DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung des deutschen Medicinalwesens nach amtlichen Mittheilungen, der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Begründet von Dr. Paul Börner.

XXVI. Jahrgang.

Redaction: Geh. Med.-Rath Prof. Dr. A. Eulenburg und Dr. J. Schwalbe, Berlin. — Verlag: Georg Thieme, Leipzig.

Lichtensteinallee 3.

Am Karlsbad 5.

Seeburgstr. 53.

INHALT.

I. Zwei Fälle von syphilitischen Primäraffecten mit abnormem Sitz, bezw. Verlauf. Von Geh. Med.-Rath Prof. Dr. H. Köbner in Berlin. S. 221.

II. *Aus dem Laboratorium der I. medicinischen Universitätsklinik in Berlin:* Zur Serodiagnose der Tuberkulose. Von Dr. E. Bendix, Vol.-Assistenten. S. 224.

III. *Aus dem Stadtlazareth am Olivaer Thor in Danzig:* Zwei praktisch wichtige Fälle von Hysterie. Von Dr. E. Fuerst, Ass.-Arzt. S. 225.

IV. Die Syphilis der Zungentonsille nebst Bemerkungen über ihr Verhältniss zur glatten Atrophie der Zungenbalgdrüsen. Von Dr. W. Lublinski in Berlin. S. 227.

V. *Aus dem Institut für Infektionskrankheiten in Berlin:* Beitrag zur Frage der Agglutination der rothen Blutkörperchen. Von Dr. G. M. Malkoff in St. Petersburg. S. 229.

VI. Zur Behandlung der Gebärmutterblutungen. (Schluss.) Von Dr. H. Ostermann in Hamburg. S. 231.

Auswärtige Correspondenzen: Brief aus Belgien. Von Prof. Dr. Bayer in Brüssel. S. 234.

Tropenhygiene: E. Odriozola, Carrion'sche Krankheit. Ref. San.-Rath Dr. Scheube (Greiz). S. 235.

Militärsanitätswesen: Sanitätsbericht über die Königlich Preussische Armee, das XII. (Königlich Sächsische) und das XIII. (Königlich Württembergische) Armeecorps. Ref. Ober-Stabsarzt Prof. Dr. A. Köhler (Berlin). S. 235.

Mittheilungen über Congresses. S. 236.

Kleine Mittheilungen. S. 236.

I. Zwei Fälle von syphilitischen Primäraffecten mit abnormem Sitz, bezw. Verlauf.

Zugleich ein Beitrag

zur Prophylaxe der Syphilisübertragung durch Eheschliessung.

Von Prof. Heinrich Köbner in Berlin.

I. Syphilitischer Primäraffect am Oberschenkel; ungewöhnlicher Verlauf der Folgeerscheinungen. Fehldiagnose.

Bei den auch in der deutschen medicinischen Litteratur ungefähr des letzten Jahrzehntes gehäuft Publikationen über extragenitale Syphilisinfectionen und bei den äusserst fleissigen Zusammenstellungen der einschlägigen Litteratur fast aller Culturvölker, welche, von anderen zu schweigen, am umfassendsten Duncan Bulkley¹⁾ und später A. Fournier²⁾ geliefert haben, bedarf es beinahe einer Rechtfertigung, einschlägige Beobachtungen heut zu Tage noch der Öffentlichkeit zu übergeben. Indess sind einerseits diese vortrefflichen Monographien sowie selbst kleinere, spätere statistische Ergänzungen derselben in Journalartikeln³⁾ viel zu wenig der Allgemeinheit der Collegen bekannt geworden. Andererseits liegen in dem seltenen Sitz und dem ebenso abnormen Verlauf eines vor einigen Jahren von mir beobachteten Falles, welcher wahrscheinlich wegen dieser beiden Umstände zu einer falschen Diagnose und trotz meiner Warnung zum verhängnissvollen Eingehen einer Ehe Anlass gegeben hat, Gründe genug, meinen einstigen 13. von Bulkley⁴⁾ sorgfältig aus meinen „Klinischen und experimentellen Mittheilungen aus der Dermato- und Syphilidologie“ (Erlangen 1864) und meiner Arbeit: „Die Uebertragung der Syphilis durch die Vaccination“ (Archiv für Dermatologie und Syphilis 1871) extrahirten Beobachtungen von sehr mannichfachen extragenitalen Infectionen von Erwachsenen und Kindern gerade die nachstehende folgen zu lassen. Dieselbe reiht sich speziell bezüglich der Uebertragungsart an zwei meiner Fälle aus den Jahren 1862 und 1863 an, an welche ich durch das Citat derselben seitens Bulkley's und Fournier's (l. c. S. 309) erinnert werde.

¹⁾ L. Duncan Bulkley, Syphilis in the Innocent (Syphilis infantum). New-York 1894.

²⁾ A. Fournier, Les chancres extra-génitaux. Paris 1897.

³⁾ C. Berliner, Monatshefte für praktische Dermatologie Bd. XX, S. 376 u. ff. — Münchheimer, Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. XL, S. 191 u. ff.

⁴⁾ Bulkley in dem Abschnitte: Analytical Bibliography.

Am 31. Mai 189. consultirte mich ein 27jähriger, kräftiger und gesund aussehender Mann wegen eines scharf umschriebenen, scheibenförmigen, leicht erhabenen, bläulich verfärbten und hart anzufühlenden, mehr als markstückgrossen Infiltrates der Haut an der Vorderseite des rechten Oberschenkels, an der Grenze seines oberen Drittels. In der Mitte der harten Scheibe war eine noch nicht völlig geschlossene, längliche Narbe sichtbar. Oben an diesem Schenkel ein aus harten, indolenten, bis wallnussgrossen Femoral- und Inguinaldrüsen zusammengesetztes Packet. Die Cervicaldrüsen beiderseits etwas vergrössert zu palpieren.

Obwohl schon dieser Befund für meine Diagnose einer syphilitischen Initialsklerose mit der obligaten Polyadenitis genügte, hörte ich mir von dem bereits verlobten und die Möglichkeit jeder sexuellen Infection leugnenden Patienten die Anamnese an, wonach die Affection vor zwei Monaten (Ende März) mit einem Furunkel begonnen und von seinem damaligen Arzte zuerst mit Ruhstellung des Beins und Eisblase behandelt, kurz darauf aber incidirt worden sei. „Das oberflächlich eiternde Hautinfiltrat habe sich erst unter achttägiger Einwirkung von Jodsalbe gesenkt“ und sei seitdem mit einem Pflaster bedeckt worden. Vor etwa fünf Tagen stellten sich heftige Kopfschmerzen und über dem rechten Scheitelbein eine ihm durch den Druck des Hutes zuerst als schmerzhaft aufgefallene „Beule“ ein. In der That fand ich eine kleine, halbkugelförmige, auf Druck höchst schmerzhaft, noch elastisch-weiche Periostose des rechten Os parietale. Kein Exanthem.

Gegenüber meiner, auf Bitten des ihn begleitenden künftigen Schwiegervaters und eines verwandten jungen Arztes nun mit Bestimmtheit ausgesprochenen Diagnose erhoben alle drei Widerspruch, und als sie trotzdem nach 14 Tagen wiederkamen und sich mir derselbe Befund darbot, nur mit dem belanglosen Unterschiede, dass die Schnittlinie an der Femoralsklerose nun völlig verheilt und die Inguinaldrüsen ein wenig kleiner waren, begründeten sie ihre verschiedenen Einwände mit dem inzwischen eingeholten Gutachten eines vierten Arztes, eines hervorragenden Chirurgen, welcher die Diagnose auf Syphilis schon deshalb für unmöglich erklärt habe, weil „ein tertiäres Symptom, als welches man doch die Beule am Kopfe unbedingt auffassen müsste, unmöglich mit einem Primäraffect zusammenreffen könne. Er halte alle drei Läsionen für skrophulös, rathe eine Soolbadekur an und ermunterte den auf den Abschluss der Ehe noch mehr als der Patient selbst drängenden Schwiegervater durchaus hierzu.“ Mit meiner nochmaligen Warnung vor derselben schied diese Gruppe von mir, und erst einige Jahre später erfuhr ich von meinem einstigen Zuhörer, Dr. X., welcher nicht genannt sein

will und welcher auch, aber ohne dass es mir gesagt worden war, Tags zuvor die richtige Diagnose gestellt und die Ungläubigen an mich gewiesen hatte, das wesentliche über den späteren Verlauf.

Nach vierwöchentlicher Soolbadkur, am 30. Juli, constatirte derselbe laut seinen mir übergebenen Notizen ausser den vielleicht etwas kleiner gewordenen, aber sehr harten Inguinal- und Cervicaldrüsen nun auch Cubitaldrüsenanschwellungen; auf dem behaarten Kopfe acht zerstreut stehende, linsengrosse, braunrothe Papeln; zwei kleine nässende Papeln an der unteren Fläche des Penis, am Anus und eine Plaque an der rechten Tonsille. Von alledem hatte der Patient selbst nichts bemerkt. Erst am 3. August fand Dr. X. ein sehr spärliches maculo-papulöses Exanthem an der Vorderfläche des Rumpfes, nach dessen, sowie jener Papeln ziemlich raschem Schwinden während einer Sublimatspritze vom 5. August bis 8. September, am 19. December noch eine Papel ad anum, sonst aber kein sichtbares Recidiv auftrat, während die Lymphdrüsen unverändert, bezw. vergrössert blieben und im Januar zu 30, vom 20. Februar bis 10. März zu noch 15 Inunctionen à 3,0 Veranlassung gaben.

Patient heirathete Ende März, erschien erst Ende November bei Dr. X. wieder, und zwar symptomfrei, und berichtete, seine Frau sei im siebenten Monat schwanger. Am 21. December Geburt eines „gesunden“ Jungen, welcher nach einigen Wochen, während er von der Mutter gesäugt wurde, gleich dieser manifeste Syphilis-symptome darbot, kachektisch wurde und Anfangs März starb.

Der im Juli von Dr. X. zum letzten Mal wiedergesehene Patient hatte wiederum ein klein-papulöses Syphilid.

Obwohl ich selbst unter ungefähr 200 extragenitalen Primäraffecten noch niemals einen am Oberschenkel gesehen hatte, konnte mir doch bei der Untersuchung dieses Patienten schon aus den angeführten objektiven Merkmalen dieses Krankheitsheerdes selbst kein Zweifel über dessen Natur aufkommen.

Dass zunächst dieser Sitz überhaupt zu den seltensten unter den extragenitalen syphilitischen Initialaffekten gehört, erhellt aus verschiedenen Statistiken derselben, z. B. von Gay (Kasan), welcher unter 118 solchen nur 4 an den Schenkeln, von Fournier, welcher unter insgesamt 642 extragenitalen¹⁾ aus seiner Privatclientel nur 5 an den unteren Extremitäten und zwar 4 am Ober- und 1 am Unterschenkel beobachtete, welchen allerdings in der Summe der von verschiedenen Assistenten aus seiner Hospitalklinik publicirten, insgesamt 481 Fälle (S. 10) 10 an der unteren Extremität²⁾, und zwar 7 am Ober-, 3 am Unterschenkel gegenüberstehen. Salsotto³⁾ beobachtete unter 201 extragenitalen Schankern aus seiner Clientel und aus dem Syphilocomium in Turin nur einen am Oberschenkel, während Giovannini⁴⁾ schon unter 32 in seiner Privatpraxis in Bologna gesehenen extragenitalen 2 an den Oberschenkeln fand.

Wem aber die Diagnose durch die blossen Charaktere einer freilich exuberant entwickelten Sklerose noch nicht genügend gesichert erschienen wäre, den musste die enorme Grösse und Qualität des Lymphdrüsenpaketes in der Schenkelbeuge vollends auf jene leiten. In dieser Beziehung sowohl, als namentlich in Bezug auf die Art der Uebertragung kann ich hier nur einige Sätze aus meinen „Klinischen und experimentellen Mittheilungen“ (S. 63 u. ff.) wiederholen, welche ich als Stütze für den extragenitalen, resp. den Inficirten unbewussten Ursprung eines forensisch gewordenen Falles von Familiensyphilis, ausgehend von einer Dienstmagd, aufgestellt und durch einige hierher gehörige,

¹⁾ Fournier l. c., p. 9 führt in dieser seiner ersten Tabelle, welche sämtliche Körperregionen umfasst, sogar nur vier Fälle an den Beinen auf, während in einer späteren, mit Weglassung des allein schon ³/₄ sämtlicher Fälle aufweisenden Kopfes nur den Hals, Stamm und die Extremitäten mit 110 Fällen umfassenden Tabelle (S. 278) gegenüber 57 an der oberen Extremität — wovon freilich allein auf die Hände 46 (vorwiegend bei Aerzten) entfallen — fünf an der unteren (4 am Ober-, 1 am Unterschenkel) aufgeführt sind.

²⁾ Angesichts dieser viel mehr als das Doppelte betragenden Differenz in der Procentziffer der aus der Privatpraxis (0,79%) und aus dem Hospital (2,08%) stammenden Beobachtungen eines und desselben Autors erscheinen mir die aus der gesammten Journallitteratur je eines Landes oder einiger, nur durch gemeinsame Sprache oder Rasse oder gar nur geographische Nachbarschaft zusammengefasster Länder addirten Frequenz-ziffern der Lokalisation, wie sie Münchheimer als Nachlese hinter Bulkley's „Lokalisationstabelle“ zusammengestellt hat, von geringem Werthe. Dazu sind die diagnostischen Kenntnisse schon in jedem einzelnen Lande, geschweige in den verschiedenen Ländern viel zu ungleich, und ebenso ungleich ist die Neigung zur Publication solcher Fälle, selbst wenn sie — oft genug erst nachträglich — richtig erkannt worden sind.

³⁾ Salsotto, Sifilomi extragenitali ed epidemie di sifilide. Turin 1892.

⁴⁾ Giovannini, Contrib. alla statistica dei sifilomi iniziali extragenitali. Lo Sperimentale 1889, No. 9.

wie bemerkt, von Bulkley und Fournier als Paradigmen citirte Beobachtungen weiter illustriert habe. Ich hob dort hervor, dass „die Reihenfolge der Anschwellung und Induration der peripheren Lymphdrüsen für die Ergründung des Infectionsortes ein sehr schätzbarer Fingerzeig ist. . . Natürlich wird, je längere Zeit seit der Infection verstrichen ist, das objective Urtheil über den Ausgangspunkt derselben, soweit es sich auf die Lymphdrüsen stützen kann, immer schwerer, da eben, an welchem Körpertheile auch immer die Infection stattgefunden haben mag, nach den zunächst-gelegenen allmählich alle Lymphdrüsen erkranken. — Trotzdem wird, wenn man in den ersten 2½ bis allenfalls 4 Monaten nach der Infection gerufen wird und keine mercurielle Behandlung (wie fast niemals in solchen, in der Regel ganz ohne Wissen der Kranken erfolgten Infectionsfällen) stattgefunden hat, die Entscheidung über den Heerd derselben auf Grund der zuerst und am stärksten erkrankten Lymphdrüsen, da wo ein Streit vorliegt oder wo man Reste eines Primäraffectes nicht constatiren kann, nahe gerückt, was insofern werthvoll ist, als man durch Ermittlung eines aussergewöhnlichen Infectionsortes Krankheitserscheinungen des Individuums selbst, welches sich oft nicht inficirt glaubt, richtig deutet und behandelt, sowie dem ansteckenden Individuum oder Gegenstände auf die Spur zu kommen sucht. So war es auch bei einer Hebamme, welche, seit zwei Monaten von einem papulösen Syphilid überschüttet, die linken Epitrochleardrüsen am stärksten von allen vergrössert und verhärtet zeigte und an deren linkem Zeigefinger sich eine stark indurirte Narbe vorfand (entstanden durch Entbindung einer an Condylomata lata genitalium leidenden Frau); so mit den Achseldrüsen eines von einem Wundarzt an einfachem Furunkel der linken Achselhöhle behandelten Kranken, der 2—3 Wochen nach dessen Vernarbung unerwartet von einer Roseola befallen wurde und an den Genitalien nichts, bei genauer Untersuchung der Achselhöhle aber ausgeprägte Induration der Narbe und Polyadenitis axillaris zeigte. Bei Ueberlegung aller Umstände musste man den alleinigen Verdacht auf die Abscesslanzette, welche den Furunkel geöffnet hatte, richten, da diese sonst und, wie sich herausstellte, noch an demselben Tage zur Eröffnung von Bubonen gedient hatte. Der Verdacht erhob sich mir zur Gewissheit, als kurz darauf ein ebenda wegen Epididymitis gonorrhoeica cum Hydrocele acuta mit Scarificationen der Tunica vaginalis testis behandelter Kranker wegen eines stark eiternden, 4''' tiefen Ulcus induratum scroti¹⁾ an der einen Scarificationsstelle und Polyadenitis inguinalis dextra erschien, welchem gleichfalls constitutionelle Syphilis folgte.“

Dass die nun vorliegende Sklerose am Oberschenkel ebenso, also gleichfalls durch mittelbare Ansteckung durch die einen Furunkel incidirende Lanzette²⁾, und nicht, wie in zwei der Fälle Fournier's (l. c. S. 285) durch unmittelbare Infection der Oberschenkelhaut von Männern seitens einer, mit secernirenden Plaques muqueuses bedeckten Vulva entstanden war, sowie ferner, dass auch nicht etwa eine, bei extragenitalen Schankern namentlich an Theilen des Kopfes, z. B. den Lippen, vorgekommene diagnostische Verwechslung einer gleich ursprünglichen Sklerose mit einem Furunkel anzunehmen war, dafür sprach die acut ent-

¹⁾ Diese zweite Beobachtung citirt Fournier in seinem genannten Buche, S. 309, unrichtig („als einen durch Incision eines Furunkels der Nates mit einer Lanzette entstandenen syphilitischen Schanker“) und zeigt damit, dass er beide Fälle nicht aus meinem Original, sondern aus Bulkley's Abschnitt: Analytical Bibliography S. 353 u. ff. entlehnt hat, worin beide richtig extrahirt sind, während eine unmittelbar vorher citirte Beobachtung von Homolle: „nach Incision eines Furunkels der Hinterbacke“ von Fournier mit meiner zweiten verwechselt worden ist. Daher folgt bei Fournier auch ein gleichartiger Fall von Lang (Schanker nach Incision eines Furunkels an der Stirn), trotzdem er nach der von Fournier sonst befolgten topographischen Eintheilung nicht in dieses Kapitel gehört, genau nach der alphabetischen Reihenfolge bei Bulkley, der alle diese Citate unter der Ueberschrift: „Infection in scarification and other minor operations“ vereinigt hat.

²⁾ Als Seitenstück hierzu möchte ich einen von C. Pellizzari (Della trasmissione accidentale della sifilide studio pratico. Giornale italiano delle malattie veneree 1892) erwähnten Fall von Del Greco anführen, in welchem auf ein wegen spastischer Spinalparalyse an der unteren Extremität elektrisirtes Kind durch den Elektrisirungspinsel ein syphilitischer Primäraffect am Unterschenkel übertragen wurde, welcher, Anfangs für eine trophoneurotische Complication gehalten, erst nach Ausbruch der allgemeinen Syphilis erkannt wurde.

zündliche Entstehung und Schmerzhaftigkeit, welche zur Ruhestellung des Beins und zur Verordnung der Eisblase aufgefordert hatten, sowie die oberflächliche und feine, centrale Incisionsnarbe. Auch um ein etwaiges Autoinfections- oder sogenanntes Abklatschgeschwür konnte es sich nicht gehandelt haben, da die Genitalien des Patienten völlig intact und auch frei von etwa voraufgegangenen Läsionen waren.

Irreführender aber für den an Ricord's Doctrin von der nothwendigen chronologischen Reihenfolge der tertiären hinter den secundären Symptomen noch so wie viele andere fest glaubenden Chirurgen und thatsächlich immerhin eine selteneres Vorkommnis neben der noch bestehenden primären Sklerose war die frische Periostose am Os parietale, „deren Existenz schon allein“, wie er bemerkte, „ihn die syphilitische Natur des derben Hautinfiltrates am Oberschenkel mit Sicherheit in Abrede stellen und zur Eheschliessung zureden liess.“ Auch ein jüngerer Syphilidologe, welcher um die Mitte und bald nach Schluss der Soolbadekur befragt worden war, hatte laut dem Berichte von Dr. X. an diesem von ihm für unmöglich gehaltenen Nebeneinanderbestehen Anstoss genommen und den Heirathscensens dem heimreisenden Kranken mit auf den Weg gegeben, „man müsste denn in den Läsionen am Schenkel sowie am Schädel tertiär-syphilitische erblicken, wozu ja die Zeit von zwei Monaten noch lange nicht ausreichend gewesen sei.“

Dass diese strenge Scheidung zwischen dem Auftreten der Symptome der secundären und tertiären Periode, zu welchen letzteren immer noch jede Periostitis von manchem gezählt wird, resp. das Festhalten an der typischen Reihenfolge der verschiedenen Organerkrankungen bei Syphilis längst widerlegt ist, besonders bei uns in Deutschland, sollte längst bekannt sein. Ich selbst habe wiederholt, wenn auch im ganzen selten, gleichzeitig oder kurze Zeit vor der ersten Syphiliseruption auf der Haut oder den Schleimhäuten circumscripte Periostitis an oberflächlich liegenden Knochen, wie am Os frontis, Os parietale, Clavicula, Sternum, Ulna beobachtet, und Suchanek¹⁾ führte bereits 1854 Erkrankungen von Knochen und Periost unter den ersten Symptomen der allgemeinen Durchseuchung auf; nach seiner Statistik aus Professor Waller's Klinik verhielt sich „die Häufigkeit des Ausbruchs während des (primären) Geschwürsverlaufes bei Haut-, Schleimhaut- und Knochensyphilis wie 18:12:7“²⁾.

Freilich liegt in der überwiegenden Mehrzahl aller dieser Fälle nur einfache, auch irritativ genannte Periostitis vor.

Ein jüngerer Autor, Th. la Bachelier,³⁾ meinte, — während wir den Sitz der Entzündung, resp. ihrer Producte an der Innenfläche des Periosts anzutreffen gewohnt sind, — „dass hier hauptsächlich die äussere, oberflächliche Schicht desselben erkrankte und dass diese „externe Periostitis“ sich sehr schnell entwickele, kurze Zeit dauere und viel häufiger, als man allgemein annimmt, bald nach der Infection auftrete.“

Wie an allen Organen, so treten eben auch an den Knochen, bezw. an dem Periost in der Frühperiode der Syphilis der grossen Regel nach leichtere und erst in der späteren Zeit die schwereren Erkrankungen auf. In einem Falle jedoch hat Soloweitschik⁴⁾ sogar verbreitete gummöse Ostitis der Schädelknochen schon drei Monate nach der Infection beobachtet, und Védrenes⁵⁾ sah bei einem Soldaten gar schon zwei Monate nach dem angeblichen Auftreten des Primäraffektes beginnende Nekrose des Os frontis neben anderen Allgemeinsymptomen.

Das Fehlen der letzteren am Ende des zweiten Monats, welches, wie bemerkt, sicherlich neben dem ganz ungewöhnlichen Sitz des Initialaffektes in unserem Falle zur völligen Verkenntung

der Natur sowohl dieses als der Periostitis des Os parietale seitens mehrerer sehr erfahrener Collegen Anlass gegeben hatte, lässt sich nun eben wegen der relativen Kürze der Zeit nach dem Auftreten des Furunkels nicht etwa aus dem Uebersehen einer schon verschwundenen Roseola erklären. Wurde dieselbe doch noch 14 Tage und 4 Wochen später von dem während und nach der Badekur untersuchenden Syphilidologen vermisst und erst am 3. August von Dr. X. in sehr spärlicher Ausbreitung gesehen, nachdem derselbe fünf Tage vorher, am Ende des vierten Monats, die wenigen Papeln an der Kopfhaut, am Penis, Anus und an einer Tonsille (deren Entstehung wir allenfalls 10 bis 14 Tage zurückdatiren mögen) constatirt hatte!

Man könnte nun vielleicht meinen, dass dieser in doppelter Beziehung abnorme Verlauf, diese völlige Umkehr der Reihenfolge und des Termins der allgemeinen Infectionsercheinungen: der sehr verspätete Ausbruch des ersten Syphilides zwischen der Mitte und dem Ende des vierten Monats, und namentlich das sehr verfrühte und obendrein isolirte Auftreten der Periostitis gegen das Ende des zweiten Monats ursächlich auf die extragenitale Eingangspforte des Virus zu beziehen sei.

Dagegen sprechen aber zunächst in letzterer Hinsicht analoge Beobachtungen, wie die beispielsweise oben erwähnten von anderen Autoren und von mir selbst, in welchen es sich um Fälle gewöhnlicher genitaler Infection handelte.

Sodann bedingt ein extragenitaler Sitz der Infection weder eine derartige abnorme Umkehr im Auftreten der constitutionellen Symptome, noch insbesondere verfrühte Periosterkrankung, ebensowenig wie ihm an und für sich und an grossen Beobachtungsreihen beurtheilt, wie ich mit Fournier übereinstimmend erklären kann, eine ungewöhnliche prognostische Malignität zukommt. Nur nach der primären Infection des Pharynx, insbesondere der äusserst seltenen der hinteren Pharynxwand habe ich¹⁾ auf die „Akuität des Verlaufes, die stürmisch sich einstellenden, sonst erst einer späteren Epoche der Syphilis angehörigen Symptome bei grosser allgemeiner Schwäche und Hinfälligkeit“ aufmerksam gemacht und „diese Schwere der Erscheinungen, diese raschere Durchseuchung des ganzen Körpers durch das heftige Fieber, welches dem syphilitischen Infectionsgeschwür daselbst bald und wiederholt zu folgen pflegt“ und welches wir heut zu Tage auf eine im Pharynx so leicht mögliche Mischinfection beziehen, zu erklären gesucht.

Von einem derartigen, durch einen so aussergewöhnlichen Symptomencomplex als deutlicher Complication der syphilitischen Infection charakterisirten Verlauf hatte der gegenwärtige Patient nach seiner Angabe auch nach der Incision des Furunkels nichts verspürt, wie ja auch der spätere Verlauf der Lues an ihm selbst, soweit ihn Dr. X. während reichlich zwei Jahren zeitweise verfolgen konnte, durchaus kein maligner war. Da sich in dieser ganzen Zeit so wenig, wie in der Jugend des Kranken irgend welche deutlichen Symptome von Skrophulose kundgaben, derselbe auch nicht den Eindruck eines Potators machte und da vor allem der Periostitis kein Trauma des Kopfes vorangegangen sein sollte,

¹⁾ Deutsche Klinik (herausgegeben von Götschen) 1863, No. 49 und Klinische und experimentelle Mittheilungen, S. 54 und 62. Gelegentlich jener meiner ersten Beobachtung habe ich auf die erste Publication eines ebenso stürmisch und schwer verlaufenen Falles (sogenannter galloppirender Syphilis) von Pharynxinfection durch den Tubenkatheter seitens Edouard Fournié's (Gaz. des hôpit. 1863) hingewiesen, und nach verschiedenen französischen Autoren, deren ebenso Inficirte sämmtlich von demselben Pariser Ohrenarzte katheterisirt worden waren, hat Burow (Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1885, No. 5) mehrere analog verlaufene, gleichfalls von einem und demselben Ohrenarzte in Königsberg behandelte Fälle hinzugefügt, deren primäre Geschwüre am Arcus pharyngopalatinus und den angrenzenden Stellen der hinteren Rachenwand sassen. Von den 63 von Bulkley gesammelten und von Hopmann („Syphilis des Rachens und des Nasenrachenraums“ in dem Handbuch der Laryngo- und Rhinologie, herausgegeben von Paul Heymann 1898) aus der Litteratur ergänzten Fällen, in welchen der Schlund oder der Nasenrachenraum primär inficirt und die Schanker meistens an der Plica salpingopharyngea, der hinteren Fläche des Velum oder in der Nähe der Tuben, am seltensten nur an der hinteren Rachenwand gesehen wurden, entfielen 54 auf Infectionen durch den Tubenkatheter, und davon kamen die meisten in so vorgerückten Stadien zur Beobachtung und „zeigten vielfach eine so heftige und schnelle Entwicklung, dass die Unterscheidung zwischen primärem, secundärem und tertiärem Stadium verloren ging; in einzelnen dieser Fälle trat Periostitis und destructive Ulceration nebst Perforation fast von Beginn an auf.“ (Bulkley S. 192.)

¹⁾ Suchanek, Ueber Knochensyphilis. Prager Vierteljahrsschrift für die praktische Heilkunde 1854, Bd. I, S. 48 u. ff. Jedoch fasst Suchanek unter dieser Bezeichnung objectiv wahrnehmbare Exsudate an den Kopfknochen und osteokope Schmerzen in diesen und in den Schulterknochen (im Verhältniss von 2:5) zusammen.

²⁾ Auch Eduard Lang (Vorlesungen über Syphilis, zweite Hälfte, S. 362) sagt, dass, „wenn auch meistentheils an Haut- und Schleimhäuten syphilitische Symptome zuerst wahrgenommen werden, die unbefangene klinische Erfahrung doch lehre, dass syphilitische Knochenleiden mitunter die constitutionellen Krankheitserscheinungen einleiten.“

³⁾ La Bachelier, Contribution à l'étude de la périostite syphil. Thèse. Paris 1881.

⁴⁾ Soloweitschik, Beitrag zur Lehre von den syphilitischen Schädelaffectionen. Archiv für pathologische Anatomie Bd. XLVIII.

⁵⁾ Recueil et mém. de médec. 1868.

bleibt uns der Grund für die Anomalien des Verlaufes, wie nicht selten, unbekannt.¹⁾

II. Constitutionelle Syphilis nach nicht indurirten Primärgeschwüren. Vorzeitige Verlobung.

Wenn ich dem vorstehenden Falle einen anderen kurz und nur anhangsweise folgen lasse, welcher an und für sich betrachtet, einem ganz anderen Kapitel der Syphilidologie angehört, so veranlasst mich dazu der Wunsch, lediglich wegen der praktischen Konsequenzen auch eine heutzutage von immer weniger Aerzten in Betracht gezogene Kategorie von „überraschend aufgetretenen“ Syphilisfällen — nämlich solchen ohne primäre Induration — in Erinnerung zu bringen. Auch dieser Patient wurde mir zur Entscheidung, ob die bereits von ihm eingegangene Verlobung mit einer jungen Dame aufrecht zu erhalten sei, von dem Vormund derselben vorgeführt, und auch er konnte sich auf den, wiederum einer fast allgemein verbreiteten Lehrmeinung entspringenden prognostischen Ausspruch seines früheren Arztes stützen.

Der 30jährige Patient war am ganzen Körper bedeckt von einer äusserst dicht stehenden, auch das Gesicht nicht freilassenden Roseola, vermischt mit zahlreichen Papeln. An den Gaumenbögen und der Uvula starke Röthung und beginnende Plaques muqueuses an einer Tonsille. Allgemeine harte, indolente Lymphdrüenschwellungen, am stärksten in beiden Inguines. An den Lippen eine nässende, hufeisenförmig von der Mitte der Oberlippe bis zum äusseren Drittel der Unterlippe continuirlich reichende Excoriation. Diese ganze, innerhalb weniger Tage nach geringen allgemeinen Prodromalsymptomen erfolgte Eruption datirte der Kranke auf etwa 8—10 Tage zurück. Eine Woche zuvor hatte er sich mit einem 19jährigen Waisenmädchen aus guter Familie verlobt. Er versicherte, diesen Schritt im besten Glauben gethan zu haben, nachdem er etwa drei Monate vorher in Dresden an zwei neben einander sitzenden Schankern an dem Innenblatte des Präputium erkrankt war, welche sein Arzt mit Sicherheit als weiche diagnosticirt, entsprechend lokal behandelt und als absolut belanglos für seine Zukunft erklärt hatte. Thatsächlich fand ich eine kleine weiche Narbe an der bezeichneten Stelle.

Selbstverständlich ging mein Rath auf den sofortigen Abbruch aller Beziehungen, welche eine direkte oder indirekte Uebertragung ermöglichen konnten, Aufschiebung der — eventuellen — Eheschliessung auf Jahre hinaus und Untersuchung der Braut auf etwa von der höchst infectiösen Excoriation seiner Lippen stattgefundene, bezw. noch innerhalb der nächsten Wochen sich manifestirende Infection. — Wenngleich man in einem solchen Falle, dessen Primäraffect man nicht selbst beobachtet hat, einen diagnostischen Irrthum, z. B. das Uebersehen einer oberflächlichen, pergamentblattähnlichen Induration (Chancre parcheminé) supponiren kann, so ist diese Auffassung thatsächlich doch nicht begründet, weil, wie erwähnt, die Narbe weich war, ohne dass eine Quecksilberbehandlung eingegriffen hatte. Immerhin scheint er mir geeignet, daran zu erinnern, dass das Fehlen einer Sklerosirung primärer Ulcera durchaus nicht immer eine sichere Garantie für das Ausbleiben constitutioneller Lues verbürgt, wie ich schon 1864²⁾ nach fremden und eigenen Erfahrungen hervorgehoben habe. Freilich hat die Lehre von der nur lokalen Bedeutung nicht indurirter Ulcera für die weit überwiegende Zahl der Fälle Gültigkeit. Allein, ein so überzeugter Dualist man auch sein mag und so leicht wir jetzt eine Anzahl von Ausnahmefällen durch den Chancre mixte erklären können, dessen Existenz längst nicht mehr, wie zur Zeit seiner Aufstellung durch Rollet (1860) in der ganzen Pathologie vereinzelt, vielmehr durch zahlreiche bacteriologische Nachweise, insbesondere den Nachweis des Ducrey-Krefting'schen Bacillus im Ulcus molle und dem zugehörigen virulenten Bubo bewiesen erscheint, so dürfen wir doch der als gesichert angenommenen Dualitätstheorie zu Liebe nicht die in der Praxis von den erfahrensten älteren Klinikern bestätigten selteneren Fälle vergessen, in welchen die allein auf die Resistenz des Geschwürsgrundes und -randes basirte Diagnose

und Prognose nach beiden Richtungen getäuscht hat. Zur Zeit des Contagienstreites hat der erfahrungsreiche Carl Sigmund¹⁾ u. a. die Thatsachen hervorgehoben: „Wo ein Schanker mit weichem Grunde besteht, wird mit einfachen Verbandmitteln die Vernarbung erzielt; — innerhalb des bekannten Zeitraumes entwickeln sich Secundärerkrankungen. — In ganz gleichen Fällen verhärtet erst die Narbe, es folgen die Allgemeinerscheinungen... Ein Schanker mit weichem Grund gelangt zur Vernarbung, die Narbe verhärtet nicht, es stellt sich Leistendrüsenerkrankung mit Eiterung ein; während oder bald nach derselben folgen allgemeine Erscheinungen, ohne irgend vorhergegangene innerliche Behandlung.“

Ebenso hat Lindwurm²⁾ auch nach seiner Bekehrung zum Dualismus anerkannt, dass „manches syphilitische Geschwür der Härte entbehrt,“ und später v. Zeissl sen.,³⁾ dass es auch Fälle von Syphilis giebt, in welchen „selbst dem geübtesten Tastsinn die Induration entgeht.“ Derartige Erfahrungen, welche auch mich gegen die in Paris selbst 1860 erlernte Dualitätslehre mit ihrer absolut günstigen Prognose für „weiche Schanker“ eingenommen und in die Opposition getrieben hatten, haben schon frühzeitig kritische Vertheidiger der neuen Lehre⁴⁾ zu dem Vorschlage veranlasst, die Unterscheidung von weichen und harten Schankern als ausschliessliche Repräsentanten der beiden Contagien als oft irreführend fallen zu lassen und die Prognose an deren Stelle auf das Resultat der Auto-Inoculation des Geschwürssecretes zu basiren. Indess abgesehen von den auch hierbei von Bidentkap, W. Boeck, mir u. a. beobachteten — jetzt freilich auch von mir bereitwillig nur noch auf den Staphylococcengehalt des zugleich mit dem Secret von Sklerosen auf ihre Träger mit eingepflichten Eiters bezogenen — positiven Impfresultaten ist diese ganze Methode längst allenfalls nur noch in Kliniken vorgenommen, in der Praxis aber nicht mehr angewandt worden.

Selbst wenn man also nicht so weit geht, wie der noch jetzt bekanntlich die Unitätslehre vertheidigende Kaposi, nach welchem⁵⁾ „der weiche Schanker zwar in der Regel als lokale Krankheit endet, aber mit oder ohne eiternden Bubo gar nicht selten allgemeine Syphilis zur Folge hat,“ wird man gut thun, um sich und die Kranken stets vor späteren Enttäuschungen und ihre Familien vor unbeabsichtigter Contagion zu bewahren, den Verlauf als das sicherste und untrüglichste Kriterium entscheiden zu lassen und mindestens das Ausbleiben der Infiltration nicht bloss der nächstliegenden, sondern auch der entfernten Drüsengruppen abzuwarten, richtiger aber diese Kranken zur Revision bis zum Ablauf von 12—15 Wochen anzuhalten.

¹⁾ A. Powell hat unlängst (The British Journal of Dermatology, August 1899) einen Fall veröffentlicht, in welchem schon am 52ten Tage nach der Wahrnehmung eines Ulcus mehrere symmetrische, von ihm schon als Gummata gedeutete Periostanschwellungen am Schädel neben Syphiliden der Haut und Mundschleimhaut erschienen waren. Als Gründe für das so frühzeitige Auftreten jener führt Powell einestheils die durch Alkoholismus, Gicht und Malaria geschwächte Constitution an; ausserdem aber glaubt er, die Infection mit einer besonders grossen Menge des Virus beschuldigen zu können, weil sich nach dem ersten noch vier andere indurirte Schanker entwickelt hatten.

²⁾ Klinische und experimentelle Mittheilungen S. 71 u. 72.