erhalten, keine Spur von Sensibilitätsstörung. Pat. gab nun noch an, dass er am 24. Juni vorübergehend Parästhesien an einzelnen Körperstellen empfunden habe, sonst war er bis zum Eintritt der Muskelzuckungen vollständig wohl gewesen.

Am andern Morgen wurde der Verlust des Sprachvermögens constatirt, der Pat. war nur noch im Stande „ja“ und „nein“ zu sagen, auch schreiben konnte er nicht, er setzte wohl die Feder an, brachte jedoch nicht einmal seinen eigenen Namen fertig; dagegen verstand er vollständig alles, was mit ihm gesprochen wurde. Die Muskelzuckungen waren verschwunden, dafür jedoch die grobe motorische Kraft in der rechten unteren Extremität deutlich schwächer als links, der Patellarreflex rechts sehr lebhaft. Im übrigen wie gestern. An den inneren Organen nichts Abnormes nachzuweisen, das Herz und Gefässsystem vollkommen normal. Harn ohne Eiweiss und Zucker. T. 37,8. P. 76.

Abends hatte die Parese des Facialis zugenommen, die der unteren Extremität wie am Morgen, dagegen war eine erhebliche Parese der rechten oberen Extremität hinzugekommen. Der ganze Wortschatz des Pat. besteht aus „ja“ und „nein“, nur ein Mal, als er durch eine Frage etwas unwillig wurde, brachte er auch das Wort „freilich“ hervor. In der Function der höheren Sinnesorgane bestand keine Störung, ausser dass vielleicht das Hörvermögen rechts etwas geringer war als links, die Sensibilität ganz intact.

Am 30. Juni war der rechte Arm vollständig paralytisch, sonst hatte sich nichts geändert. Nachts war Pat. etwas unruhig gewesen, setzte sich öfters im Bett auf, versuchte auch aufzustehen, am Tage war das Sensorium ganz frei.

Am 1. Juli machte er einen etwas somnolenten Eindruck, gab weniger Acht, wenn man mit ihm sprach, war ausserdem etwas mürrisch. Die Parese der rechten unteren Extremität hatte zugenommen, der Patellarreflex dieser Seite war gesteigert, ausserdem rechtsseitiger Dorsalclonus, an den oberen Extremitäten fehlten deutliche Sehnenreflexe.

Am folgenden Tage war das Sensorium wieder ganz frei, es bestanden Schmerzen in der linken Stirn- und Scheitelgegend, die auch bei Percussion empfindlich war. Die Extensoren der Hand functionirten wieder schwach. Vom 3. Juli ab besserte sich die Lähmung in sämtlichen Gebieten ziemlich rasch, die Sprache kehrte erst vom 8. Juli ab langsam wieder, wobei zuweilen Anklänge an Paraphasie sich zeigten.

Am 1. September wurde der Kranke entlassen, es bestand noch geringe Parese der rechten Zungenhälfte und etwas Schwäche in den Extremitäten, die Lähmung im Gebiet des Facialis war ganz rückgängig geworden.

Die Therapie bestand nach Eintritt der Lähmung in verstärkter Schmierkur (5,0 pro die) und Jodkali (3,0).

Als Grund für die Lähmung musste mit grosser Wahrscheinlichkeit eine Thrombose im Gebiet der linken Art. foss. Sylvii angenommen werden. Die Ursache der Thrombose konnte bei der Intactheit aller übrigen Organe nur in einer syphilitischen Erkrankung der Hirnarterien selbst gefunden werden. Mit Sicherheit dagegen kann eine solche Diagnose nach dem jetzigen Standpunkt unserer Kenntniss von der Gehirnsyphilis wohl nicht gestellt werden; denn wenn auch durch Sectionsergebnisse nachgewiesen ist, dass schon innerhalb des ersten Jahres nach der syphilitischen Infection Gefässveränderungen auftreten können, so liegen doch auch Beobachtungen vor, wo trotz des gleichen Krankheitsbildes die Section keine Veränderungen am Gehirn ergab. Ein solcher dem unsrigen sehr ähnlicher Fall findet sich z. B. bei Zambaco.¹⁾ Es handelte sich um einen Mann, der vor sechs Monaten einen indurirten Schanker acquirirt hatte und dann wegen einer Impetigo im Gesicht in Behandlung kam. Er litt ausserdem an hartnäckigen Kopfschmerzen bei Tag und Nacht, die ohne bestimmten Sitz waren, aber tief im Kopf gefühlt wurden. Durch Protojodacet (0,1 pro die) schien sich die Hauptaffection etwas zu bessern, aber die Kopfschmerzen bestanden fort, ja verschlimmerten sich, und sieben Monate nach der Infection, einen Monat nach der Aufnahme im Spital und dem Beginn der Behandlung trat eine rechtsseitige Hemiparese auf, das Sensorium war frei, die Sensibilität intact. Vierzehn Tage später entstand ebenfalls ohne Bewusstseinsverlust völlige Paralyse der rechten Seite, Verlust des Articulationsvermögens, während die geistigen Fähigkeiten intact erschienen. In der Nacht darauf tiefes Coma und Tod. Die Section ergab ein völlig negatives Resultat sowohl in Bezug auf den Schädelinhalt als die übrigen Organe, während man eine Encephalitis oder einen Tumor syphilitischen Ursprungs erwartet hatte.

Diese Beobachtung zeigt, dass es wohl nicht ganz richtig ist, wenn Heubner²⁾ angiebt, in den Fällen, wo nach vorausgegangener schwerer Hirnkrankheit Syphilitischer die Section negativ ausgefallen sei, seien keine wohl charakterisirten hemiplegischen Erscheinungen aufgetreten, sondern das klinische Bild habe sich entsprechend dem der Dementia paralytica verhalten.

Mit Rücksicht auf eine derartige Beobachtung ist wohl die Diagnose bei einer frühzeitigen syphilitischen Hemiplegie nur mit einiger Vorsicht auf eine Gefässerkrankung zu stellen, und es müssen noch weitere Sectionsergebnisse abgewartet werden, die freilich nicht gerade

II. Aus der medicinischen Klinik in Heidelberg. Zur Casuistik seltener Formen von Syphilis.

Von
Dr. Franz Ziehl, Assistenzarzt.

(Schluss aus No. 27.)

3. Ein Fall von Gehirnsyphilis im Beginn des secundären Stadiums.

M. M. 25j. ziemlich grosser, mässig gut genährter Mann inficirte sich im Beginn des Jahres 1883. Mitte Mai entwickelten sich breite Condylome am Penis, Scrotum und After, derentwegen er am 6. Juni in der medicinischen Klinik aufgenommen wurde. Therapie, Schmierkur (3,0 pro die) und local Calomel.

Unter dieser Behandlung waren dieselben schon völlig geheilt — es waren bis dahin 20 Inunctionen gemacht worden — als Pat. am 28. Juni Nachmittags plötzlich von klonischen Krämpfen im Biceps brachii und Quadriceps fem. der rechten Seite befallen wurde. Bei einer deswegen sofort vorgenommenen Untersuchung fand sich ausser Parese der unteren Aeste des rechten Facialis, Parese des rechten Hypoglossus und der rechten Hälfte des Gaumensegels. Das Sensorium vollkommen frei, die Sprache

¹⁾ Zambaco, Affections nerveuses syphilitiques. Paris 1862. Obs. LXXIII.

²⁾ Ziemssen, Krankheiten des Nervensystems XI. 1. pag. 275.

häufig sein werden, da ja meist, wie auch in unserm Falle der Ausgang wenigstens in Bezug auf das Leben ein glücklicher ist.

Dass schon ganz früh in der secundären Periode das Gehirn von der Syphilis zuweilen ergriffen wird, ist besonders von Fournier¹⁾ betont worden. Er erwähnt 8 Fälle, die ihm zur Beobachtung kamen, bei denen die Hemiplegie zwischen dem sechsten und neunzehnten Monat nach der Infection aufgetreten war und fügt hinzu, dass sogar Fälle von Hemiplegie schon im vierten Monat nach der Infection beobachtet sein sollen.

Als frühesten Fall von Auftreten der Nervensyphilis finde ich in der mir zugängigen Litteratur eine Beobachtung von Zambaco,²⁾ wo etwa drei Monate nach der Infection nach vorausgegangener heftiger Cephalaea eine rechtsseitige Lähmung des Gesichtes, der Zunge, des Gaumens und des Oculomotorius auftrat. Ausserdem bestand Anästhesie der rechten Zungenhälfte, Hyperästhesie im Gesicht und Verlust des Geruches auf der rechten Seite. Gleichfalls einen Fall von Lähmung des Facialis und der Zunge (nicht wie Lesser³⁾ citirt von Hemiplegie) vier Monate nach der Infection findet sich bei Ljunggren.⁴⁾

Der früheste Fall einer syphilitischen Hemiplegie scheint sich bei Lacharière⁵⁾ zu finden. Der betreffende Pat. hatte sich im August inficirt und erwachte, nachdem einige Wochen sehr heftige Kopfschmerzen, besonders Nachts, vorausgegangen waren, Ende December mit einer rechtsseitigen Hemiparese, die demnach etwa 5 Monate nach der Infection auftrat. Etwas häufiger schon sind Beobachtungen, wo sich die Lähmung ein halbes Jahr nach der Infection entwickelte. Derartige Fälle sind beschrieben von Zambaco,⁶⁾ Ljunggren,⁷⁾ Lacharière.⁸⁾ Von da ab werden die Beobachtungen alsdann viel zahlreicher; ausser bei den erwähnten finden sich Fälle davon bei Engelstedt,⁹⁾ Gros und Lanceraux,¹⁰⁾ bei Chvostek¹¹⁾ u. A.

In dem oben beschriebenen Fall trat die Hemiplegie am 28. Juni auf, nachdem der Pat. sich im Anfang des Jahres inficirt hatte. Sie erschien hier also aussergewöhnlich früh, da seit dem Beginn der Infection noch nicht ganz ein halbes Jahr verflossen war. Somit schliesst sich diese Beobachtung unmittelbar den vorher mitgetheilten von maligner Syphilis der Haut an.

Wie bekannt ist die Erkrankung des Gehirns in einer späteren Periode der Syphilis ganz unabhängig von der Art der vorausgegangenen Erkrankungen der Haut und der Schleimhäute. Sowohl leichten als schweren Formen kann eine syphilitische Erkrankung des Gehirns nachfolgen, während es häufig genug selbst bei ausgedehnten Zerstörungen anderer Theile frei bleibt. Es ist damit nicht anders, wenn das Gehirn zu einer frühen Zeit von der Syphilis ergriffen wird. In unserem Falle waren nur breite Condylome von gewöhnlicher Beschaffenheit vorausgegangen, ja dieselben waren unter einer antisymphilitischen Behandlung bereits völlig geheilt, als die Lähmung plötzlich auftrat. Es ist sogar als die Regel anzusehen, dass einer frühzeitigen syphilitischen Gehirnerkrankung nur leichte secundäre Erkrankungen der Haut und Schleimhaut vorausgegangen sind oder gleichzeitig mit ihr auftreten, nur sehr selten findet sich in den betreffenden Krankengeschichten erwähnt, dass eine schwerere sonst der späteren Periode angehörende Hautaffection bestanden habe, etwas häufiger scheint es zu sein, dass eine solche zugleich mit dem Auftreten der Gehirnerkrankung erscheint oder in kurzer Zeit nachfolgt. Einen derartigen Fall erwähnt z. B. Fournier¹²⁾: bei einem 25jähr. jungen Mann, der seit sechs Monaten syphilitisch war, trat plötzlich eine Hemiplegie auf, zugleich mit einem ausgedehnten Ausbruch von Ecthyma und Rupia. Die Hemiplegie konnte nur auf die Syphilis

bezogen werden. Eine energische spezifische Behandlung besserte in einigen Tagen sowohl die Hemiplegie als den Hautausschlag.

In der grossen Mehrzahl der Fälle sind, wenn in einer späteren Periode eine syphilitische Gehirnerkrankung mit Hemiplegie auftritt, Symptome vorausgegangen, sei es heftiger Kopfschmerz, seien es andere von Fournier sogenannte Congestionerscheinungen wie Schwindel etc., die auf ein Ergriffensein des Gehirns hindeuten. Dies ist nun auch fast immer der Fall, wenn ausnahmsweise das Gehirn sich frühzeitig an der syphilitischen Erkrankung beteiligt. Fast regelmässig sind wenigstens mehr oder weniger heftige Kopfschmerzen kürzere oder längere Zeit vorhanden gewesen. Ein Fehlen derartiger prämonitorischer Symptome ist nach Fournier aussergewöhnlich selten. In dem oben mitgetheilten Fall waren sie vollkommen ausgeblieben, abgesehen von ganz vorübergehenden Parästhesien am vierten Tag vor der Lähmung, und nichts liess an eine Erkrankung des Gehirns denken. Die Lähmung kam daher auch völlig überraschend und sie musste umso mehr überraschen, als der Kranke bereits eine zwanzigtägige Schmierkur von 3,0 gr. Ung. cinereum pro die durchgemacht und dieselbe auf die übrigen Symptome einen durchaus günstigen Einfluss ausgeübt hatte; sie hatte also die syphilitische Erkrankung des Gehirns, mag dieselbe anatomisch welcher Art auch immer gewesen sein, gar nicht beeinflusst und das Auftreten schwerer Gehirnsymptome nicht im mindesten verhindern können. Es ist uns daher auch in hohem Grade unwahrscheinlich, dass an dem schliesslich glücklichen Ausgang die nach der Lähmung eingeleitete noch energischere antisymphilitische Behandlung irgend einen oder wenigstens erheblichen Antheil hätte. Man könnte wohl geneigt sein, denselben auf Rechnung des jetzt ausser der Schmierkur verordneten Jodkalis zu setzen, dem stehen jedoch Beobachtungen entgegen, wo auch das aus anderen Gründen gegebene Jodkali nicht im Stande war, das Auftreten einer Lähmung resp. Hemiplegie zu hindern.

Zwei derartige Beobachtungen finden sich unter andern bei Ljunggren (Beobachtung 2 u. 3). In der einen war im Mai ein indurirter Schanker entstanden, dem im Juli eine Roseola nachfolgte. Unter antisymphilitischer Behandlung (Schmierkur, dann Jodkali und moderirte Kaltwasserkur) heilte dieselbe, sodass trotz mehrerer genauer Untersuchungen keine neuen Symptome gefunden wurden. Ende September jedoch und Anfang October trat empfindlicher Kopfschmerz auf, weswegen noch beständig mit Jodkali fortgefahren wurde. Trotzdem hielt der Kopfschmerz an, Schwindel trat hinzu, sodass der Pat. wie ein Betrunkener taumelte und Ende October entwickelte sich plötzlich eine Facialislähmung. Ganz ähnlich verhielt sich die zweite Beobachtung, und es finden sich davon noch ein Paar Beispiele bei den oben erwähnten Autoren.

Es ist indessen, wie uns scheint, nicht besonders auffallend, wenn die frühzeitigen syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems zuweilen sowohl vom Quecksilber als vom Jodkali ganz unbeeinflusst bleiben und durch dieselben nicht verhindert werden können, wenigstens fehlt es nicht an der Analogie, wenn auch eine Erklärung dafür zur Zeit nicht gegeben werden kann; denn es wurde bereits oben erwähnt, dass, wenn frühzeitig tertiäre Erkrankungen der Haut oder Schleimhaut auftreten, die Behandlung, mag sie nun sein, welche sie wolle, gleichfalls häufig genug nicht den gewünschten Effect hat, oft selbst nicht einmal das Auftreten neuer Erkrankungsheerde verhindern kann.

4. Syphilis unter dem Bilde des acuten Gelenkrheumatismus.

1) S. W. 19j. Dienstmädchen war von Kindheit auf immer schwächlich und kränklich, in den letzten zwei Jahren öfters bleichsüchtig, öftere Mandelentzündungen. Vor acht Tagen erkrankte sie mit Schmerzen im rechten Knie, die besonders bei Bewegungen heftig waren, seit zwei Tagen ist dasselbe etwas angeschwollen, seitdem besteht auch Schwellung und Schmerzhaftigkeit im rechten Fussgelenk.

Bei der Aufnahme bot sich folgender Status: Pat. ist von grazier Statur, Musculatur schwächlich, Panniculus gering. Das linke Knie ist etwas angeschwollen, im Gelenk geringer Erguss nachweisbar. Auf Druck und bei Bewegung ist es empfindlich, so dass Gehen fast unmöglich ist. Dasselbe am rechten Fussgelenk. Die Haut über beiden Gelenken ist heiss anzufühlen. Innere Organe nicht verändert. Beiderseits hypertrophische Tonsillen. Harn ohne Eiweiss. Geringes Fieber. — Ord. Natr. salicylicum.

Am folgenden Tage hatte die Empfindlichkeit des linken Kniegelenkes sich noch erheblich gesteigert, das rechte Fussgelenk wie gestern, ausserdem Anschwellung und Schmerzhaftigkeit des rechten Kniegelenkes. Es stellte sich nun noch heraus, dass an den grossen Labien breite Condylome vorhanden waren; irgend ein Exanthem fand sich nicht vor, dagegen Drüsenschwellung.

Am dritten Tag nach der Aufnahme war trotz des Fortgebrauchs des Natr. salicylicum die Schmerzhaftigkeit der Gelenke dieselbe wie früher, dagegen bestand kein Fieber mehr (Wirkung desselben?). Es wurde

¹⁾ Fournier, Syphilis du cerveau pag. 413 u. Leçons sur la syphilis pag. 808.

²⁾ Zambaco, Affections nerveuses syphilitiques. (Beob. XXIV.)

³⁾ Lesser erwähnt als frühestes Auftreten eines Hirngumma einen Fall von Fournier, der tödtlich verlaufen sei 3 Monate und wenige Tage nach der Infection. Dem liegt indessen offenbar ein Missverständniss von Seiten Lesser's zu Grunde. Der l. c. von Fournier erwähnte Fall soll nur ein Beispiel von schneller als gewöhnlich (1—2 Jahr) tödtlich verlaufender Hirnsyphilis sein; denn nach der Krankengeschichte erlitt der Pat. am 5. Dec. eine Lähmung des Oculomotorius und starb am 6. März. Die Bemerkung „Durée totale trois mois et quelques jours“ bezieht sich demnach nur auf die Dauer der Hirnsyphilis nicht die der Syphilis überhaupt.

⁴⁾ Archiv für Dermatologie Bd. II. pag. 155.

⁵⁾ Lacharière, Des Paralysies syphilitiques. Beob. VIII.

⁶⁾ l. c. Beob. XXIX.

⁷⁾ l. c. Fall 2 und 4.

⁸⁾ l. c. Fall 5.

⁹⁾ Die constit. Syphilis pag. 51 und 136.

¹⁰⁾ Gros und Lanceraux, Des paralysies syphilitiques. Obs. 137.

¹¹⁾ Chvostek, Beobachtungen über Hirnsyphilis, Vierteljahrsschrift für Derm. und Syph. 1882 pag. 221 (Fall 12).

¹²⁾ Fournier, Leçons sur la syphilis pag. 808.

nun eine antisypilitische Behandlung mit Jodkali (3,0 pro die) eingeleitet.

Unter dessen Gebrauch besserte sich die Gelenkaffection schnell, wegen der Condylome wurde bald eine Schmierkur nebst örtlicher Anwendung von Calomel hinzugefügt. Letztere heilten jedoch so langsam, dass Pat. erst nach achtwöchentlicher Behandlung entlassen werden konnte, nachdem längst jede Spur der Gelenkaffection verschwunden war.

2) M. H. 23 j. Dienstmädchen, kam in die Ambulanz der medic. Klinik, weil sie seit zwei Tagen heftige Schmerzen im linken Schulter- und rechten Kniegelenk spürte. Ausser der Schmerzhaftigkeit auf Druck und bei Bewegungsversuchen liess sich an den Gelenken nichts Abnormes nachweisen T. 38,5.

Da sie nicht im Spital bleiben wollte, wurde ihr Natr. salicyl. 0,5 zweistündlich verordnet bis zum Nachlass der Schmerzen.

Nach zwei Tagen stellte sie sich wieder vor, ohne dass irgend eine Besserung eingetreten wäre, vielmehr war jetzt auch das linke Ellbogengelenk ergriffen. Bei der Untersuchung und Vergleichung beider Ellbogengelenke fiel die erhebliche Anschwellung der beiderseitigen Cubitaldrüsen auf. Da auch die übrigen oberflächlichen Lymphdrüsen Anschwellung zeigten, wurde der Verdacht auf Syphilis rege, der auch durch eine Untersuchung der Genitalien alsbald bestätigt wurde, da sich an den grossen Labien breite Condylome fanden. Ein Exanthem bestand nicht.

Pat. wurde nunmehr in das Spital aufgenommen. Der Gebrauch von Jodkali und gleichzeitige Schmierkur beseitigten die Gelenkaffection sehr bald.

Es ist schon öfters darauf hingewiesen, u. a. z. B. von Bäumler, dass zur Zeit des Eruptionsfiebers Gelenkschmerzen mit serösem Erguss in das Gelenk und mit entzündlichen Erscheinungen nicht so ganz selten sind, und dass das Krankheitsbild dann dem eines acuten Gelenkrheumatismus täuschend ähnlich werden könne. Das Vorhandensein eines syphilitischen Exanthems führt in solchen Fällen leicht zur richtigen Diagnose. Wenn dasselbe aber fehlt, so ist ein Irrthum bei der vollkommenen Gleichheit der Krankheitsbilder ausserordentlich leicht. Die Diagnose wurde daher auch in unseren beiden Fällen anfangs verfehlt, und erst der Zufall führte auf die richtige Fährte. Eine Untersuchung der Genitalien, die leicht den Irrthum würde haben vermeiden lassen, wurde natürlich nicht vorgenommen, da nichts auf eine Erkrankung derselben hindentete. Im ersten Fall hatte die Patientin die Affection an den Genitalien verschwiegen, im zweiten war sich dieselbe überhaupt nicht bewusst, an den Genitalien erkrankt zu sein.

Unmittelbare Folge der falschen Diagnose war naturgemäss eine unrichtige Therapie, und es ist natürlich nicht wunderbar, wenn das Natron salicylicum in beiden Fällen nicht die geringste Besserung der Gelenkaffection herbeiführte, während sie unter antisypilitischer Behandlung rasch nachliess.

Letzteres ist auch wohl ein Beweis dafür, dass es sich wirklich um eine syphilitische Gelenkerkrankung gehandelt habe und nicht um zufällige Complication des gewöhnlichen acuten Gelenkrheumatismus mit Syphilis. Für beide Fälle möchten wir die an den grossen Labien vorhandenen Condylome als Primäraffect deuten und annehmen, dass die fieberhafte Gelenkerkrankung und die Drüsenanschwellung als Symptome der beginnenden Allgemeinfektion des Körpers aufzufassen seien. Wir zweifeln daher auch nicht, dass bald eine Roseola oder ein anderes Syphilid aufgetreten sein würde, falls nicht eine antisypilitische Behandlung sofort nach der Richtigstellung der Diagnose eingeleitet worden wäre.

In ähnlichen Fällen ohne Exanthem dürfte wohl am meisten das Bestehen allgemeiner Drüsenanschwellung geeignet sein, Verdacht auf Syphilis zu erregen, und wäre an letztere besonders auch dann zu denken, wenn der Gebrauch von Salicylsäure ganz erfolglos bleiben würde. Besonders wegen der Therapie ist ja eine möglichst frühzeitige Diagnose zu wünschen. In den Handbüchern ist bei der Besprechung der Diagnose des acuten Gelenkrheumatismus die Verwechslung mit syphilitischen Gelenkleiden zum Theil gänzlich übergangen, obgleich die Differentialdiagnose bei der ausserordentlichen Aehnlichkeit der beiden Krankheitsbilder und der gänzlichen Verschiedenheit der Therapie doch nicht ohne Bedeutung ist.

Nach Duffin und Bäumler ist ein constantes und ausserordentlich wichtiges Zeichen für die syphilitische Natur solcher Gelenkaffectionen der stark remittirende Fieververlauf. Für die beiden obigen Fälle können wir darüber nichts angeben, da beide sofort behandelt wurden.

Nach Fournier¹⁾ unterscheiden sich beide Krankheitsbilder dadurch, dass die Schmerzen bei der syphilitischen Gelenkentzündung geringer sind als bei dem acuten Gelenkrheumatismus, dass in den meisten Fällen kein Erguss nachweisbar ist, auch die Haut gesund bleiben und nie oder fast nie geröthet sein und endlich jede Allgemeinstörung fehlen soll, ausgenommen seltene Fälle, wo die Entzündung etwas intensiver ist oder bei nervösen, leicht erregbaren Frauen. Ausserdem sollen nur Knie-, Fuss- und Handgelenk ergriffen werden.

¹⁾ Fournier, Leçons sur la Syphilis.

Letzteres ist entschieden unrichtig. Wenn auch in unserem ersten Fall die Localisation mit der von Fournier angegebenen stimmt, so war sie doch im zweiten davon ganz verschieden, auch widerlegt Fournier sich selbst, wenn er l. c. pag. 701 die Geschichte einer Frau erzählt, die von einer subacuten syphilitischen Gelenkentzündung befallen wurde, bei der die Kniee, ein Ellbogen- und das Kiefergelenk erkrankt waren. Doch soll damit nicht bezweifelt werden, dass die von Fournier angegebenen Gelenke viel häufiger erkranken mögen als andere. Freilich werden die nämlichen Gelenke auch am meisten beim gewöhnlichen acuten Gelenkrheumatismus erkrankt gefunden.