteriosklerose nichts Besonderes.

(Welches Jahr?) „Komme gleich darauf. Ich bin doch der S.“

(Heissen S.?) „Nein, ich bin der S., weiss es genau.“ (Weinerliches Wesen).

(Jahr?) „Muss es direct zahlen.“ (Nach längerem Besinnen.)

(Wie alt?) „66.“

(Wann geboren?) „1866.“ (Weint.)

(Verheirathet?) „Nein.“

(Wohnung?) „Am Längsten bin ich immer gewohnt.“

(Wo hier?) „Ich komme schon darauf. Ich bin anwesend in dem Haus, wo die evangelische . . .“

(Wo denn?) „So genau bekannt bin ich nicht,“

(Wie lange hier?) „Im Jahre 61.“

(Schon Mittag vorbei?) „Ja, weiss nicht genau.“

(Schon Mittag gegessen?) „Das kann man auffassen, wie man will.“

(Anfälle gehabt?) „Ja, da komme ich auf was!! (Greift sich an den Kopf.) „Schon in meinem 5. Jahre. Sie haben verschieden es genannt.“ (Versinkt.)

(Wo heute Morgen?) „In der Kirche. Schon als kleiner Junge . . . Wo es so dämmert, wurde es von Herrn Hofrat genannt. Es sei ein Epileptoid. Schon in Kindheit, ich habe mich wieder aufgelebt, schon in die Höhe gefüttert. Ich habe gesagt, ich sei epileptisch.“

Die Sprache ist verwaschen, stockend, zuweilen wiederholt Patient verständnislos die Worte der Frage.

(Was sind sie?) „Ich bin Conditor.“

(Wo ist ihr Geschäft?) „Habe kein Geschäft gehabt. Ich habe Ihnen die

Amerikaner angesehen wegen der Zahnschmerzen. Habe sie verloren. Das gehört mit zu meinem Zahnleiden.“

Weiss, dass Monat April ist, bezeichnet mehrere Geldstücke richtig.

(3 Mark.) „Was ist das? Louis? So ein Ernestinischer, Hannoveraner oder auch . . . Markstück!“

(Scheere.) „Schneiden, Schneiden; hab' schon damit zu thun gehabt mit dem Sujet.“

(Was ist es?) „Wir haben davon gesprochen, das ist immer soviel. Da muss ich drüber nachdenken, bis ich's rausbringe.“

$3 \times 3 = 9$; $5 \times 6 = 30$; $6 \times 7 = 42$; $7 \times 6 = 42$; $8 \times 9 = 64$;
 $13 \times 13 = ?$; $10 \times 13 = 130$ und nochmal $13 = 143$.“

„Das ist die verzweifelte Rechnung. Sie haben mich zur Verzweiflung gebracht. Da konnte ich nicht mehr rechnen.“

Briefmarke richtig bezeichnet.

12. April. Hält sich ruhig, macht einen gehemmten, fast benommenen Eindruck. Murmelt mitunter vor sich hin. Bezeichnet aber Gegenstände heute richtig. Erkennt den Arzt nicht als solchen. Als vor ihm von Angenspiegeln die Rede ist, sagt er: „Ja, ich habe am Auge was. Sie haben mich auf andere Art kurirt. Das Elektrisiren hat mir gut gethan. Das Frauenzimmer hat's gethan.“

(Wie lange hier?) „Seit 4—5 Tagen.“

(Wo hier?) „An 2 Plätzen, Ich komme von X.“

Während des Sprechens sind fortwährend Schüttelbewegungen des Unterkiefers zu beobachten.

„Ich bin in schlechte Gesundheitsverhältnisse gekommen. Schon seit Sommer habe ich besonders an den Nerven gelitten, habe die angesehensten Aerzte aufgesucht. Ich verspreche mich immer, weil ich nicht weiss, wo ich bin. Ich denke, ich wäre in X.? Ich bin da mit mehreren Familien bekannt geworden, die mich gerne gesehen haben, und von denen ich jetzt sagen muss, dass ich mich freue, dass ich sie kennen gelernt habe.“

(Wo das viele Geld her?) „Durch meinen Beruf nur theilweise. War immer sparsam. Mehr kann ich aber nicht sagen. Aber zu einer andern Zeit kann ich es sagen. Ich kann meine Gedanken nicht zusammenhalten. Ich bin meiner Sinne nicht mächtig. Obs ein Nervenschlag ist, oder was anderes? Der Herr Hofrath muss es genau wissen, denn ich bin 2 Jahre lang jeden zweiten Tag hingegangen und bin elektrisiert worden. Jetzt kann ich wieder springen. Ich spring' jetzt. Seit 14 Tagen geht's wieder.“

(Wie fühlen Sie sich?) „Mir ist ganz wohl.“

(Von X. abgereist?) „Ja, das weiss ich.“

(Wohin?) „Von X. bin ich weg. Nein. Jetzt weiss ich's nicht. Von X. bin ich weggereist. Die Schwestern haben mir das Leben so leicht gemacht.“

(Wann fort?) — (Versinkt).

15. April. Unverändert. Müde, wie benommen.

(Was machen Sie hier?) „Ebensolche ganze Sachen.“

(Was denn?) „Modellirsachen von Italienern. Das merke ich hier im

Bett nur zu gewissen Tageszeiten. Es ist freilich nicht den ganzen Tag zu fühlen. Der Schmerz ist nicht so gross, aber immer da.“ (Zeigt den rechten Zeigefinger vor, an dem nichts zu sehen ist.)

(Wie lange hier?) „5 Monate, nein, 6 Monate.“

(Welches Jahr?) „2000, 1000, 2000.“

16. April. Nachts plötzlich heftige Unruhe. Ins Dauerbad. Spricht bei der Visite unverständlich oder verworren vor sich hin. Nicht zu fixiren. Macht mitunter ängstlichen Eindruck.

20. April. In den letzten Tagen wieder mehr gehemmt; selten ängstlich oder zornig erregt. Heute freier.

(Wo hier?) „Weiss nicht genau. In einer Zeit habe ich mir gedacht in X. Bisher immer in X.“

(Monat?) „Mai.“

(Jahr?) „Eintausend“ (besinnt sich) „Neuhundertundrei.“

(Schon häufiger krank?) „In den letzten Wochen und Monaten. Früher keine solche Zustände.“

(Krämpfe gehabt?) „Nein, aber Schwächezustände.“

(Schlaganfälle?) „Ja, zum ersten Male bei Turnsachen.“

Pat. erzählt eine etwas verworrene Geschichte davon, dass er mit 10 Jahren ohnmächtig geworden sei. Er sei allmählich durch Pollutionen schwächer geworden. Drei Aerzte hätten gesagt, es sei ein Epileptoid. Er sei zuletzt in X. mit Elektricität behandelt worden.

(Wohin von X.?) „Weiss nicht.“

(Wie hierhergekommen?) „Weiss nicht.“

23. April. Klar und geordnet. Giebt an, mit 12 Jahren ein „Epileptoid“ durchgemacht zu haben. Sei mit Brom behandelt worden. Jetzt habe er fürchterliche Träume gehabt: Sein Schwager, ein Oberstleutnant, sei vor seinen Augen entkleidet und erschossen worden. Seine Schwester sei mit zu Grunde gegangen. An einem schrecklichen Tage sah er rings Kerle mit Hüten hereinspringen. Hörte viele Stimmen, eine 4—5stündige Rede. Was in der Rede enthalten war, habe er nicht verstanden. Sah einen schönen Platz mit Bänken, dann wieder fürchterliche Dinge.

1. Mai. Dauernd geordnet. Kann sich nicht entsinnen, wie er von X. nach Frankfurt kam. Weiss nichts von der Reise. Weiss nicht, dass er Geld auf die Strasse geworfen hat. Hat nur eine unklare Erinnerung, dass er von allen Seiten bedroht war.

11. Mai. Hält daran fest, er habe nie Krämpfe gehabt, sondern nur „Epileptoide“, d.h. Zustände mit Bewusstseinsverlust: Seit der Jugend 6 solche Anfälle. Der Letzte jetzt sei wohl der Schlimmste gewesen.

Beim Aufstehen Schwindelanfall: Stürzt hin, hat Zuckungen in den Gliedern. Nachher Amnesie; fühlt sich angegriffen. Später noch ein Anfall von epileptischem Charakter.

8. Juli. Redselig, euphorisch. Erzählt, er habe die ersten Tage, wo er hier war, im Bett immer Eisenbahnstationen ausrufen hören. Habe geglaubt, auf der Eisenbahn zu sein.

20. August. Sehr wechselnde Stimmungen. Oft reizbar. Wiederholt Krampfanfälle.

Später ungeheilt nach anderer Anstalt.

In diesem zweiten Falle sind die Schwankungen zwischen Hemmung und Erregung viel schroffer ausgeprägt. Die Erregungen trugen vorherrschend einen ängstlichen Charakter und waren, wie sich aus gelegentlichen Aeusserungen des Kranken, vor allem aber aus seinen späteren Erinnerungsresten ergab, von schreckhaften Sinnestäuschungen und Wahnideen begleitet resp. hervorgerufen. So entsann sich D., viele Stimmen gehört und concentrisch andringende Gestalten gesehen zu haben. Sein Schwager wurde vor seinen Augen nackt erschossen. Der Gedankengang war aber nur zeitweise hochgradig zerfahren. Zu anderen Zeiten liess sich Pat. leidlich fixiren, machte richtige Angaben über seine Vorgeschichte und seine Krankheit. In solchen Augenblicken erschien er wohl im Stande, sich unauffällig auf der Strasse zu bewegen und eine Eisenbahnfahrt anzutreten. Näheres über seine Reise war leider nicht zu erfahren. Allerdings dauerten in der Klinik die relativ klaren Episoden nie lange. Der Patient ermüdete immer bald, wurde verworren in seinen Antworten oder brachte überhaupt nichts mehr heraus. Bei der Aufnahme bestand deutliche Aphasia, später nicht mehr. Einige Male wurden auch Perseveration und Echolalie beobachtet. Interessant ist, dass D. von seinen Krampfanfällen selbst nichts wusste, dieselben vielmehr in Abrede stellte.

Gemeinsam ist also den Wanderzuständen unserer beiden Patienten, um das noch einmal zu wiederholen, eine in ihrer Intensität oft und plötzlich wechselnde Bewusstseinstrübung, die es noch gestattet, dass der Kranke trotz schwerer Störungen seiner Ideenassocation eine gewisse Auffassung der Vorgänge der Aussenwelt behält und einzelne Schlüsse richtig zieht, wie z. B. der Patient St. in der Klinik den Arzt als solchen erkennt. Eine gewohnte Thätigkeit, wie Essen und Entkleiden, wird mechanisch ohne Störung vollzogen. Leichtere Rechenexemplar werden richtig gelöst. Dann aber verrathen wieder unerwartete Verkehrtheiten auch einer laienhaften Umgebung die bestehende Geistesstörung, so bei St. das sinnlose Eindringen in fremde Häuser, bei D. das Umherstreuen von Geld. Gerade auf dieses schnelle Nebeneinander von anscheinend geordneten gleichgültigen, mehr unauffälligen Erscheinungen und befremdlichen unerwarteten Handlungen, oft mit dem Charakter der Gewaltthätigkeit, hat Siemerling¹⁾ in differential-diagnostischer Hinsicht stets den Hauptnachdruck gelegt.

1) Siemerling, „Ueber die transitorischen Bewusstseinsstörungen der

Gegenüber den hysterischen Dämmerzuständen sei darauf hingewiesen, dass dort die Bewusstseinstrübung im Ganzen keine so schwere ist, die Hysteriker eine grössere Lebhaftigkeit an den Tag legen, sich besser ihrer Umgebung anpassen und bei einer Exploration kein so ein töniges Krankheitsbild zeigen. Entweder entwickelt sich in der Unterhaltung das von Ganser beschriebene Vorbeireden, oder aber es kommt zur Bildung phantastischer Wahnideen, eventuell mit Ausbildung einer zweiten Persönlichkeit, oder mit späterem Fortspinnen romanhafter Geschichten nach Art der Pseudologia fantastica. So erzählte ein Soldat, der im hysterischen Dämmerzustande fortgewandert war, er sei in Russland gewesen, habe eine Schlacht mitgemacht. Ein anderer fabelte von grossen Geldsummen, die er bekommen sollte. Ein dritter Kranker behauptete, Seeräuber zu sein und ein grosses Schiff zu besitzen. Vielfach fand sich dabei ein geziert albernes Gethue. Die einmal in Anspruch genommene Rolle wurde mit mehr oder weniger Geschick durchgeführt. Zerstreut schlafliches Wesen mit Einengung des Bewusstseins auf einen bestimmten Gedankengang vertrat meist die Stelle der schweren Associationsstörung der Epileptiker.

Endlich bei den neurasthenischen Wanderzuständen fehlt eine eigentliche Bewusstseinstrübung überhaupt. Hier handelt es sich wohl stets um eine Reaction auf dysphorische Reize im Sinne Heilbronner's. Höchstens dürften heftigere Angstanfälle und übermässiger Alkoholgenuss vorübergehend die klare Ueberlegung rauben. Im Allgemeinen suchen nur die Kranken einer ihnen unerträglich gewordenen Situation zu entgehen oder sie wollen, wie das Schultze¹⁾ treffend ausgedrückt hat, ihre ärgerliche Stimmung „vertreten“. Das „Gefühl des Krankseins, des Sich-nicht-wohl-fühlens, treibt sie in die frische Luft, in den Wald oder auf das Feld, wo sie auf eine Besserung ihres Befindens hoffen können; sie wollen eine andere Umgebung aufsuchen, von der sie sich Besserung vor Allem hinsichtlich ihrer Gemüthsstimmung versprechen.“

Die epileptischen Dämmerzustände haben viel eher Aehnlichkeit mit den Alkoholdelirien, in denen ja auch grössere Wanderungen gelegentlich vorkommen. Bei beiden Psychosen treffen wir auf die ausgesprochene Neigung zu weitgehenden Schwankungen im Grade der

Epileptiker in forensischer Beziehung.“ Berl. klin. Wochenschr. 1895. No. 42. Vergl. auch von demselben: „Epileptische Psychosen“, Schmidtmann's Handb. d. ger. Med. 1906. Bd. III.

1) E. Schultze, „Ueber krankhaften Wandertrieb.“ Zeitschr. f. Psych. 60. S. 795.

Bewusstseinstrübung. Auch an Alkoholdeliranten verbläfft oft der ausserordentliche Contrast zwischen den sachgemäßen Antworten bei geweckter Aufmerksamkeit und dem verwirrten Gebahren des sich selbst überlassenen Kranken. Auch hier werden trotz völliger Verkennung der realen Verhältnisse Bekannte mit Namen angeredet, Aufforderungen befolgt, eine gewohnte Thätigkeit ohne Störung ausgeübt. Auch hier kann es plötzlich zu einer unerwarteten Gewalthandlung kommen, für die nachher völlige Amnesie besteht. Freilich spielen im Alkoholdelir Sinnestäuschungen, Illusionen und mannigfache Wahnideen eine ganz andere Rolle als im epileptischen Dämmerzustande, doch werden sie auch im Letzteren nicht ganz vermisst, wie unser Fall II zeigt. Man vergleiche ferner Mönkemöller's¹⁾ schönen Fall E. mit seinen ekstatischen Visionen.

Immerhin ist die Associationsstörung im epileptischen Dämmerzustande wohl im Allgemeinen eine tiefergehende. Sie wird nur verdeckt durch das äusserlich Geordnete des sich automatisch abspielenden Gebahrens. Beachtenswerth ist das häufige Krankheitsgefühl, das sich hier findet. So klagte unser Patient St. über Kopfweh und D. äusserte: „Ich kann meine Gedanken nicht zusammenhalten. Ich bin meiner Sinne nicht mächtig!“ In ähnlicher Weise hatte Mönkemöller's Patient E. selbst das Gefühl, dass sein Zustand und Handeln sonderbar wären und sich als Fügung Gottes darstellten. Zwischen epileptischem Dämmerzustande und epileptischem Delir bestehen fliessende Uebergänge. Interessant ist der kürzlich von Siemerling mitgetheilte Fall eines Arbeiters, der im präepileptischen Dämmerzustande eine Reise von Stettin nach Kiel unternahm, worauf sich hier nach einem kurzen Stadium ruhigen Verhaltens ein Delirium anschloss.

Es ist kaum anzunehmen, dass unsere beiden Patienten in dem Zustande, den sie in der Klinik darboten, lange Zeit hätten umherwandern können, ohne etwaigen Augenzeugen in der einen oder anderen Richtung aufzufallen. Das stimmt zu den Angaben anderer Autoren, besonders Siemerling's, der bei sorgfältigen Recherchen stets allerlei Absonderlichkeiten feststellen konnte. Der eine Patient war durch seine lallende Sprache und blutunterlaufenen Augen aufgefallen, hatte ein aufgeräumtes Wesen gezeigt, das an Betrunkenheit gemahnte. Ein anderer machte den Eindruck eines Halbverrückten. Burgl²⁾ und Fren-

1) Mönkemöller, „Zur Casuistik der forensischen pathologischen Bewusstseinsstörungen.“ Viertelj. f. ger. Med. 1906. 3. F., 32. Bd., S. 1.

2) Burgl, „Eine Reise in die Schweiz im epileptischen Dämmerzustande.“ Münch. med. Woch. 1900. S. 1270.

kel¹⁾ sprechen bei ihren Kranken mehr allgemein von verstörtem Aussehen. In Mönkemöller's Fall E. nahm schon die Polizei das Bestehen von Geisteskrankheit an. Derartige Erfahrungen sind praktisch von grosser Tragweite, weil sie uns veranlassen müssen, in forensischen Fällen eine eingehende Vernehmung aller Augenzeugen über jene Punkte zu beantragen. Etwa dadurch gewonnene Aufschlüsse geben dem Gutachten eine gesicherte Grundlage, anstatt dass der Sachverständige von der Glaubwürdigkeit des Exploranden abhängig bleibt. Als Beispiel diene folgender Fall:

Fall III.

Wilhelm H., Matrose, 24 Jahre alt, wurde am 21. Mai 1906 vom Kriegsgericht der Kieler Klinik zur Beobachtung überwiesen, nachdem er sich der unerlaubten Entfernung schuldig gemacht hatte.

Der Vater soll Trinker sein. Patient selbst hat sich normal entwickelt, in der Schule mässig gelernt. Schon in der Jugend soll er wiederholt von Hause fortgelaufen sein. Hatte eine Kopfverletzung nach Angabe der Eltern erlitten; galt nach Aussage des Pastors als nicht normal. Alkohol vertrug er stets schlecht, wurde dann leicht erregt. Wiederholt Wuthausbrüche. Oefters kurzdauende Schwindelanfälle. An Bord wurden von seinen Kameraden mehrmals Nachts bei ihm Krampfanfälle mit blutigem Schaum vor dem Munde und nachfolgender Amnesie bemerkt.

Kaiser's Geburtstag hatte er reichlich Alkohol genossen. Abends 10 Uhr begab er sich ohne Urlaub an Land und kehrte erst den nächsten Morgen zurück. Er gab an, soeben in den Anlagen aufgewacht zu sein und nicht zu wissen, wie er von Bord gekommen und was nachher mit ihm geschehen sei. Im Lazareth wurden dann zwei typische Krampfanfälle mit Pupillenstarre und Zungenbiss ärztlich constatirt. In der Klinik zeigte H. nur ein mürrisches Wesen, klagte öfters Kopfweh. Somatisch bestanden keine Abweichungen von der Norm.

Durch Zeugenaussagen liess sich aber feststellen, dass H. an dem betreffenden Abende schon vor 10 Uhr durch sein sonderbar lautes und erregtes Wesen an Bord aufgefallen war. Der Koch K. hatte ihn dann im Closet angelebt gefunden und ihm gerathen, zu Bett zu gehen, jedoch die Antwort erhalten, K. sollte ihn in Ruhe lassen. Um $1\frac{1}{2}$ Uhr meldete sich H. bei dem Obermatrosen Sch., er habe Auftrag an Land zu gehen. Er ging dabei gerade und sprach fliessend. Gleich darauf fiel dem Posten an Land sein taumelnder Gang auf. Auf der Landstrasse begegnete H. nach einander verschiedenen Kameraden und Vorgesetzten, die ihn alle wegen seines unvorschriftsmässigen Anzuges aufzuhalten und zum Schiff zurück zu schicken suchten. Er sträubte sich aber jedes Mal heftig, sagte zum Einen, er habe Urlaub, zum Andern, er wolle sich

1) Frénkel, „Etude psycho-pathologique sur l'automatisme dans l'épilepsie.“ Thèse de Lyon 1890 (Fall II).

amüsiren, zum Dritten, er gehe zu seiner Braut, obwohl er gar keine hatte. Allen fiel sein unsicherer Gang und sein merkwürdiges Wesen auf. Einige hielten ihn für betrunken. Die Vorgesetzten S. und L. schien er zu erkennen, setzte ihnen aber gereizten Widerstand entgegen, als sie ihn mitnehmen wollten. Dem Obermatrosen K. antwortete er überhaupt nicht auf Fragen. Schliesslich liess man ihn laufen. Von allen diesen Vorgängen will H. nichts mehr wissen.

Das Gutachten nahm als sehr wahrscheinlich an, dass H. sich bei seiner unerlaubten Entfernung in einem durch den voraufgegangenen Alkoholgenuss ausgelösten epileptischen Dämmerzustande befunden habe. Es erfolgte Freisprechung.

Schwieriger lag die Sache im nächsten Falle, insofern hier vor Abgabe des Gutachtens richtige epileptische Krampfanfälle nicht beobachtet worden waren, so dass sich die Schlüsse in erster Linie auf die durch Recherchen erlangten Berichte von Augenzeugen über das Benehmen im Wanderzustande stützen mussten.

Fall IV.

Johannes D., 24 Jahre alt, Matrose, wurde ebenfalls zur Beobachtung am 18. August 1904 in die Klinik aufgenommen:

Mutter und Schwester leiden viel an Kopfschmerzen. Erstere ist sehr beschränkt. Der Vater soll Trinker gewesen sein. Patient hat spät laufen und sprechen gelernt; soll als kleines Kind Krämpfe gehabt haben. Soll mit drei Jahren durch Fall vom Stuhl längere Zeit bewusstlos gewesen sein. In der Schulzeit zuweilen Ohnmachten. Mässiger Schüler. Mit 9 Jahren Diphtherie. Seither wiederholt von Hause fortgelaufen; Strafen halfen nichts dagegen. Stets reizbar und jähzornig. In der Lehre „Wuthkrampfanfälle“ bei Aerger, tobte, verlor nicht die Besinnung. Hielt in keiner Stelle aus; lief immer bald fort. Intolerant gegen Alkohol. Vor 7 bis 8 Jahren als Hausdiener wurde D. einmal von seinem Dienstherrn, wie dieser eidlich bekundet, bewusstlos aufgefunden. Sonst von Ohnmachten, Krämpfen, Schwindel nichts durch Zeugen bekannt. Bei der Marine im Allgemeinen gut geführt. Nur drei Mal wegen unerlaubter Entfernung bestraft: kehrte stets von selbst zurück, wusste keinen Grund anzugeben.

Am 18. Juni 1904 kam D. Nachts nicht vom Sonnagsurlaub zurück, hatte getrunken. Am 21. Juni meldete er sich freiwillig. Er hatte sich in Uniform planlos umhergetrieben und im Freien genächtigt. Wollte nur eine sehr lückenhafte Erinnerung haben. Konnte angeblich nicht sagen, warum er sich entfernt hatte. Während er sich noch in Untersuchung befand, entfernte er sich am 3. Juli abermals heimlich und kehrte erst am 5. Juli zurück. Er erzählte, er sei den Abend angetrunken gewesen, habe sich am 4. Juli in der Wohnung der Mutter wieder gefunden. Ueber sein Verhalten an diesem Tage sei er sich dann wieder nicht klar. Er sei wohl umhergelaufen, habe wohl nichts gegessen, da er kein Geld gehabt habe. Ob er zu Hause noch gefrühstückt habe, wisse er nicht.

Durch Recherchen wurde festgestellt, dass S. am 3. Juli sehr aufgeregzt nach Haus gekommen war, mit Selbstmord gedroht, sich auch wirklich mit einem Messer an der linken Schulter leicht verletzt hatte. Er hatte dann eine Lampe zerschlagen, die Mutter bedroht und sich erst auf längeres Zureden schlafen gelegt. Am nächsten Morgen war er fortgelaufen, ohne zu sprechen und ohne das für ihn bereitgestellte Frühstück anzurühren. D. selbst konnte sich dieser Vorgänge nicht entsinnen, gab jedoch die Möglichkeit zu. „Wenn die mir nachher so etwas erzählen, thut es mir leid, dass ich es gemacht habe.“

In der Klinik klagte D. viel über Kopfschmerzen, einige Male auch über Schwindel, war an manchen Tagen auffallend verstimmt und immer sehr reizbar. Nach 2 Flaschen Bier wurde er sehr erregt. Krampfanfälle oder Ohnmachten wurden nicht beobachtet. Schwachsinn bestand nicht. Die körperliche Untersuchung ergab keine Besonderheiten.

Im Gutachten wurde auf Grund der Zeugenaussagen das Vorliegen epileptischer Dämmerzustände als wahrscheinlich hingestellt. Es erfolgte Freisprechung.

Ein Jahr später wurden tatsächlich schwere Krampfanfälle mit Zungenbiss constatirt.

Dieser Fall giebt zu verschiedenen Bemerkungen Anlass. Den Entweichungen des D. war stets Alkoholgenuss voraufgegangen. D. war gegen Alkohol intolerant. Ein Motiv für sein Fortlaufen liess sich nicht finden. Immer kehrte er freiwillig zurück. An seine Erlebnisse im Wanderzustande behielt er nur sehr summarische Erinnerung. Die Angabe der Augenzeugen über seine dabei aufgetretene plötzliche Erregung mit Neigung zur Gewaltthätigkeit und Selbstbeschädigung liess den Verdacht auf hallucinatorische oder illusionäre Vorgänge zu. Das Umhertreiben in Uniform ohne Geld, ohne Essen und Herberge machte einen fast triebartigen Eindruck. Aus allen diesen Gründen drängte sich dem Gutachter die Annahme eines Dämmerzustandes auf. Zwar ward die Diagnose Epilepsie erst nachträglich einwandfrei gesichert, als typische Krampfanfälle zur Entwicklung gelangten. Indessen muss man zwischen den strengen Anforderungen der theoretischen Wissenschaft und den Bedürfnissen der forensischen Praxis einen Unterschied machen. Als wahrscheinlich durfte das Vorhandensein von Epilepsie wohl angeprochen werden wegen der Gesamtheit der übrigen Symptome, wegen der zeitweisen Verstimmungen, der Reizbarkeit, Alkoholintoleranz, den Klagen über Kopfschmerz und Schwindel und vor Allem wegen des vom Dienstherrn vor Jahren beobachteten Ohnmachtsanfalls.

Hingegen ward auch in diesem Falle den angeblichen Erinnerungslücken allein keine ausschlaggebende Bedeutung beigemessen, da es sich ja bei einer Amnesie stets um subjective Angaben handelt, die weder bewiesen, noch widerlegt werden können. Wie vorsichtig man gerade

derartigen Behauptungen gegenüber bei Kriminellen zu sein hat, dafür finden sich genügend Beispiele in der Litteratur. So hat Siemerling¹⁾ über einen 29jährigen Bäcker berichtet, der vor Jahren an Anfällen gelitten hatte und früher wegen einer Reihe von Diebstählen freigesprochen worden war, weil das Gutachten einen epileptischen Dämmerzustand und hochgradige Gedächtnisslücken angenommen hatte. Bei erneuter Beobachtung im Jahre 1904 war die frühere, angebliche Gedächtnisslücke für einen Zeitraum von $\frac{1}{2}$ Jahr vollkommen verschwunden. Der Betreffende wusste ganz genau von den Erlebnissen dieser Zeit und seinen Strafthaten und gab als Erklärung für den bisherigen Erinnerungsdefekt an, er sei so viel gefragt worden, dass er es für das beste gehalten habe, nichts mehr zu wissen. Ebenso erwähnt Mönkemöller²⁾ einen Epileptiker, dessen Amnesie nach erfolgter Freisprechung verschwand. Sehr lehrreich erscheint mir in diesem Zusammenhange folgende Beobachtung der hiesigen Klinik.

Fall V.

v. P., 16 Jahre alt, Schüler, wurde am 13. August 1902 in die Klinik aufgenommen.

Erblich belastet, etwas beschränkt, zerstreut, lügenhaft nach Mittheilung von Lehrer und Angehörigen. Ohne Ueberlegung und Rücksicht, zum Jähzorn geneigt. In verschiedenen Schulen ohne Erfolg. Früher viel mit dem Vater gegeist. Seit 1901 wiederholt ohne Erlaubniß von Hause weggefahren; nachher behauptet, von nichts zu wissen. Zur Zeit in Kiel in Pension, um Examen zu machen.

Am 6. August 1902 erzählte er seinem Lehrer, die Mutter sei krank, liess sich 70M. geben, um nach Haus zu reisen. Fuhr zum Bahnhof. Am 12. August telegraphirte er aus einem Kieler Hôtel an den Vater um Geld. Dieser wandte sich um Erklärung an den Lehrer, der nun erst erfuhr, dass sein Schüler nicht nach Haus gekommen, und dass dessen Mutter gesund war. Patient wurde im Hôtel erwischt und zur Klinik gebracht. Er wollte von den Vorgängen, seit er zum Bahnhof fuhr, überhaupt nichts wissen, er sei erst in Helgoland wieder zu sich gekommen. Die Eltern waren fest überzeugt, dass er krank sei. Er habe schon früher Reisen im bewusstlosen Zustande gemacht.

Die körperliche Untersuchung ergab nichts von der Norm Abweichendes. Patient war ruhig und geordnet; erzählte, er habe schon mehrere Tage vor seiner Entfernung Herzklopfen und Kopfschmerzen gehabt. Plötzlich sei in ihm der Drang zur Reise aufgestiegen, gleichgültig wohin; nur fort! Obgleich er sich gesagt, es sei Unsinn, habe er den Drang nicht unterdrücken können. Um

1) Siemerling, „Simulation und Geisteskrankheit bei Untersuchungsgefangenen.“ Berliner klin. Wochenschr. 1905. S. 1489.

2) loc. cit.

sich Geld zu verschaffen, habe er in der Erregung gesagt, seine Mutter sei krank. Diese Unwahrheit sei ihm garnicht als solche zum Bewusstsein gekommen. Er wisse noch, dass er Abends zur Bahn fuhr, aber nicht mehr, wie und wohin er sein Billet löste. Er wisse dann nur, dass er in Hamburg war und am Hafen fragte, wohin ein Schiff gehe, dass eben abfahren wollte. Man sagte ihm, nach Helgoland. Er habe das Schiff bestiegen, wisse jedoch nichts mehr von der Fahrt. Erst in Helgoland, Nachmittags 3 Uhr, sei er erwacht. Er sei dann noch auf $1\frac{1}{2}$ Tage nach Norderney gefahren, da er doch einmal unterwegs war, und er sich schämte. Als sein Geld zu Ende ging, kehrte er zurück. Diese ganze Zeit sei ihm wieder klar.

Nach Angabe des Vaters sollte Patient derartige Reisen immer im Anschluss an gemüthliche Depression und nervöse Beschwerden in bewusstlosem Zustande angetreten haben. Er sei vorher kopfhängerisch und mürrisch. Von den Reisen selbst habe er wohl nie etwas gehabt. Er fahre rastlos Tag und Nacht bis zum Erwachen und kehre dann zurück. Einmal sei er so von Oppeln nach Neisse gefahren; ein anderes Mal von dort nach Stettin und Swinemünde. Er habe sich bei seinem Erwachen gewundert, wie er dorthin gekommen sei.

Auf Befragen entsann sich Patient, zweimal in früheren Jahren schwindlig geworden zu sein. Einmal habe er sich plötzlich auf der Strasse festhalten und setzen müssen, weil sich alles um ihn drehte. Das dauerte $\frac{1}{4}$ Stunde. Nachher war er ganz schlapp und musste zwei Stunden schlafen. Ein anderes Mal bekam er auf einem Spaziergange ein dumpfes Gefühl im Kopfe und konnte nicht weiter. Noch den nächsten Tag habe er Kopfschmerzen gehabt. Vor seinen Reisen habe ihn eine ängstliche Unruhe erfüllt, die ihn unfähig machte, seine Gedanken zu sammeln. Ein Motiv zur Reise habe er nie gehabt. Vom Beginn der Reise wisse er überhaupt nichts.

In diesem Falle musste man zunächst nach den Angaben des Patienten und seiner Angehörigen an die Möglichkeit einer Reise im Dämmerzustande denken. Die behaupteten zeitweisen Verstimmungen, die Reizbarkeit, die angeblichen Schwindelanfälle schienen eventuell für Epilepsie zu sprechen, wenn auch Krampfanfälle und Ohnmachten vermisst wurden. Da kam durch Recherchen des Lehrers heraus, dass v. P. seine Reise nach Helgoland und Norderney planmäßig vorbereitet hatte. Mit einem Freunde in Hamburg hatte er sich von langer Hand verabredet. Dieser erwartete ihn in Hamburg am Bahnhofe und fuhr mit ihm nach Helgoland. Auf Vorhalt gab nunmehr Patient die geheuchelte Amnesie auf und zeigte volle Erinnerung. Wieweit auch die früheren Reisen überlegt gewesen waren, hat sich nicht mehr feststellen lassen, thut auch nichts zur Sache.

Die Bedeutung dieses Falles besteht darin, dass er uns wieder zu Gemüthe führt, wie leicht ein ärztlicher Sachverständiger, der auf subjective Angaben des zu Begutachtenden baut, unter Umständen getäuscht zu werden vermag. Namentlich in foro kann man in dieser Beziehung

nicht vorsichtig genug sein. Die blosse Thatsache, dass solche Angaben sich widerspruchslos zu einem bekannten Krankheitsbilde zusammenfügen, beweist allein noch nicht ihre Wahrheit.

Uebrigens sei bemerkt, dass selbst echte Amnesie nicht nothwendiger Weise für eine überstandene Bewusstseinstrübung spricht, vielmehr kann es sich auch lediglich um eine retrograde Amnesie handeln. Ebenso genügt der Nachweis sicherer epileptischer Antecedentien an sich nicht für den Schluss, dass nun auf dieser Basis ein Dämmerzustand sich entwickelt habe. In jedem solchen Falle suche man erst in Erfahrung zu bringen, ob das Gebahren des Betreffenden ein derartiges war, dass es dem nicht widerspricht, was wir in epileptischen Dämmerzuständen zu sehen gewohnt sind.

Umso gewagter erscheint es daher, wenn Mörchen¹⁾ bei einem criminellen Individuum, dem einwandsfreie Symptome von Epilepsie fehlten, nur auf Grund der behaupteten Amnesie einen Dämmerzustand von dreimonatlicher Dauer (!) construirenen will. Jener angebliche Kranke hatte abgesehen von den ihm zur Last gelegten „zum Theil ganz complicirten und eine geschickte Ueberlegung erfordernden Beträgereien“ während seines Umhertreibens sich durchaus unauffällig betragen. Die Annahme Mörchen's, dass er sich trotzdem damals die ganze Zeit in einem epileptischen „Dämmerzustande“ befunden habe, der sich lediglich in „Mangel an Hemmungen und Antrieben seitens der sittlichen Persönlichkeit“ geäussert hätte, widerspricht dem Bilde weitgehender Störung der Ideenassocation, dem wir sonst bei epileptischen Dämmerzuständen zu begegnen gewohnt sind. Mag auch die Zukunft unsere gewiss noch recht lückenhafte Kenntniss jener interessanten Zustände erheblich erweitern und ergänzen, jedenfalls ist davor zu warnen, eine Aenderung unserer Anschauungen auf Grund der uncontrollirbaren Aussagen eines Criminellen anzustreben.

Schon Heilbronner hat darauf hingewiesen, dass sich in der Anamnese der Patienten mit Wanderzuständen vielfach die Notiz findet, sie seien als Kinder oft von Hause fortgelaufen. Der gleichen Bemerkung sind wir in der Vorgesichte von Fall III und IV begegnet. Es ist das schwerlich ein Zufall. Andererseits wäre es jedoch übereilt, zu schliessen, dass damals auch schon immer Dämmerzustände vorgelegen haben müssten. Der Zusammenhang könnte auch ein anderer sein. Der Hang zum Fortlaufen und Umhertreiben ist überhaupt bei

1) Mörchen, „Epileptische Bewusstseinsveränderungen von ungewöhnlicher Dauer und forensische Folgen.“ Monatsschr. f. Psych. und Neur. 17. S. 15.

Jugendlichen ziemlich häufig anzutreffen, zumal bei Nervösen und vor Allem auf dem Boden eines angeborenen Schwachsinns. Um Epilepsie braucht es sich da durchaus nicht zu handeln.

Die Ursachen des Fortlaufens sind im Einzelnen sehr verschieden. Bei Nervösen spielen allerdings dysphorische Zustände die Hauptrolle: Aerger, Zorn, Furcht vor Unannehmlichkeiten zu Hause oder in der Schule, traurige Verhältnisse. Daneben kommen, besonders bei Schwachsinnigen, in Betracht: Verführung durch Kameraden, Leichtsinn und Abenteuerlust, eine Art Leidenschaft für Wandern und Reisen überhaupt, die jede Rücksicht ausser Acht lässt. Verkehrte oder mangelhafte Erziehung mögen nicht selten einen wesentlichen Theil der Schuld tragen.

Gerade für derartige Beobachtungen bot die Knabenabtheilung der Frankfurter Irrenanstalt ein sehr reiches und vielseitiges Material. Nachstehend seien einige einschlägige Fälle kurz erwähnt:

1. Zwei jugendliche Imbecille entwichen während der Spielzeit zusammen aus dem Anstaltspark, um den Hunsrück zu suchen, von dem ihnen kürzlich der Lehrer in der Geographiestunde erzählt hatte. Offenbar hatte es ihnen der sonderbare Name angethan. Sie gelangten thatsächlich bis Mainz, stellten sich aber dort, von Hunger getrieben, der Polizei. Ihre Erinnerung war für die ganze Wanderung eine gute. Später entwich der eine von ihnen allein aus der Anstalt, nachdem er beim Nestausnehmen erwischt worden war, aus übertriebener Angst vor den Folgen seines Thuns. Dieser selbe Knabe hatte sich ein Mal im November Tag und Nacht in den Anlagen versteckt gehalten, bis ihn Hunger und Kälte heraustrieben. Als Grund gab er nur an, es habe ihm nicht mehr gefallen. Amnesie bestand nicht. Seine Aufnahme in die Anstalt war erfolgt, weil er immer wieder von zu Hause fortließ und meilenweit wanderte. Für Epilepsie fand sich niemals ein Anhaltspunkt. Dagegen erwies sich seine Fähigkeit, Begriffe zu bilden, sehr mangelhaft; seine Kenntnisse waren sehr dürftig. Er neigte zu unüberlegten und abenteuerlichen Unternehmungen. Körperlich war er für seine 12 Jahre dürftig entwickelt, hatte einen steilen Gaumen und ein unsymmetrisches Gesicht. Die Schwester der Mutter war geisteskrank.

2. Ein 17jähriger Fabrikantensohn aus belasteter Familie, geistig zurückgeblieben, körperlich gut entwickelt, hatte seit dem 10. Jahre eine unbezwingliche Neigung zum Umhertreiben. Erst schwänzte er die Schule und fälschte Entschuldigungszettel. Dann machte er Ausflüge auf gestohlenem Fahrrad. Aus einem Institut entwich er wiederholt. Einmal übernachtete er in der Hundehütte. Vor der letzten Flucht von Hause hatte er erst das Telefon abgeschraubt und sich durch Unterschlagung Geld verschafft. Meist hatte er sich vor seinen Wanderungen etwas zu Schulden kommen lassen, so dass sein Entweichen motivirt erschien. Allein manchmal fehlte jeder ersichtliche Grund. In der Anstalt äusserte er wiederholt den lebhaften Wunsch, fort und in die

Welt hinauszulaufen. Man hätte beinahe mit Schultze¹⁾ von einem „periodisch auftretenden Reisesieber“ sprechen können. Er war dann gereizt und unfolgsam, klagte auch einmal Kopfschmerzen. Für Epilepsie bestand auch hier kein sicherer Anhaltspunkt.

3. Ein 16jähriger Imbecilller aus guter Familie hatte die Specialität, ganz planlos weite Eisenbahnfahrten anzutreten. Das Geld zur Abreise verschaffte er sich durch Versetzen von Kleidungsstücken. So fuhr er nach Berlin, Leipzig, Hannover, Würzburg. Ging sein Geld aus, liess er sich von der Polizei zurückbefördern. Ihm machte das Eisenbahnfahren an sich Spass. Da das Geschäft des Vaters in einem Vorort sich befand, hatte Patient immer zur Schule mit der Bahn fahren müssen und für die Eisenbahn ein einseitiges Interesse erlangt. — Es ist beachtenswerth, dass ebenso der Kranke in unserem Falle V mit dem Vater als Kind viel gereist war. Nach Ansicht der Eltern kannte er alle Fahrpläne auswendig. — Von einer Bewussteinstrübung liess sich nie etwas nachweisen. Auch aus verschiedenen Anstalten, in die man ihn brachte, entwich er, um seinem kostspieligen Hang zu fröhnen. Aus allen Stellungen lief er gleich weg. Durch monatelange strengste Bettruhe gelang es schliesslich Herrn Director Sioli, diese habituell gewordene Neigung zu beseitigen. Patient hat sich jetzt seit Jahren in seiner Stellung gut gehalten. Für Epilepsie kein Anhalt.

Diese Beispiele liessen sich noch beliebig vermehren. Sie alle haben das Gemeinsame, zu zeigen, aus wie verschiedenen äusseren Anlässen sich gewohnheitsmässiges Fortlaufen bei Jugendlichen entwickeln kann. Initiale Verstimmungen können fehlen. Nicht immer ist der Schwachsinn so ausgesprochen, wie in den obigen Fällen. Mitunter findet sich besonders stärkere Nervosität. Hat sich der Hang erst einmal ungehindert ausgebildet, und ist er sozusagen habituell geworden, dann tritt er freilich bald bei jeder stärkeren Erregung hervor und bestimmt das Handeln. Eine epileptische Grundlage ist da keineswegs nothwendig. In Folge dessen liegt es aber nahe, anzunehmen, dass die oft ganz ähnlichen Neigungen epileptischer Kinder sich unter Umständen in gleicher Weise entwickelt haben, ohne dass es sich um eigentliche Aequivalente zu handeln braucht.

So wurde ein 12jähriger Knabe der Frankfurter Anstalt zugeführt, der mit Schulschwänzen begonnen hatte und allmälig bei mangelhafter häuslicher Aufsicht dazu übergegangen war, den ganzen Tag bettelnd umherzuziehen, Diebstähle zu verüben, Schulmädchen zu belästigen. Schliesslich lief er ganze Nächte fort und verleitete auch andere Knaben zum Fortlaufen. Er sollte in Fürsorgeerziehung; doch erklärte ihn sein Lehrer für zu schwachsinnig, und

1) E. Schultze: „Ueber epileptische Aequivalente.“ Münch. med. Wochenschr. 1900. S. 416.

er kam zur Beobachtung in die Anstalt. Hier wurden mehrere epileptische Krampfanfälle bei ihm gesehen, doch niemals transitorische Bewusstseinstrübungen. Er lernte schwer, zeigte geringe Auffassungsfähigkeit und schlechtes Gedächtniss. Er war reizbar und eigensinnig.

In diesem Falle genügte schon der starke Schwachsinn, an sich, die Entstehung des Hangs zum Vagabondiren zu erklären. Auch Albrecht¹⁾ berichtet von unzureichend motivirtem Fortlaufen schwachsinniger Epileptiker ohne eigentliche Bewusstseinsstörung. Ob man berechtigt ist, hier überall eine initiale Verstimmung anzunehmen, erscheint mir fraglich. Wird aber zugegeben, dass habituelle Neigung zum Fortlaufen sich bei epileptischen Kindern gelegentlich in ebenso mannigfacher Weise entwickelt wie bei Imbecillen, dann lässt sich weiter schliessen, dass eine solche Gewohnheit später recht wohl einmal im epileptischen Affectausbruch oder im Dämmerzustand die Richtung vorzuzeichnen vermag, in der sich die krankhafte Erregung entlädt. Sehen wir doch auch sonst in epileptischen Dämmerzuständen die Kranken ihnen geläufige Handlungen fast automatisch abwickeln. Es würde uns also die Feststellung, dass ein Epileptiker in seiner Jugend zum planlosen Fortlaufen geneigt hat, noch nicht beweisen, dass derselbe an Dämmerzuständen mit Wandertrieb leidet. Es würde aber diese Neigung da, wo später ein Dämmerzustand mit Wandern constatirt wird, erklären können, warum es in demselben gerade zum Auftreten des Wandertriebes kommt.

Das Resultat unserer Betrachtungen lässt sich in folgenden Sätzen zusammenfassen:

1. Die epileptischen Wanderzustände stellen kein einheitliches Krankheitsbild dar. Es sind scharf zu trennen das Wandern im epileptischen Dämmerzustande und das Wandern ohne Bewusstseinstrübung im Verlaufe einer epileptischen Verstimmung. Endlich darf als dritte Gruppe der Hang zu impulsivem Fortlaufen bei epileptischem Schwachsinn abgegrenzt werden.

2. Beim Wandern im epileptischen Dämmerzustande finden sich Erscheinungen weitgehender Störung der Ideenassocation, wie sie im Allgemeinen bei Hysterischen nicht vorhanden sind. Ein weiterer Ausbau der Differentialdiagnose ist anzustreben.

3. In forensischen Fällen muss man stets versuchen, durch Vernehmung von Augenzeugen directe Anhaltspunkte für das Bestehen

1) Albrecht, „Klinische Betrachtungen bei Entweichungen Geisteskranker.“ Zeitschr. f. Psych. 63. S. 848.

eines epileptischen Dämmerzustandes zur Zeit der That zu erlangen. Der Nachweis epileptischer Antecedentien genügt an sich noch nicht. Die Amnesie ist kein einwandfreies Symptom. Dauernd geordnetes Verhalten ohne Verkehrtheiten in Wort und That, abgesehen von dem Delicte selbst, spricht zunächst gegen einen Dämmerzustand.

Meinem hochverehrten Chef, Herrn Geh. Medicinalrath Professor Dr. Siemerling, und meinem hochverehrten früheren Chef, Herrn Director Dr. Sioli, sage ich für die freundliche Ueberlassung der Krankengeschichten auch an dieser Stelle meinen ergebensten Dank.