

## V.

# Ueber apoplectiforme (und epileptiforme) Anfälle in frühen Stadien oder im Verlauf der Tabes.

Nach einem in der Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten zu Berlin  
am 13. November 1882 gehaltenen Vortrage.

Von

Prof. M. Bernhardt.

Im Jahre 1874 behandelte ich längere Zeit einen Tabeskranken, bei dem sich im Verlaufe des Leidens ganz eigenthümliche Symptome einstellten, die ich bis dahin gerade bei der Tabes noch nicht beobachtet hatte. Sie wurden zwar zur Zeit als merkwürdig von mir notirt, ohne dass ich indess einen näheren Zusammenhang zwischen ihnen und der zu behandelnden Affection vermuthete.

1. Es handelte sich um einen 47jährigen, seit etwa 5 Jahren leidenden Mann B., dessen Hauptklagen sich zunächst auf sehr heftige Schmerzen in den Beinen bezogen. Die Schmerzen traten in verschiedener Weise auf: zeitweilig localisirten sie sich im (vorzugsweise linken) Hacken, bald wütheten sie im Verlauf der Achillessehnen, bald war die Haut der Beine so empfindlich, dass Patient im Bette die Decke nicht über ihnen leiden konnte und sich durch Drahtkörbe schützte.

Der grosse, kräftig gebaute Mann bediente sich beim Gehen eines Stockes: das Ausbiegen wurde sehr schwer; ohne Stock schwankte er beim Gehen, die Füße wurden stampfend aufgesetzt. Im Finstern ging er bedeutend schlechter: bei zusammengesetzten Füßen und Augenschluss würde er sofort umfallen. In Bezug auf die Sensibilitätsverhältnisse liessen sich an den unteren Extremitäten kaum gröbere Störungen nachweisen; besonders beachtenswerth erschienen mir Ungenauigkeiten in den Angaben über die Temperaturverhältnisse kühler oder erwärmter mit seiner Haut in Berührung gebrachter Gegenstände. In den Fingerspitzen beider Hände bestand dauernd ein taubes Ge-

fühl: gröbere Sensibilitätsstörungen konnten bei der objectiven Untersuchung nicht gefunden werden.

Die Psyche des Kranken war durchaus intact: früher sah Patient doppelt und auch jetzt noch blieb das rechte Auge beim Blick nach rechts und aussen zurück. Die rechte Pupille war deutlich kleiner, als die linke, beide eher unter Mittelweite. (Auf ihre Reaction gegen Licht wurde leider damals noch nicht so geachtet, wie es heute der Fall sein würde; desgleichen fehlen mir Aufzeichnungen über das [übrigens höchst wahrscheinliche] Fehlen des Kniephänomens). Er sah mit jedem Auge leidlich gut, immerhin gab er an, Alles, wie „durch einen Nebel“ zu erblicken. Die übrigen Sinne waren intact; auch im Gebiete des N. facialis und hypoglossus konnten keine Störungen constatirt werden. — Bei der Urinentleerung musste er oft drängen, beim Aufstehen floss der Urin häufig wider seinen Willen ab. Ausserdem bestand ein sehr quälender Stuhl drang, meist entleerte er nur weisslichen Schleim; dabei traten dann heftige Schmerzen in ano auf. Patient war nie ein Schnapstrinker, ebenso wenig je syphilitisch infectirt gewesen. Ein Klappenfehler des Herzens bestand nicht.

Vor zehn Wochen (so erzählte der sehr ruhige und vernünftige Mann) fiel ihm, während er still das ass, der rechte Arm plötzlich schlaff herab: er merkte im Beine gar nichts, verlor aber für etwa 10 Minuten die Sprache. Vor etwa 6 Wochen (nachdem er sich sonst, abgesehen von den schon Jahre lang bestehenden, oben geschilderten Beschwerden leidlich wohl befunden und den Gebrauch des rechten Arms seit Wochen vollkommen wieder erhalten hatte) kamen derartige Anfälle mit Betheiligung der ganzen rechten Seite etwa 22 mal im Laufe von 24 Stunden: jedes Mal war die Sprache fort, Patient konnte richtig denken, aber nichts aussprechen: nie war das Bewusstsein geschwunden.

Am 18. März ging der Kranke nach gegessenem Frühstück wie gewöhnlich von Hause fort; später, im Omnibus sitzend, merkte er plötzlich, ohne dass Kopfschmerzen eintraten, ohne dass auch nur im Geringsten das Bewusstsein getrübt wurde, ohne dass er irgend eine Sensation in der rechten Körperhälfte spürte, dass die Sprache fort war; er wusste Alles und wunderte sich namentlich über das Auftreten einer abnorm starken Speichelsecretion. — Ich sah den Patienten, als der Zustand etwa 2 Stunden ange dauert hatte. Es bestand keine Lähmung, die Zunge deviirte nicht und war beweglich; sie war weder zerbissen, noch zitterte sie.

Kopfschmerzen bestanden nicht. Die Sprache war die eines (sogenannten atactischen) Aphasischen: bekannte Gegenstände wurden unrichtig benannt. Seinen Namen schrieb er auf Aufforderung richtig. Auf die Frage, wie lange heute der Zustand währe, schrieb er 2 Stutup — statt 2 Stunden. Die Pulsfrequenz war vermehrt (etwas über 100), die Temperatur schien (?) erhöht: er verstand sehr gut, als ich ihm empfahl, den nächsten Tag behufs weiterer Berichterstattung wieder zu kommen. Der Zustand habe, so erzählte er am folgenden Tage, bis Abends 10 Uhr angehalten; dann fand sich die

Sprache wieder ein. Er sprach noch etwas undeutlich, doch aber vollkommen verständlich; eher anarthrisch, als aphasisch.

Ueber die späteren Schicksale des Kranken kann ich leider nichts berichten, da er sich nach wenigen Wochen meiner Behandlung entzog.

2. Zur Zeit (November, December 1882) behandle ich einen 44jährigen Mann, den Criminalschutzmann B., der, ohne jede hereditäre Prädisposition, bis etwa vor 5 Jahren niemals ernstlich krank gewesen. — Seit 17 Jahren ist er verheirathet und besitzt drei gesunde Kinder. Syphilitisch ist er nie gewesen: seit Jahren aber war er in seiner Eigenschaft als Beamter sehr stark beschäftigt, Tag und Nacht auf den Beinen und oft ganze Nächte des Schlafes entbehrend. Vor jetzt etwa 5 Jahren litt er längere Zeit an schmerzhaften Empfindungen in der rechten Gesichtshälfte, speciell in der Gegend des rechten Auges.

Vor nun  $3\frac{1}{2}$  Jahren trat plötzlich bei dem Manne, der gesund von Hause fortgegangen war, um in einem Hause eine Erkundigung einzuziehen, als er zu reden anfangen wollte, Sprachverlust ein. Sehr erschrocken über diesen Zufall, aber bei vollem Bewusstsein ging Patient nach Hause (Lähmungserscheinungen an den Extremitäten waren nicht aufgetreten); schon auf dem Wege dorthin gewann er das Sprachvermögen wieder. Des Nachmittags war er mit seiner Familie in's Freie gegangen: am Abend desselben Tages trat plötzlich eine Bewusstlosigkeit von etwa dreiviertelstündiger Dauer ein. Am nächsten Tage fiel ihm das Sprechen noch etwas schwer; dies verlor sich bald, während noch wochenlang eine gewisse allgemeine Mattigkeit zurückblieb. Der oben erwähnte Kopfschmerz war seitdem verschwunden.

Seit etwa 2 Jahren klagt derselbe Kranke über Mattigkeit in den Beinen, Auftreten lancinirender Schmerzen in denselben und Unsicherheit beim Gehen. Längeres Gehen ermüdet leichter als früher, namentlich in belebten Strassen, auf denen er den Wagenverkehr etc. sehr fürchtet und zu vermeiden sucht. Beim Stehen mit geschlossenen Augen fühlt er sich unsicher: das Stehen auf einem Bein wird ihm besonders mit der rechten Unterextremität sauer. Das Kniephänomen fehlt beiderseits: im Verlauf der Hinterseite des rechten unteren Extremität besteht ein Gefühl von Dumpfheit und Kälte. Hinsichtlich der Sensibilität an den Beinen ergibt sich, dass Tasteindrücke, passiv vorgenommene Lageveränderungen, einfache Berührungen und Temperaturunterschiede ganz gut wahrgenommen werden: dagegen besteht eine deutliche Verminderung der Schmerzempfindlichkeit und eine deutliche Verspätung ihrer Wahrnehmung gegenüber der prompten Perception der Tasteindrücke. Von Ataxie beim Gehen nichts wahrzunehmen. An den oberen Extremitäten bestehen in Bezug auf die Motilität oder Sensibilität keine Anomalien. Die Psyche des Kranken ist durchaus frei (der Kranke ist ein brauchbarer Beamter), die Sprache in jeder Beziehung normal, Zungenbewegung intact. Doppelsehen fehlt, Sehvermögen gut, Pupillen mittelweit, gleich, auf Lichtreiz reagirend, ebenso bei der Accommodation. Die übrigen Sinne intact. Im Bereich der Gesichtsmuskeln kann man nur in dem Sinne eine leichte

Anomalie constataren, als sich beim Oeffnen des Mundes die linke Oberlippe etwas mehr verzieht, als die rechte.

In Bezug auf die Sensibilität am Gesicht klagt der Kranke seit Kurzem wieder über einen jetzt nur zeitweilig auftretenden Schmerz in der Gegend der rechten Orbita.

Das Allgemeinbefinden ist im Ganzen ungestört: Schlaf, Appetit normal (nie Erbrechen); Urin und Stuhlentleerung erfolgen ohne Beschwerden; die Potenz ist erhalten.

Von dem Vorkommen derartiger apoplectiformer Anfälle, mit oder ohne Verlust der Sprache, mit oder ohne Lähmungserscheinungen an einer ganzen Körperhälfte einhergehend, nach entweder nur stündlicher Dauer verschwindend, oder Tage lang anhaltend, war mir gerade bei der uncomplicirten Tabes vor der Beobachtung der hier mitgetheilten Thatsachen nichts bekannt gewesen. Dass es sich bei diesen Dingen nicht um jene Complicationen der Tabes handelt, die als Symptome „früher“ motorischer Schwäche von einzelnen Autoren erwähnt werden, deren Characteristicum ja gerade die Dauer ist, und welche wohl kaum „anfallsweise“ auftreten, um sich dann ungemein schnell auszugleichen, liegt auf der Hand, um so mehr, als, so weit mir bekannt, von dem Auftreten aphasischer Zustände dabei nicht die Rede ist.

Weit bekannter sind die „vorübergehenden Schwächezustände“ in einzelnen Muskelgebieten, so vor Allem in den Muskeln des Augapfels, selten in anderen vereinzelt Gruppen der Körper- und speciell der Extremitätenmuskulatur wie sie z. B. von Pierret in seiner Dissertation erwähnt werden (Schwäche der Kaumuskeln, Glottismuskeln etc.). Aber das so charakteristische ohne Vorboten, ohne Bewusstseinsverlust auftretende Symptom der Aphasie, die dabei oft gleichzeitig beobachtete temporäre Hemiplegie der rechten Seite, oder die ohne aphasische Symptome einhergehende linksseitige Hemiplegie, das Verschwinden dieser Erscheinungen für Jahre, während weiterhin die eigentliche Krankheit (Tabes) in gewohnter Weise Fortschritte macht, diese Combination der Erscheinungen war sowohl mir selbst neu, als auch einer nicht kleinen Reihe von Collegen, mit denen ich über diese Dinge Rücksprache nahm.

In den ausgezeichneten Lehrbüchern über Rückenmarkskrankheiten, mit denen gerade die letzten Jahre uns beschenkt haben, ich meine in den Werken Leyden's und Erb's habe ich Hierhergehöriges in den „die Tabes“ behandelnden Artikeln nicht gefunden. — Andererseits ist es bekannt, dass die Tabes sich weiterhin mit der sogenannten „progressiven Paralyse“ combiniren kann; gerade im

Verlaufe dieses Leidens sind ja apoplectiforme und epileptiforme Anfälle gewissermassen gewöhnliche und bekannte Erscheinungen.

Nun gehört aber zur wesentlichen Charakteristik der Paralyse das Vorhandensein der psychischen Störung: nach den Anfällen leidet die Psychose stets sehr erheblich: die schon vorhandene Gedächtnisschwäche wird frappanter, die schon vorhandene Sprachstörung prägt sich noch deutlicher aus. — Alle diese Charakteristica treffen für unsere Kranken nicht zu; dieselben waren vor den Anfällen psychisch vollkommen frei, ebenso nach denselben und blieben es Jahre lang, wie z. B. der zweite der von mir beschriebenen Patienten ein in jeder Beziehung geistig durchaus normales Individuum ist und seinen Dienst nach wie vor versieht. Ich kann versichern, dass an dem mindestens zweimal wöchentlich von mir gesehenen Patienten nicht das geringste Symptom zu entdecken ist, welches auch nur entfernt an das Vorhandensein einer psychischen Anomalie denken liesse. (Vergleiche auch den Bericht über den III. Fall am Schlusse.) — Nun sind aber, wie ein neuerer Schriftsteller (Mendel) sagt und wie man gern zugeben kann, die „paralytischen Anfälle“ für die Paralyse (der Irren) nicht in dem Sinne charakteristisch, wie man früher geglaubt hat; sie kommen, fährt jener Autor fort, in derselben Weise bei Alkoholismus, bei Dementia der Greise, bei disseminirter Sklerose, in seltenen Fällen auch bei Tabes vor, wie Westphal und Leyden gezeigt. Letztere Angaben werden nicht näher specialisirt, es fehlt die genauere Quellenangabe (l. c. S. 198). In der für die Betrachtung dieser Verhältnisse Grund legenden Arbeit Westphal's: „Ueber Erkrankungen des Rückenmarks bei der allgemeinen progressiven Paralyse der Irren“, werden derartige Anfälle natürlich beschrieben: meist aber wurden unmittelbar nachher, wie schon erwähnt, unbestreitbare Verschlimmerungen des ganzen Verhaltens und namentlich des geistigen Zustandes und des Sprachvermögens notirt oder diese (Anfälle apoplectiformer oder epileptiformer Natur) bildeten gleichsam das erste Zeichen der sich neben der schon eine gewisse Zeit bestehenden Rückenmarksaffection entwickelnden oder schon vorhandenen Hirnkrankheit. — Es ist bekannt, dass eine Tabes Jahre lang bestehen kann, ehe sich eine klinisch als progressive Paralyse auftretende Hirnaffection hinzugesellt; aus einer brieflichen Mittheilung Mendel's entnehme ich, dass er zwei Fälle von Paralyse beobachtet hat, in denen die Tabes 5 und 6½ Jahre der Hirnkrankung vorausging, und wo jene Anfälle während des alleinigen Bestehens der Tabes vorhanden waren. —

Nach dem bisher Mitgetheilten muss demnach zugegeben werden, dass wir es bei den von uns beschriebenen, jene eigenthümlichen apoplectiformen Anfälle darbietenden Tabeskranken mit solchen Patienten zu thun haben könnten, die später vielleicht paralytisch werden: jedenfalls müsste, wenn sich die traurige Prognose bestätigen sollte, dieses Vorkommen apoplectiformer Anfälle, welche den übrigen Erscheinungen der Tabes sogar vorausgehen, oder, wie namentlich der zweite unserer Fälle lehrt, schon in sehr frühen Perioden der Krankheit auftreten können, ein ganz besonderes Gewicht beigelegt werden.

Von chronischem Alkoholismus, von Dementia senilis, bei welchen Leiden ähnliche apoplectiforme Anfälle zur Beobachtung kommen, können wir für unsere Fälle absehen; aber auch für die Diagnose einer sclérose en plaques, bei der Aehnliches beschrieben ist, spricht, wie wir gleich sehen werden, nichts. Es fehlt bei unseren Kranken das so charakteristische „Intentionszittern“ Charcot's bei willkürlichen Actionen, es fehlt jede ausgeprägtere motorische Schwäche oder Rigidität der Bewegungen, von einer Monotonie der Sprache, einem Scandiren der Silben, einem Nystagmus der Augäpfel, von psychischen Störungen ist keine Rede: die Mehrzahl der Anfälle verlief bei unseren Kranken ohne Bewusstseinsverlust, ohne Coma.

Da die Untersuchung des Herzens Abnormes nicht ergab, namentlich keine Klappenfehler nachwies, und eine frühere syphilitische Infection von den Kranken absolut nicht zugegeben wurde, auch durch actualle Untersuchung nicht eruirt werden konnte, sind wir gezwungen, auch diese Momente als die Ursachen der beobachteten apoplectiformen Anfälle zurückzuweisen. Es ist namentlich wichtig, bei diesem letzteren Moment einige Augenblicke zu verweilen, insofern Fournier, bekanntlich der Hauptvertheidiger der syphilitischen Aetiology der Tabes, in seinem Buche unter der Ueberschrift der *Formes associées du tabes* derartiger Phaenomene „d'ordre cérébral“ erwähnt. Zu diesen Erscheinungen, welche der Tabes vorangehen oder in ihrem Verlauf und Gefolge auftreten können, rechnet er epileptiforme und apoplectiforme Anfälle und Hemiplegien, welche vorübergehen können, ohne Spuren zu hinterlassen. Eine energische antisiphilitische Behandlung bringe diese Zufälle zur Heilung, hindere aber nicht das Fortschreiten der Tabes. Wie wenig sich diese Thatsachen (das sei hier nebenbei bemerkt) für das Dogma der vorangegangenen syphilitischen Infection aller Tabiker verwerthen lassen, lehren unsere Mittheilungen und, wie wir gleich sehen werden, die Beobachtungen anderer Autoren, welche bei entschieden nicht syphilitischen Tabes-

kranken derartige „Hirnzufälle“ durchaus vorübergehend und ohne jede specifische Medication zur Heilung gelangend, beobachtet haben.

In neuester Zeit war es besonders Debove, der die Aufmerksamkeit wieder auf das Vorkommen derartiger hemiplegischer Zustände bei Tabikern lenkte. Er beobachtete einen 48jährigen, nicht syphilitischen, seit einer Reihe von Jahren an Tabes leidenden Mann, der eines Tages plötzlich von rechtsseitiger Hemiplegie und Aphasie befallen wurde, welche Erscheinungen innerhalb 14 Tagen vollständig verschwanden. Erst vier Jahre später wiederholten sich diese Erscheinungen, blieben aber dieses Mal bestehen und führten innerhalb weniger Wochen zum Tode. Neben der durch das ganze Rückenmark sich erstreckenden grauen Degeneration der Hinterstränge fand sich als pathologisch-anatomische Grundlage des letzten zum letalen Ausgang führenden Hirnleidens ein die linke Brückenhälfte einnehmender Erweichungsherd (mit absteigender secundärer Degeneration): für die erste, vor vier Jahren beobachtete, vorübergehende Affection fand sich bei genauer Durchforschung des Hirns keine nachweisbare Läsion.

Bei einem zweiten 58jährigen, seit über 20 Jahre an Tabes leidenden Manne trat etwa im achten Jahre der Krankheit eine rechtsseitige Lähmung und Aphasie ein, welche sich nach 1½jährigem Bestehen so besserten, dass weiterhin keine Spuren mehr wahrgenommen werden konnten. Der Kranke lebte (als Tabeskranker, ohne dass sich Paralyse hinzu gesellte), weiterhin noch mehr als 17 Jahre, ohne dass sich diese Zufälle wiederholten, und ohne dass sich zur Zeit (October 1881) auch nur eine Spur der früheren Hemiplegie nachweisen liesse. Beiläufig erwähnt Debove auch Trousseau und Vulpian, welche vorübergehende Hemiplegien bei Tabeskranken beobachtet hätten und schliesslich auch Pierret und Grasset nebst Appollinario, welche letztere Autoren neben der Hemiplegie im Verlaufe der Tabes auch die cerebrale Hemianästhesie (mit Betheiligung der Sinnesorgane) beschrieben haben. Von besonderem Interesse ist eine neuerdings von Vulpian mitgetheilte Beobachtung eines Tabeskranken, der während der ersten Zeit seiner Krankheit wiederholentlich an epileptiformen Anfällen litt und später an apoplectiformen Insulten, welche nach sehr kurzer Bewusstlosigkeit (dieselbe fehlte auch einmal ganz) eine kurzdauernde Hemiplegie sowie Aphasie im Gefolge hatten. Derselbe Kranke litt weiterhin an mannigfachen, im Verlaufe der Tabes wenn auch seltener vorkommenden Erscheinungen (Crises laryngéales, Diarrhöen, Tremor, Gelenkschwellungen), war aber, was hervorzuheben ist, nie syphilitisch gewesen. — Inter-

essant ist für diesen Fall das Auftreten der epileptiformen Anfälle, jener anderen Varietät von Zufällen, wie sie bekanntermassen die allgemeine progressive Paralyse der Irren compliciren können.

Hiernach scheint es nun wohl keinem Zweifel mehr unterliegen zu können, dass im Verlauf der Tabes, ja auch oft schon als frühes Symptom des Leidens vorübergehende plötzlich auftretende Hemiplegien und aphasische Zustände auftreten können, deren Erklärung denselben Schwierigkeiten unterliegt, wie die ähnlichen Vorkommnisse bei der fleckweisen Sklerose oder der progressiven Paralyse. Ob es sich hier um vasomotorische Störungen handelt (vorübergehende ischämische Zustände) oder um andere feinere Störungen, deren Verständniss uns zur Zeit noch entgeht, mag vorläufig dahingestellt bleiben; genug, dass der ganze Verlauf derartiger Störungen, ihr schnelles Verschwinden etc., schwerere Läsionen des Hirns auszuschliessen gestattet.

Eine andere Frage ist natürlich die, ob sich denn die Tabes nicht auch wie andere Krankheiten mit hemiplegischen Zuständen compliciren könne, denen eine ausgesprochene pathologisch-anatomische Läsion zu Grunde liegt. Diese Frage muss nicht allein a priori bejaht werden, sondern es existiren in der Literatur mehrfache Mittheilungen, welche diese in Rede stehenden Complicationen bestätigen. Der oben erwähnte erste Debove'sche Fall ist ein derartiges Beispiel: als Erklärungsgrund der zweiten apoplectischen, mit rechtsseitiger Hemiplegie hergehenden Attaque fand sich ein Erweichungsherd der linken Ponshälfte, und ähnliche Beobachtungen sind (vergl. Debove l. c.) von Buzzard und Ballet (Charcot) mitgetheilt. Nach mündlicher Mittheilung des Herrn Prof. Westphal hat auch er das Bestehen einer Tabes bei einem als Hemiplegiker auf seine Abtheilung gebrachten Kranken durch das Fehlen des Kniephänomens (auch an der gelähmten Seite) constatirt. Es scheint dies für derartige Fälle ein wichtiges diagnostisches Hilfsmittel für die Erkennung der neben einer Hemiplegie bestehenden Tabes zu sein, wie dies auch Debove genügend hervorhebt, der bei constatirter secundärer, vom Hirnherd aus entstandener absteigender Degeneration (in den Pyramidenseitensträngen) trotz etwa vorhandener Contracturzustände (auch diese können fehlen) das Kniephänomen auch seinerseits vermisst hat.

Anhangsweise sei es mir noch gestattet, kurz eine Beobachtung mitzutheilen, die hierher zu gehören scheint. Es handelt sich um einen 50jährigen, seit Jahren an Tabes leidenden Mann. Der Gang



war exquisit atactisch, die Kraft der Unterextremitäten ziemlich bedeutend, die Sensibilitätsstörungen sehr ausgeprägt; es bestand Blasen- und Mastdarmsuffizienz und Impotenz. Die Kniephänomene verschwanden. — Auch die oberen Extremitäten waren von Sensibilitätsstörungen nicht frei. Zittern bestand nicht. Die Gemüthsstimmung war gedrückt, doch versah Patient gern seine Geschäfte und war nur mit Widerstreben dahin zu bringen, sich zu schonen. Kopfweh, Schwindel nicht vorhanden, Sprache nicht scandirend; Sehvermögen vermindert, kein Doppelsehen, gleiche mittelweite Pupillen.

Im Verlaufe der Krankheit waren einige Male apoplectiforme Insulte eingetreten, nach welchen die linke Körperhälfte stets einige Tage schwächer zurückblieb. Eine factische linksseitige Hemiplegie war nicht nachweisbar. Der Kranke lebt noch heute, ist nicht geisteskrank und versieht im Comptoir seine Geschäfte als Kaufmann.

### Literatur.

- C. Westphal, Ueber Erkrankungen des Rückenmarks bei der allgemeinen progressiven Paralyse der Irren. Virchow's Archiv Bd. 39.  
 E. Leyden, Klinik der Rückenmarkskrankheiten. II. Bd. 1875.  
 W. Erb, Krankheiten des Rückenmarks etc. Leipzig 1878. In v. Ziemsen's Handbuch der spec. Pathol. und Ther.  
 E. Mendel, Die progressive Paralyse der Irren. Berlin 1880.  
 Debove, De l'hémiplégie des ataxiques. — Progrès méd. 1881. 52/53.  
 Trousseau (nach Debove), Clinique de l'Hôtel-Dieu. Paris 1865. tome II. pag. 511 und Diction. de médecine et chirurgie pratique. t. III. Paris 1865.  
 Vulpian, Leçons sur les maladies du système nerveux. — Maladies de la moelle. Paris 1879 und Revue de Médecine 1882 Février: Observation de tabes avec phénomènes épileptiformes pendant les premières périodes de l'affection.  
 Fournier, De l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique. Paris 1882.  
 Pierret, Essai sur les symptômes céphaliques du tabes dorsalis. — Paris 1876.  
 Grasset et Appollinario, Hémianesthésie cérébrale et ataxie locomotrice, contribution à l'étude des lésions diffuses dans le tabes. — Gaz. hebdom. 1878. No. 8. Referat: Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1878. S. 687. Berlin, 28. November 1882.

### Nachtrag (2. December 1882).

Mein Vortrag am 13. November war schon gehalten und die hier vorliegende Abhandlung dem Herrn Herausgeber (Prof. Westphal)

schon eingesandt, als mir erst die Arbeit Lecoq's aus der Revue de Médecine, die mir bei der Durchsicht der Literatur entgangen war, zu Gesicht kam. Dieser Autor hat die in der Literatur zerstreuten Fälle von apoplectiformen Zufällen, wie sie bei der Tabes zur Beobachtung kommen können, unter dem Titel: „Étude sur les accidents apoplectiformes qui peuvent compliquer le début, le cours, la fin de l'ataxie locomotrice“ zusammengestellt.

Ogleich es mir scheint, dass der Verfasser manche nicht hierhergehörigen Dinge mit aufgenommen und für sein definitives Urtheil verwertbet hat, freut es mich doch, seine in einigen Schlusssätzen ausgesprochenen Ansichten über diese Zufälle mit den von mir ganz unabhängig von ihm gewonnenen Anschauungen so in Uebereinstimmung zu sehen. Wenngleich kaum eines der von ihm aus der Literatur herbeigezogenen Beispiele so prägnanter Natur ist, wie meine im Obigen mitgetheilten Fälle, so entsprechen seine Schlusssätze (conclusions) doch im Ganzen durchaus dem, was ich oben aussprach. Auch die Tabes zählt, nach L., zu ihren Eigensymptomen (gleichwie die Paralyse der Irren und die fleckförmige Sklerose) apoplectiforme Anfälle. 2. Diese können isolirt, oder zusammen mit laryngealen Krisen und epileptiformen Zuständen vorkommen. 3. Sie können in jedem Stadium des Leidens beobachtet werden und sind integrire Symptome der Krankheit. 4. Sie bestehen in Schwindelanfällen oder mehr oder weniger schweren Betäubungen der Kranken, in verschiedenen Lähmungszuständen, die eher flüchtiger, vorübergehender, als bleibender Natur sind: zeitweilig sollen sie in einen zum Tode führenden Comazustand übergehen. 5. Nur bei langer Dauer und in Begleitung anhaltender hemiplegischer oder aphasischer Zustände sind derartige Zufälle die Zeichen einer hinzugetretenen Complication oder als durch ätiologische Verhältnisse (Syphilis z. B.) begründet aufzufassen.

Ein Referent dieser im Juni 1882 erschienenen Arbeit Lecoq's, Franz Müller (Graz) hat seiner Aussage nach gleichfalls apoplectiforme Anfälle mit Aphasie und Dysphasie in den ausgesprochensten Fällen von reiner Tabes ohne syphilitische oder alkoholische Basis beobachtet (Centralbl. f. Nervenheilk. etc. 15. September 1882).

Berlin, 2. December 1882.