VI. Zur Trigemuserkrankung als Initialsymptom der Tabes.

Von Dr. v. Fragstein in Wiesbaden.

Die Erkrankung des Rückenmarks, welche uns unter dem klassischen Bilde der Tabes vor Augen geführt wird und von welcher Duchenne eine vortreffliche, bis dahin unerreichte Darstellung des Krankheitsbildes entworfen hat, gipfelt in ihren Initialsymptomen in der weitaus grössten Mehrzahl der Fälle in einer Affektion des Lendenmarks, um sich im weiteren Verlaufe über das ganze Rückenmark und selbst in die Medulla oblongata hin fortzusetzen, wobei in einer nicht unansehnlichen Anzahl von Fällen die Hirnnerven, beziehungsweise deren Kerne in Mitleidenschaft gezogen werden.

Abgesehen von diesem klassischen Typus, fehlt es nicht an Beob-

achtungen, wo der Verlauf ein unregelmässiger und die zeitliche Entwicklung der Symptome eine so vielgestaltige ist, dass man sich nicht selten die Frage vorlegen muss: liegt der Beginn einer Tabes vor, oder handelt es sich um andere krankhafte Prozesse, welche eine Läsion des cerebrospinalen Nervensystems zur Grundlage haben? Die reichhaltige Litteratur, welche sich im Laufe der Zeit auf diesem Gebiete angesammelt hat, hat uns gelehrt, dass der tabische Prozess in seinen Anfangsstadien nicht immer und ausschliesslich an die Läsion des Lendenmarks gebunden ist, welche ihren Ausdruck findet in Sensibilitätsstörungen der verschiedensten Art, in Störungen der Coordination, im Fehlen der Patellarreflexe etc., sondern dass der Sitz der Affektion, wie dies aus zahlreichen sehr genauen Beobachtungen hervorgeht, häufig an anderen, dem Lendenmark sehr entfernten Stellen zu suchen ist.

Wie so häufig auf dem Gebiete der Neuropathologie, waren es auch hier die Ophthalmologen, welche uns die Wege gewiesen haben, auf welchen wir zur Erkenntniss eines Krankheitsvorganges gelangt sind, der sich in seiner Weiterentwicklung in dem ausgesprochenen Bilde der Tabes widerspiegelt. Im allgemeinen ist die Beteiligung der Hirnnerven, abgesehen von der Erkrankung des Opticus und der motorischen Augennerven, welche bei der Tabes eine bevorzugte Stellung einzunehmen berufen sind, kein seltenes Ereigniss, ihr Befallensein gehört in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle den späteren Stadien der Krankheit an. In der Häufigkeitsskala dürfte wohl, wenn wir von der Erkrankung des Augenapparates absehen, der Vago-accessorius die erste Stelle einnehmen, dessen Läsion, wie bekannt, sich durch hohe Pulsfrequenz, typische Anfälle von Larynxkrisen, Dyspnoë, gastrische Krisen, Muskellähmungen und bisweilen durch einen Symptomencomplex, welcher an Angina pectoris erinnert, bekundet. In zweiter Linie begegnet man noch am häufigsten Affektionen im Gebiete des Quintus, welcher in Ansehung seiner verschiedenen Funktionen ein sehr wandelbares Krankheitsbild zur Schau trägt. Die Störungen werden sich bald im motorischen, bald im sensiblen Apparat zu erkennen geben, oder sie werden trophischer oder Geschmack vermittelnder Natur sein, wobei natürlich nicht ausgeschlossen bleibt, dass gelegentlich sämtliche Qualitäten tangirt werden können oder sich nach der einen oder anderen Richtung combiniren. Seitdem Duchenne der Betheiligung dieses Nerven seine Aufmerksamkeit zugewendet hatte, hat er die ihm gebührende Würdigung erfahren und ist des öfteren Gegenstand genauer Beobachtung und anatomischer Untersuchung geworden. Pierret, Bourdon, Westphal und anderen verdanken wir eine Reihe sorgfältiger Beobachtungen, und Westphal gebührt das Verdienst, wohl als erster anatomische Untersuchungen darüber angestellt zu haben. Ihm folgten unter anderen Hagen, Flechsig und in neuerer Zeit Oppenheim, welcher namentlich in pathologisch anatomischer Beziehung unsere Kenntnisse nicht unwesentlich gefördert hat.

Bei weitem viel seltener begegnet man Fällen, in welchen Läsionen von Hirnnerven, wenn man auch hier von den Erkrankungen des Opticus und den motorischen Nerven des Auges absieht, als tabisches Erstlingssymptom figuriren. Was in dieser Beziehung speziell den Quintus betrifft, so sind die einschlägigen der Litteratur entlehnten Fälle, welche mir zur Einsicht vorlagen, so ausserordentlich spärlich, dass sie als grosse Seltenheiten betrachtet werden müssen. Eine Beobachtung, welche diesen Gegenstand behandelt, rührt von Chabbert her (Progrès médical 1892, No. 20). Die Tabes begann mit anfallsweise auftretenden Gesichtsschmerzen, welchen sich Symptome hinzugesellten, die auf eine Erkrankung des zweiten bis sechsten Hirnnerven schliessen liessen. Freilich ist die Arbeit insofern nicht einwandfrei, als sich im Verlaufe der Beobachtungszeit des Autors keine anderweitigen Störungen zu erkennen gaben, welche die Annahme einer Tabes hätten rechtfertigen können. Uthoff berichtet über einen zweiten Fall, welchen er in der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten vorstellte. Er betrifft einen vor 20 Jahren syphilitisch infizierten Patienten, bei welchem sich eine Quintusaffektion mit Betheiligung sämtlicher drei Aeste und der Geschmacksfasern einstellte. Dazu gesellte sich eine complete Lähmung des Oculomotorius, späterhin lanzinirende Schmerzen in einem Intercostalraum nebst einer anästhetischen Zone, wozu im späteren Verlaufe ein taubes Gefühl im Ulnarisgebiet der Hand hinzutrat. Man wird wohl kaum fehlgehen, wenn man hier einen tabischen Prozess annimmt, welcher mit einer Trigemuserkrankung einsetzte. Einen dritten sehr sorgfältig beobachteten Fall verdanken wir Charcot (Progrès médical 1893). Bei seinem vor 12 Jahren syphilitisch infizierten Kranken trat, abgesehen von einer mit Abnahme der Körperkraft einhergehenden Abmagerung als Initialsymptom eine Hyperästhesie im Gebiete des Quintus auf, ein Jahr später hatte Patient die Empfindung, als wenn er eine Maske trüge, daneben bestand das Gefühl von Kälte, zuweilen auch von Brennen. Die Tast- sowie Schmerzempfindung waren im Gesicht und an der Mundschleimhaut herabgesetzt, während die Thermoästhesie nahezu intakt war. Im weiteren Verlaufe stellten sich Bulbärscheinungen ein, und gleichzeitig mit ihnen machten sich andere tabische Symptome bemerkbar, welche über die Natur des Leidens keinen Zweifel mehr liessen. Ob die Geschmacksempfindung alterirt war, darüber findet sich in dem Referat keine Angabe, also ist wohl anzunehmen, dass sie intakt geblieben.

Mag nun die Litteratur, welche mir nicht zur Verfügung stand, noch über manches einschlägige Material zu verfügen haben, so viel scheint als sicher betrachtet werden zu können, dass Trigeminaffektionen als Initialerkrankung von Tabes zu den ausserordentlichen Seltenheiten zählen.

Wenn im Nachfolgenden, trotz fehlenden Obduktionsbefundes eine bezügliche Beobachtung der Öffentlichkeit übergeben wird, so geschieht es in dem Glauben, dass ihr des seltenen Vorkommens wegen das allgemeine Interesse nicht fehlen wird.

Im Mai 1896 consultirte mich Herr v. K., Gutsbesitzer in Russland, 38 Jahre alt, unverheirathet. Seit etwa einem Jahre leidet er angeblich, ohne für die Entstehung seines Leidens eine bestimmte Ursache angeben zu können, an rheumatischen Schmerzen, welche in der rechten Gesichtshälfte ihren Sitz haben und wohl auch nach der rechten Seite der Zunge ausstrahlen sollen. Dieselben schildert er als blitzartig durchschliessend, zuweilen von rasender Heftigkeit, meist in Paroxysmen zu Tage tretend, welche sich aus einzelnen, oft nur momentanen Schmerzeindrücken zusammensetzen. Während sie ihn vorwiegend am Tage belästigen, verschonen sie ihn auch zur Nachtzeit nicht und rauben ihm dadurch nicht selten den Schlaf. Zu Anfang seiner Erkrankung weniger heftig, mit grösseren freien Intervallen auftretend, stellten sie sich im Laufe der Zeit häufiger ein und nahmen an Intensität beträchtlich zu. Da alle innerlich und äusserlich angewandten Mittel ohne Erfolg blieben oder nur eine momentane Linderung schafften, so entschloss er sich auf Anrathen seines Arztes nach Wiesbaden zu reisen, um sich einer Badekur zu unterziehen. Abgesehen von einer syphilitischen Infektion, welche er vor 13 Jahren, in seiner damaligen Stellung als Offizier, davongetragen und welcher eine anti-syphilitische Kur, bestehend in einer einmaligen vierwöchentlichen Injektion folgte, ist er niemals ernstlich krank gewesen. Exantheme oder sonstige Hauteruptionen haben sich in der Folgezeit nicht gezeigt, ebenso wenig ist an den äusseren Schleimhäuten des Mundes und des Rachens etwas Auffälliges bemerkt worden, nur waren die übrigen schmerzlosen Drüsen der rechten Inguinalgegend geschwollen. An einer Malariainfektion war er nie erkrankt, ebenso wenig an Influenza. Ein Trauma hatte niemals stattgefunden. Die Zähne, welche sämtlich in guter Verfassung erhalten sind, sollen stets gesund gewesen sein, und Störungen von Seiten des Gehörs oder der Geschmacksorgane werden mit aller Bestimmtheit in Abrede gestellt. Dem Potus ist er nicht ergeben, wohl aber einem reichlichen Tabakgenuss. Seine noch lebenden Eltern sind frei von nervösen Affektionen und lassen in Bezug auf gesundheitliche Verhältnisse, ebenso wenig wie die Geschwister, die sämtlich am Leben sind, etwas zu wünschen übrig.

Patient, von mittlerer Körpergrösse, entsprechend gut entwickelter Muskulatur und geringem Fettpolster, ist von blasser Gesichtsfarbe, im Gesichtsausdruck nichts besonderes hervorzuheben. Die übrige Körperoberfläche ist frei von Exanthen, nirgends zeigen sich Hautverfärbungen oder Spuren vorausgegangener Hauterkrankungen. Ausser einer geringfügigen schmerzlosen Drüsenschwellung der rechten Inguinalgegend, konnten solche an keiner anderen Stelle des Körpers constatirt werden. Am Sulcus retroglandularis penis in der Höhe des Frenulum befindet sich eine strahlige Narbe, an den Hoden und Nebenhoden nichts bemerkenswerthes. Die Tibien frei von Auftreibungen, ebenso das Schädeldach, welches in seiner Configuration und seinem äusseren Verhalten nichts abnormes wahrnehmen lässt. Druckempfindlichkeit ist weder an diesem noch an der Wirbelsäule nachzuweisen. Auch an den einzelnen sensiblen Aesten des Trigeminus, namentlich auch an Stellen, wo sie das knöcherne Gerüst verlassen, um an die Oberfläche zu treten, konnte keine Druckempfindlichkeit nachgewiesen werden. Patient empfindet am Gesicht überall deutlich Nadelstiche, weiss die Spitze vom Kopf genau zu unterscheiden und zu lokalisieren, ein gleiches Verhalten zeigt die Schleimhaut des Mundes, der Zunge, des Gaumens und der Rachengebilde. Die Gaumenbögen stehen in gleicher Höhe und heben sich gleichmässig gut, die Sprache ist in keiner Weise verändert, die Stimme klar, kein Überschnappen in höherer Tonlage. Die herausgestreckte Zunge zeigt weder Volumveränderung noch fibrilläre Zuckungen und kann nach allen Richtungen frei bewegt werden. Die Zähne vollzählig und gut erhalten, sind frei von kariösen Prozessen, auch zeigt das Zahnfleisch keine krankhaften Veränderungen. Die Geschmacksempfindung ist für alle Qualitäten wohl erhalten, das Geruchsorgan intakt, der Schlingakt ungestört. Die Rachenschleimhaut dunkel geröthet, ruft bei Berührung sofort Würgen hervor, an den Rachengebilden keine Andeutungen früherer Geschwürsbildung. Der Kauakt geht mit Leichtigkeit von statten, die Bewegungen des Unterkiefers nach vorn sowie die Seitenbewegungen sind in keiner Weise behindert, der Kieferschluss wird kräftig ausgeführt. Die Gesichtsmuskeln, beiderseits gut entwickelt, sind in ihren Funktionen nicht beeinträchtigt, die Reaktion auf beide Stromesarten gut ausgeprägt. Die Nasolabialfalten deutlich hervortretend, unterscheiden sich weder in Ruhe noch bei Innervation von einander, die Mundwinkel stehen in gleicher Höhe, Stirnrunzeln, Schliessen und Oeffnen der Augen begeben keinen Schwierigkeiten. Das Gehörvermögen ist auf beiden Seiten scharf ausgeprägt, der Sehakt durchaus normal, die Augen können nach allen Richtungen frei bewegt werden, nichts erinnert an

eine Lähmung oder Insufficienz des einen oder andern Augenmuskels. Die Pupillen mittelgross, gleich weit, reagieren prompt auf Licht, bei Convergenz und Accommodation. An Rumpf und Extremitäten nirgends Anzeichen trophischer Störungen bemerkbar, die grobe Muskelkraft gut entwickelt, der Muskeltonus normal, die aktive Beweglichkeit in allen Gelenken in vollem Umfange möglich. Zeichen ataktischer Störungen weder in den oberen noch unteren Extremitäten nachweisbar. Gehen und Stehen mit geschlossenen Augen kann ohne Schwankungen mit Leichtigkeit ausgeführt werden, dasselbe gilt von den Rückwärtsbewegungen. Die Patellar- und Plantarreflexe, ebenso diejenigen des Biceps und Triceps, wie die vom Periost aus sind wohl erhalten, auch die Cremaster- und Bauchreflexe lassen sich mit Leichtigkeit hervorrufen. Die taktile Sensibilität, die Schmerz- und Temperaturempfindung im Bereiche der Extremitäten und am Rumpf zeigen nirgends Abweichungen von der Norm, das zeitliche Verhalten der Empfindungsleitung in keiner Weise verändert, desgleichen konnte nirgends eine Verdoppelung der Empfindung constatirt werden. Parästhetische Erscheinungen, wie sie ihren Ausdruck in Gefühl von Kribeln, Ameisenlaufen, Taubsein etc. finden, fehlen ebenso wie das Constriktionsgefühl um den Leib und Thorax. Die Potenz ist erhalten, keine Störungen von Seiten der Blase oder des Mastdarms. Die Untersuchung der inneren Organe ergiebt durchgehends normale Verhältnisse. Der Puls von mittlerer Spannung, 74 Schläge in der Minute, ist regelmässig, nicht aussetzend, der Urin frei von Eiweiss und Zucker, klar und wenig sedimentirt. Da eine syphilitische Infektion vorhergegangen und andere ätiologische Momente für das Leiden sich nicht hatten auffinden lassen, so wurde, um mich kurz zu fassen, ehe zur Beschreibung der weiteren Entwicklung der Krankheit geschritten wird, diesem Umstände Rechnung getragen und eine Injektionskur eingeleitet, welcher ein längerer Gebrauch von Jodkali folgte. In den drei ersten Wochen der Behandlung zeigte sich keine Spur von Besserung, die Schmerzanfälle, welche ich öfters zu beobachten Gelegenheit hatte und welche sich in der oben beschriebenen Weise abspielten, wobei der Patient unwillkürlich die Hand gegen das Gesicht presste und die Zähne aufeinander biss, um den Anfall zu coupiren, was ihm jedoch nicht gelang, blieben nach wie vor bestehen. Erst die vierte Woche führte einen Umschwung in dem Zustande herbei. Die Anfälle traten nicht mehr in derselben Häufigkeit auf, waren von kürzerer Dauer und geringerer Heftigkeit, ohne jedoch aufzuhören, wie aus den Mittheilungen hervorgeht, welche mir vom Patienten, nachdem er Wiesbaden verlassen, aus seiner Heimath zugegangen waren. Ich hatte Gelegenheit, ihn im Juni des darauffolgenden Jahres wiederzusehen, das Krankheitsbild, welches sich jetzt darbot, hatte jedoch ein ganz anderes Gepräge angenommen. Die schmerzhaften Anfälle waren vollkommen geschwunden, dagegen hatte sich ein Zustand herausgebildet, der nach Schilderung des Patienten in einem Gefühl von Kribeln neben dem eines Kältegefühls und Taubsein im Gebiete sämtlicher Aeste des Trigeminus seinen Ausdruck fand. In den letzten Monaten gesellte sich zu dem ursprünglichen, nunmehr veränderten Krankheitsbilde eine Reihe von Erscheinungen hinzu, welche dasselbe completirten und ihm einen anderen Charakter verliehen. Zunächst waren es lanzinirende Schmerzen in den unteren Extremitäten, welche ihn peinigten. Sie sollen sich in ähnlicher Weise zu erkennen gegeben haben, wie dies im ersten Stadium seiner Erkrankung im Gesicht der Fall war, er schildert sie als blitzähnlich durchschliessend, in Paroxysmen zu Tage tretend, zunächst sich auf die rechte Seite beschränkend, dann auf die linke übergehend und häufig ihre Stelle wechselnd. Fast gleichzeitig mit diesen Paroxysmen stellte sich ein Gefühl von Formikation und Taubsein in den Füßen ein, Patient, der ein geübter Reiter war, verlor die Sicherheit im Sattel, die Steigbügel erschienen ihm zu lang und gaben ihm nicht mehr den gehörigen Halt. Strecken, welche er früher mit Leichtigkeit zurückzulegen gewohnt war, war er wegen bald eintretender allzu grosser Mattigkeit ausser Stande zu bewältigen. Beim Heruntersteigen von Treppen begegnete er Schwierigkeiten, zeigte eine gewisse Unsicherheit, bekam zuweilen Schwindelerscheinungen, die ihn veranlassten, sich des Treppengeländers zu bedienen. Dazu gesellten sich Störungen in der Entleerung der Blase; Patient musste einen gewissen Kraftaufwand in Anspruch nehmen und längere Zeit warten, bis die Entleerung von Statten ging, welche überdies in schwachem Strahl erfolgte, bis gewöhnlich ein mehr oder weniger prolongirtes Nachträufeln den Vorgang beschloss.

Eine am 9. Juni vorgenommene Untersuchung ergab auch jetzt, wenn man von dem subjektiven Kältegefühl in der rechten Gesichtshälfte, die sich übrigens beim Vergleich mit der linken nicht kälter anfühlte, absieht, weder vasomotorische noch trophische Störungen. Eine auffällige Aenderung war dagegen im Gebiete der sensiblen Aeste des Trigeminus eingetreten. Das früher gleichmässige Erhaltensein des Tast-, Schmerz- und Temperatursinnes war entweder herabgesetzt oder nahezu erloschen. Im ersten Aste des Trigeminus, wo die Formikation vorwiegend zum Ausdruck gelangte, war die Tastempfindung vorhanden, wenngleich sichtlich verändert, auch die Schmerzempfindung war nicht geschwunden, aber erheblich herabgesetzt, und die Reflexe von der Cornea aus nur äusserst schwach vorhanden, sie selbst von tadelloser Klarheit und Spiegelung, ohne Spur von Erosionen oder ent-

zündlichen Prozessen. Im zweiten und dritten Ast war die Empfindung für Schmerzenseindrücke nahezu erloschen, nur hier und da zeigten sich Stellen, wo die Perzeptionsfähigkeit noch andeutungsweise vorhanden war, über das Verhalten des Tast- und Temperatursinnes konnten keine genauen Resultate erzielt werden, da die Angaben sich vielfach widersprachen, daher wohl anzunehmen war, dass sie, wenn überhaupt vorhanden, minimaler Natur sein mussten. Für die rechte Zungenhälfte war überhaupt jede Art von Empfindung verloren gegangen, in der Mitte des rechten Zungenrandes zeigte sich beiläufig eine kleine frische Verletzung, von der Patient nichts wusste und die wohl auf Conto mangelnden Gefühls durch einen Insult von Seiten der Zähne entstanden sein mochte. Die Geschmacksfähigkeit erwies sich, wie auch bei der ersten Untersuchung, für alle Qualitäten ohne Unterschied als durchaus intakt. Erwähnt mag noch werden, dass auch die Schleimhäute der Mund- und Nasenhöhle auf der Seite der Affektion in derselben Weise an der Anästhesie partizipierten. Die übrigen Hirnnerven hatten von ihrer früheren Integrität nichts eingebüsst, im besonderen dürfte noch hervorgehoben werden, dass der motorische Trigeminasast sowie der Sehnerv und die motorischen Nerven des Auges als vollkommen intakt betrachtet werden mussten. Auch an den oberen Extremitäten hatte sich nichts in dem früheren Verhalten geändert, namentlich waren weder Sensibilitäts-, noch Coordinationsstörungen nachweisbar, desgleichen konnte bei dem Hervorrufen der Biceps- und Tricepsreflexe nichts abweichendes von der Norm constatirt werden. Ein von dem früheren Verhalten vollkommen abweichendes Bild zeigte sich an den unteren Extremitäten. Zunächst ist zu bemerken, dass es dem Patienten unmöglich war, mit geschlossenen Augen eine ruhige Haltung einzunehmen, sofort tritt ein ziemlich beträchtliches Schwanken ein, sodass er, um nicht zu fallen, einer Stütze bedarf; das Gehen, wenn auch nicht gerade ataktisch, zeigt doch einen gewissen Grad von Unsicherheit, schnell ausgeführte Wendungen fallen sehr ungeschickt aus und rufen Gleichgewichtsstörungen hervor. Der Tast-, Schmerz- und Temperatursinn ist in beiden Oberschenkeln erhalten, nur scheint das Tastgefühl an der inneren Seite des linken Oberschenkels herabgesetzt zu sein, da Patient bei Nadelberühren Kopf von Spitze zu unterscheiden nicht im Stande, über den Ort der Berührungen aber gut unterrichtet ist. Unterhalb des rechten Knies befindet sich eine etwa drei Finger breite, cirkulär verlaufende Zone, in welcher das Tastgefühl abgeschwächt, das Schmerzgefühl aber sehr erheblich herabgesetzt ist, die Thermoästhesie ist kaum verändert, Patient weiss bei relativ geringen Abstufungen von Wärme ziemlich genaue Angaben zu machen. Im Gegensatz zur rechten ist an der linken Extremität dieses Verhalten nicht zu constatiren. Ueber dem rechten Malleolus externus trifft man auch eine markgrosse Stelle, an welcher die Leitung für Schmerzenseindrücke verlangsamt ist. An der Dorsalseite der rechten grossen Zehe ist die Schmerzempfindung vollends geschwunden, sehr beträchtlich herabgesetzt ist sie auch an der inneren Seite des Fussrückens, weniger hat die Planta pedis in dieser Beziehung gelitten, obwohl ihre taktile Empfindung rechterseits vollkommen geschwunden, linkerseits nur spurenweise vorhanden ist. Beim Versuch, die Fusssohlen zu kitzeln, erfolgt keine Andeutung von Reflexerscheinung, der Kremasterreflex ist beiderseits abgeschwächt, die Bauchreflexe sind dagegen gut erhalten. Zwei Finger breit über der linken Crista ilei begegnet man einer etwa dreimarkgrossen Stelle, welche vollkommene Empfindungslosigkeit zeigt.

Die epikritischen Bemerkungen, welche sich an die Beschreibung des Falles knüpfen, werden sich in der Hauptsache darauf beschränken, einmal die Eigenartigkeit seiner Entwicklung hervorzuheben, dann aber auch das Intaktsein der Geschmacksempfindung bei Paralyse, resp. Parese der Empfindung im Gebiete des Trigemini zu motiviren.

Fassen wir das gesammte Krankheitsbild noch einmal ins Auge, so entwickelte sich bei einem im mittleren Lebensalter befindlichen, nicht hereditär belasteten Manne, welcher sich vor etwa 13 Jahren eine syphilitische Infektion zugezogen hatte, eine Trigemineuralgie, an welcher sämtliche Aeste theilhaft waren. Das paroxysmenartige Auftreten der Schmerzen, der blitzartige Charakter erinnerten an Zustände, wie sie sich so häufig beim tabischen Prozess abzuspielen pflegen. Mangels anderer Anhaltspunkte, welche der Erklärung des Leidens hätten förderlich sein können, musste nach Lage der Dinge und von dem Gesichtspunkte aus, dass Syphilis vorangegangen, in erster Linie an eine syphilitische Erkrankung gedacht werden, welcher therapeutisch mit einer antisyphilitischen Kur, wiewohl ohne Erfolg begegnet wurde. Freilich wurde auch mit der Möglichkeit einer in der Entwicklung begriffenen Tabes, eingeleitet durch eine Trigemineuralgie gerechnet. Nach 1½jährigem Bestehen des neuralgischen Reizzustandes entwickelte sich allmählich unter anfänglichen Parästhesien eine nahezu complete Lähmung im gesammten sensiblen Gebiete des Trigemini mit Erhaltensein der Geschmacksempfindung. Fast gleichzeitig hiermit stellten sich paroxysmenweise auftretende blitzartige Schmerzen in den unteren Extremitäten ein, denen sich später parästhetische sowie stellenweise anästhetische Erscheinungen hinzugesellten, wozu dann noch Gürtelgefühl und Blasenstörungen hinzutraten. Wie sich aus der weiteren Untersuchung herausstellte, fehlten die Patellar- und Plantarreflexe, die der Kremasteren waren herabgesetzt, und das Romberg'sche Zeichen konnte in seiner vollen Entwicklung zur Anschauung gebracht

werden. Eine genaue Würdigung der Symptome und Befunde lässt wohl kaum einen Zweifel an dem Wesen der Erkrankung aufkommen. Wir hatten es mit einer Tabes zu thun, deren erstes Symptom sich in einer Trigemineuralgie, welche zur Paralyse führte, offenbarte, der dann im späteren Verlauf sich Symptome hinzugesellten, welche in diagnostischer Beziehung vollständige Klarheit schafften. Es drängt sich freilich die Frage auf: Ist das Trigemineusleiden ein rein lokales gewesen, hat es sich unabhängig von der Tabes als selbstständiges Leiden entwickelt, oder ist es auf derselben krankhaften Basis entstanden? Erfahrungsgemäss sind Trigeminaffektionen, als dem Bilde der Tabes zugehörig, keine seltene Erscheinung, sie sind wiederholtlich beobachtet und durch die Autopsie festgestellt worden, gewöhnlich vergesellschaftet mit Erkrankungen anderer Cerebralnerven, in Sonderheit mit denen des Augenapparates. In unserem Falle beherrschte die Trigemineuralgie ein volles Jahr hindurch als einziges Symptom das Krankheitsbild der Tabes, ein Umstand, der wohl nur äusserst selten Gegenstand der Beobachtung geworden ist. Zieht man in Erwägung, dass auch bei unserem Kranken Syphilis vorausgegangen, so wird man, gestützt auf Analogieen, sich dem Gedanken kaum entziehen können, den ganzen Krankheitsprozess als einem einheitlichen Krankheitsbilde zugehörig, auf syphilitischer Grundlage entstanden aufzufassen, trotzdem eine antisyphilitische Behandlungsweise in dem Zustande weder eine Besserung zur Folge hatte, noch auch der weiteren Fortentwicklung ein Ziel zu setzen vermochte.

Zum Schluss noch einige Worte über den vermeintlichen Sitz der Läsion im Gebiete des Trigemini. Wie aus der Krankengeschichte hervorgeht, beschränkte sich die Affektion ausschliesslich auf die sensiblen Fasern des Trigemini, die motorischen sowie die Geschmack vermittelnden Fasern hatten keine Einbusse erlitten, auch liessen sich weder trophische noch vasomotorische Störungen nachweisen. Diesem Umstande Rechnung tragend, dürfte der Sitz der Läsion schon einer näheren Präzision zugänglich sein. Bekanntlich ist die Leitung der Geschmacksempfindung centralwärts auf dreifache Weise denkbar, entweder auf der Bahn des Trigemini, des Facialis oder der des Glossopharyngeus, welchem letzteren ja ohnehin die Leitung der Geschmacksempfindung im hinteren Drittel der Zunge zukommt. Bei vollkommenem Intaktsein derselben und der Paralyse der sensiblen Portion des Trigemini mochte es immerhin verführerisch erscheinen, die Leitung der Geschmacksempfindung in die Bahnen des Facialis oder in die des Glossopharyngeus zu verlegen. Dürfte man doch nicht von der Hand weisen, dass die Geschmacksfasern im vorliegenden Falle abnormer Weise in der That ihren Verlauf in einem dieser Nerven genommen haben konnten. Ohne zur Erklärung der Thatfachen zu Abnormitäten greifen zu müssen, erscheint es ungezwungener und natürlicher, auch hier dem Trigemini die Rolle der Leitung der Geschmacksempfindung zu übertragen. Aus den überzeugenden Versuchsergebnissen von Schiff sowie aus genauen pathologischen Beobachtungen am Menschen, wozu unter anderen namentlich von Erb sehr werthvolle Beiträge geliefert worden sind, geht zur Evidenz hervor, dass der Trigemini als Geschmacksvermittler für die vorderen zwei Drittel der Zunge anzusehen ist. Nehmen wir also an, dass die Leitung der Geschmacksempfindung auf der Bahn des Trigemini vor sich geht, so muss offenbar der fragliche Sitz der Läsion im vorliegenden Falle im Verlaufe dieses Nerven ein begrenzter, d. h. an einer Stelle zu suchen sein, wo einerseits sämtliche sensiblen Fasern vereinigt liegen, andererseits die Geschmacksfasern den Stamm bereits verlassen haben mussten, um dem Centrum zuzustreben. An welcher Stelle dies geschieht, darüber giebt uns die Anatomie keinen Aufschluss, dürfte aber auf der Strecke zwischen dem Eintritt des Trigemini in den Pons und dem sensiblen Trigeminskern zu vermuthen sein. Vom sensiblen Kern wissen wir, dass seine Erkrankung keine Geschmacksalteration zur Folge hat, wie dies aus einer Reihe genauer durch Autopsie festgestellter Beobachtungen hervorgeht. Daraus ergibt sich, dass die Läsion entweder den Kern oder die aufsteigende Trigeminiwurzel, bzw. beide Stellen getroffen haben muss, was mit der Thatfache um so mehr im Einklange steht, als sich weder trophische noch vasomotorische Störungen zu erkennen gaben.