Syphilis und Kopfinsulte.

Von

Dr. Med. v. Watraszewski,

Oberarzt am St. Lazarushospital in Warschau.

Es gilt als unzweifelhafte Thatsache, dass gewisse Ursachen den Verlauf der Syphilis wesentlich beeinflussen können, indem sie der Krankheit eine ernstere und wenig erwünschte Wendung zu verleihen im Stande sind. In seinen Vorlesungen am Hospital St. Louis in Paris hat unlängst Prof. Fournier derselben Ursachen Erwähnung gethan (*Semaine médicale* 1886), und schwerlich würden die vom genannten Forscher in dieser Hinsicht erörterten Momente in Abrede gestellt werden können.

Wenn wir nun speciell der Einflüsse gedenken wollen, die das Auftreten von wichtigen Störungen syphilitischen Ursprungs im Bereiche der nervösen resp. cerebralen Sphäre zu begünstigen vermögen — so finden wir, dass in dieser Beziehung folgenden Causalmomenten Rechnung getragen wird. Dieselben wären:

1. Geistige Ueberanstrengung.
2. Moralische Einflüsse, wie Furcht, Gram, Aufregung etc.
3. Excesse verschiedener Art, wie z. B. Abusus in Baccho et in Venere etc.

Ob ausser den angegebenen Ursachen der Diathese vorausgegangene oder intercurrente Kopfläsionen traumatischer Natur das Auftreten cerebraler Störungen bei Syphilitischen begünstigen könnten, darüber fehlt bei den meisten Forschern jede Angabe. Fournier, welcher derselben früher Erwähnung that, und deren Möglichkeit nicht leugnete, gibt an, eigene Erfahrungen dar-

über nicht zu besitzen.¹⁾ Dagegen bleibt in der letzten obencitirten Fournier'schen Publication erwähntes Thema gänzlich unberücksichtigt. Da ich nun in der Lage war, einige Fälle zu beobachten, in denen der Einfluss von schweren Kopfschlägen auf den weiteren Verlauf der Krankheit meiner Ueberzeugung nach, ausser jedem Zweifel gestellt werden konnte, so erlaube ich mir, in der vorliegenden Mittheilung ausführlicher auf diesen Gegenstand einzugehen.

Schon zur Zeit des letzt erfolgten russisch-türkischen Krieges, in den Jahren 1877—78, imponirte mir der schwere Syphilisverlauf bei einem von einer Kopfcontusion vor Kurzem genesenen Officier, der dazumal mit einem Hunter'schen Schanker behaftet war, und bei welchem die ersten, circa zwei Monate später, erfolgten Allgemeinerscheinungen im Geleite von schweren cerebralen Störungen aufgetreten waren (Hemiplegie, Facialparalyse). Diese, übrigens flüchtige Beobachtung bewog mich, dem erwähnten Gegenstande seitdem mehr Aufmerksamkeit zu schenken, und gegenwärtig befinde ich mich in der Lage hinsichtlich meiner weiteren diesbezüglichen Erfahrungen Folgendes mittheilen zu können.

Es sei mir gestattet, einige Krankengeschichten zur Illustration der uns interessirenden Frage vorzuschicken.

1. W. C. 25 J. a., Jockey, stürzte im Alter von ungefähr 15 Jahren vom Pferde und zog sich eine complicirte Schädelfractur zu, von der Pat. nach mehrwöchentlicher Cur glücklich genas. Seitdem hatte sich Pat. immer wohl gefühlt und an keinerlei nervösen Erscheinungen gelitten. Im Herbste 1884 acquirirte Pat. einen indurirten Schanker und trat in den ersten Tagen Decembers ins Hospital²⁾ mit ausgesprochenen Erscheinungen des Secundärstadiums (Scleradenitis universa, Exanthema maculosum, Plaques mucosae oris et faucium). Am knöchernen Schädel, etwa in der Gegend der grossen Fontanelle und ein wenig links von derselben, bemerkt man eine circa 1½ Ctm. im Umfange betragende, deutlich deprimirte Stelle, die mit einem über das Niveau erhabenen Knochenwalle umgeben ist. Die Haut darüber ist haarlos, verdünnt und mit den darunter liegenden Weichtheilen und dem Knochen narbig verwachsen. Nach 4 Calomelinjectionen à 0.10 wird Pat. symptomfrei entlassen. Einen Monat später, d. h. circa 4½ Monate post Infectionem, bekommt Pat. nach vorausgegangenen Kopfschmerzen plötzlich einen epileptischen Anfall, dem an den nächsten Tagen weitere Anfälle folgten. Nachdem Pat. seitens eines Arztes Bromkali und andere nicht

¹⁾ A. Fournier (la Syphilis du Cerveau) citirt bei dieser Gelegenheit die Beobachtung von Dr. Broadbent (the Lancet 1876).

²⁾ Unter meiner persönlichen Leitung stehende Honoratiorenabtheilung.

specifische Mittel ohne jeden Erfolg einige Tage hindurch verabreicht wurden, tritt derselbe wiederum in meine Behandlung. Es wird sofort zur specifischen Cur geschritten (Frictionen à 2·30 Ungt. cinerei et Kali jodat. à 3·0—4·0—6·0 Grm. pro die), wobei Abends Grm. 1·0—2·0 Kali bromat. dem Kranken gegeben wird. Am zweiten Tage nach dem Beginne der Cur trat noch ein Anfall auf, weitere Paroxysmen blieben aus. Nachdem Pat. 30 Frictionen genommen und 120 Grm. Jodkali verbraucht hatte, wird er entlassen mit der Anweisung das Bromkali weiterhin einzunehmen, welchen Rath er jedoch nicht befolgt. Patient führt dabei ein recht ausschweifendes Leben. Vier Monate später traten neue epileptische Anfälle auf, die rasch dem combinirtem Gebrauche von Brom- und Jodkali wiederum weichen. Im Herbst 1885 fährt Pat. nach Aachen wo er eine Trink- und Badekur in Verbindung mit Frictionen und Kali jodat. durchmacht und fühlt sich bis zum nächsten Sommer vollkommen wohl, indem er eine regelmässige Lebensweise führt und während dieser Zeit mit Intervallen Bromkali à 0·30—1·0 Grm. pro die einnimmt. Dagegen wird während der Wettrennen im Sommer 1886 wiederum für längere Zeit (circa 2 Monate) vom Bromkali Abstand genommen, und werden in jeder Hinsicht Excesse geübt. Kurz nach einem Coitus, dem ein Souper und zahlreiche Libationen vorausgegangen waren, bekommt Pat. wieder einen epileptischen Anfall. Es wird sofort zum Jod- und Bromkali (à 2·0 Grm. pro die) und alsdann zum Bromkali allein gegriffen und Patient in andere Lebensbedingungen versetzt. Weitere Anfälle bleiben aus und wiederholten sich nicht bis dato, d. h. im Laufe von 10 Monaten. Es sei bemerkt, dass vor dem Acquiriren der Lues Pat. nie an Epilepsie gelitten hatte.

2. St. J. 28. J. a., Klempner, stürzte im Jahre 1883 vom Dache eines mehrstöckigen Hauses ohne sich dabei einen palpablen Schaden zugezogen zu haben. Gleich nach dem Sturze verlor Pat. die Besinnung und das Sprachvermögen, welch letzteres sich nur allmählig und erst ungefähr nach drei Monaten wiederum vollkommen einstellte. Zwei Jahre hindurch litt Pat. darnach an starken Kopfschmerzen und Schwindel. Umstände die ihn in der Ausübung seines Berufes hinderten. Dieselben sind im Laufe der Zeit immer schwächer und seltener geworden und etwa ein halbes Jahr vor der syphilitischen Infection, die im Frühjahr 1886 erfolgte, war Pat. von den Kopfschmerzen vollständig frei geblieben. Im Juni 1886 tritt Pat. ins Hospital (klinische Universitätsabtheilung) mit einer indurirten Narbe am Präputium, mässiger allgemeiner Adenopathie und zerstreut an verschiedenen Hautstellen stehenden ecthymatösen Ulcerationen. Seit circa 3 Wochen hatten sich wiederum starke Kopfschmerzen eingestellt, die manchmal dem Pat. rein unerträglich werden. Am knöchernen Schädel sowie an den Weichtheilen desselben ist nichts Abnormes nachzuweisen. Nach 2 Injectionen von 0·04 Hydrarg. oxydat. flavi, granuliren die Ulcerationen und haben die Kopfschmerzen an Intensität bedeutend nachge-

lassen, nach 2 anderen ist das Ecthyma geheilt und sind die Kopfschmerzen völlig geschwunden. Drei Tage nach der vierten Injection, die am 26. Tage nach der Aufnahme des Pat. stattfand, klagt derselbe wiederum über Schwindelgefühl und stürzt Tags darauf plötzlich bewusstlos zusammen. Bei meiner nächsten Krankenvisite fand ich Pat. völlig apathisch und unzurechnungsfähig, vor sich unarticulierte Laute hermurmelnd daliegen, constatirte an demselben Strabismus divergens, partielle Facialparalyse der rechten Seite, Hemiplegie im Bereiche der oberen und Hemiparesis im Bereiche der unteren linken Körperhälfte, Blasen- und Mastdarmparese; Reflexe bedeutend verstärkt.¹⁾ Pat. wird mit Bouillon und Milch gefüttert, in der er anfänglich 2 Grm. Kali jodat. pro die und pro dosi einverleibt bekommt. Nach fünf Tagen wird die Dosis um 1 Grm. erhöht, nach zehn Tagen wiederum um 1 Grm., so dass Pat. in der dritten Woche nach dem Anfälle 4 Grm. Jodkali verabreicht wird. Die oben erörterten Erscheinungen gehen allmählig zurück; es wird zu weiteren Hg-Oxydjectionen geschritten (Nr. 6) und 15 Wochen später verlässt Pat. das Hospital in folgendem Zustande: Völliger Ausgleich im Bereiche des afficirt gewesenen Facialis, sowie der Blasen- und Mastdarmnerven; die Function der linken oberen Extremität in der Weise beeinträchtigt, dass die Bewegungen schwerfällig sind, der Arm kraftlos; die Paresse der unteren Extremität fast gänzlich gewichen, Pat. geht herum, obwohl noch unsicher. Am meisten scheint jedoch die Intelligenz gelitten zu haben; obwohl nämlich Pat. bei vollem Bewusstsein ist und die ihm gestellten Fragen beantwortet, sitzt er gewöhnlich apathisch da und ist nicht im Stande sich mit irgend etwas zu beschäftigen. Im Laufe von vier Monaten, während welcher Zeit Pat. mit geringen Zwischenpausen Kali jodat. zu 2—4 Grm. pro die verordnet bekam, bis zum heutigen Tage fand ich in dem Zustande des Pat. keine wesentliche Veränderung.

3. P. S. 27 J. a., Tagelöhner, hat zwei Jahre vor der Infection einen Hufschlag linkerseits auf die Stirne erhalten, durch den Haut- und Weichtheile bis auf den Knochen durchtrennt wurden. Pat. stürzte nach der Verletzung besinnungslos zusammen, erholte sich jedoch bald darauf. Die Wunde auf der Stirne sei ohne weitere Complicationen nach Ablauf von einigen Wochen verheilt. Im Sommer 1885 syphilitische Primäraffection, circa zwei Monate später maculöses Exanthem in Begleitung starker Kopfschmerzen. Nach 30 Frictionen sollen die genannten Symptome gewichen sein. Im Februar 1886 tritt Pat. in Hospitalbehandlung²⁾ mit maculopapulösem Exantheme, Scleradenitis universa, Kopfschmerzen und Schwindelgefühl. Links an der Stirne, an der Haargrenze, bemerkt man eine lineäre Narbe (5 Ctm. lang, und circa $\frac{1}{4}$ Ctm. breit, leicht nach oben convex), in deren Bereiche die Weichtheile eingezogen und mit dem darunter

¹⁾ Patient geht in die Honoratiorenabtheilung über.

²⁾ Abtheilung des ord. Arztes Dr. Zera.

gelegenen deprimierten Knochen fest verwachsen sind. Nach 12 Sublimat-injectionen verlässt Pat. auf eigenen Wunsch das Hospital in gebessertem Zustande, mit der Absicht die weitere Cur zu Hause fortzusetzen. Am 9. Juli 1886 kommt Pat. abermals ins Hospital¹⁾ mit rechtsseitiger Hemiparese, entsprechender Facial-, sowie auch Blasen- und Mastdarmparese. Nach acht Injectionen von 0·04—0·06 Hydrarg. oxydati flavi, nebst innerlichem Jodkaligebrauche wird Pat. am 24. September aus der Behandlung entlassen. Bis auf eine geringe Schwäche der rechten Körperhälfte sind die übrigen Erscheinungen sämmtlich zurückgegangen. Im November 1886 bekommt Pat. plötzlich einen apoplectiformen Anfall und kommt ins Hospital²⁾ mit Aphasie, rechtsseitiger Hemiplegie, Strabismus und Facialisparalyse. Koth und Harn werden unwillkürlich entleert. Sehnenreflexe bedeutend verstärkt. Sensorium ungetrückt, ebenso die Hautperception normal. Es wird eine Frictionscur in Verbindung mit Darreichung von Jodkali à 4—6 pro die eingeschlagen; worunter die Krankheitssymptome langsam zurückgehen. Pat. befindet sich augenblicklich noch in Behandlung.

Wie aus den Krankengeschichten ersichtlich, kam es in allen dreien der eben citirten Fälle, in einer wohl kurzen Zeit nach der Infection, zum Ausbruche schwerer cerebraler Erscheinungen. Obwohl nun ein so frühes Auftreten dergleichen Symptome seitens mancher Forscher beobachtet wurde, gehört dasselbe jedenfalls zu den Ausnahmen, und um so eifriger pflegen wir unter dergleichen Verhältnissen nach den ätiologischen Momenten uns umzuschauen, welche diesen schweren von der Syphilis eingeschlagenen Verlauf uns erklären würden.

Die Krankengeschichten der vorliegenden Casus weisen in jedem derselben eine früher oder später vor der Infection mit Syphilis stattgehabte traumatische Kopfläsion auf. Dieselbe war einmal mit einer Fractur und Depression des Schädeldaches verbunden, bei der zweiten ging die Durchtrennung der Weichtheile bis auf den Knochen ohne denselben sichtbar zu afficiren, bei der dritten endlich fehlten äussere Spuren sowohl einer Weichtheil- wie Knochenverletzung. In zwei dieser Fälle waren dann sowohl die unmittelbaren wie die weiteren Folgen der Insulte recht schwer und langdauernd gewesen, leichter dagegen im dritten derselben. Nachdem nun die Patienten sich die syphilitische Infection zugezogen hatten, kommt es bei allen dreien, in einer Zeit

¹⁾ Klinische Universitätsabtheilung.

²⁾ Abtheilung des ord. Arztes Dr. Zera, nachträglich Dr. Trzeiński.

wie wir dieses bei der Syphilis sonst nur in den allerseltensten Fällen zu beobachten gewohnt sind, zum Ausbruche recht schwerer Symptome nervöser Natur. Ein Zusammenhang dieser letzteren mit den vorausgegangenen Kopfläsionen wird wohl jedem unparteiischen Beobachter in erster Linie in die Augen fallen. Es ist offenbar in unseren Fällen durch den Insult, wenn auch dessen unmittelbare Folgen sich ausgeglichen hatten, eine örtliche Disposition gegenüber anderweitigen krankmachenden Einflüssen geschaffen worden, und so fand denn die Lues in den früher befallenen Districten einen leichten Angriffspunkt (*Locus minoris Resistentiae*).

Aehnlichen Verhältnissen begegnen wir ja auch sonst auf dem Gebiete der Syphilis. So z. B. sehen wir an der Mundschleimhaut von Leuten, die an Schnaps und an Tabakrauch gewohnt sind unter dem Einflusse der Diathese häufig Veränderungen entstehen, wie wir dieselben bei Nichtrauchern und Nichttrinkern in der Regel nur angedeutet finden: Es befindet sich nämlich bei Ersteren die Schleimhaut der Mundhöhle in einem Zustande von chronischer Reizung, die oft ante Infectionem von dem Patienten kaum wahrgenommen, nach der Acquisition der Lues in einem weit stärkeren Grade sich zu documentiren pflegt und einen sehr günstigen Boden für specifische, durch die Krankheit selber bedingte Veränderungen darstellt. Das ganze Capitel über Syphilis und Reizung dürfte weiter zur Erläuterung der oben erörterten Anschauung beitragen, in welchem Sinne auch die Wirkung der erwähnten Factoren, die das Auftreten von cerebralen Erscheinungen bei Syphilitischen zu begünstigen pflegen, aufzufassen wäre. Wie und auf welche Weise sich nun deren Einfluss aufs Nervensystem in dieser Hinsicht geltend macht, wissen wir ebenso wenig, als von der Art, auf welche nach einem Kopftrauma bei einem Nichtsyphilitischen sich eine Prädisposition zum Auftreten krankhafter cerebraler Erscheinungen wie z. B. Epilepsie etc. etc. ausbildet. Die feineren Vorgänge nämlich, die einen dergleichen Zustand bedingen, bleiben für uns in beiden Fällen bis auf weiteres ein Geheimniss.

Die Mehrzahl der im Beginne dieses Aufsatzes angeführten und im Allgemeinen als Gehirnreize wirkenden Momente, ist bei längerer Einwirkung im Stande, für sich allein gewisse krank-

hafte Erscheinungen im Bereiche der nervösen Sphäre hervorzurufen, obwohl selten vielleicht in dem Grade wie dieses in den dreien uns interessirenden Krankengeschichten angegeben ist. In Folge einer Kopfläsion können dagegen je nach deren Intensität die verschiedensten nervösen Symptome hervorgerufen werden, von den geringfügigsten angefangen bis zu den allerschwersten. Es stellt dieselbe ebenfalls einen Reiz dar, mit dem Unterschiede, dass derselbe im Vergleiche zu den obenerwähnten Factoren ein acuter ist, dessen Folgen sich jedoch in beiden Fällen ganz analog verhalten können d. h. unter Anderem sich in einem krankhaften Zustande des afficirten Nervendistrictes äussern, einer Prädisposition, bei welcher unter dem Einflusse specifischer (durch die hinzugetretene Lues bedingter) Umstände, das uns bekannte Heer jener schweren nervösen Symptome zu Stande gebracht werden kann.

Es fragt sich nun, ob ein derartiger Einfluss auch Kopfläsionen zukäme, von denen die mit Syphilis behafteten Individuen nicht vor, sondern nach der Infection betroffen werden. Nach den oben erörterten theoretischen Auseinandersetzungen schiene eine solche Annahme völlig gerechtfertigt, zu deren praktischer Bestätigung ich in der günstigen Lage bin, nachstehende Krankengeschichte anzuführen.

4. B. S. 20 J. a., Student, kommt am 17. November 1885 mit ausgesprochenen Syphilismanifestationen in meine Behandlung (Ulcus induratum, Scleradenitis universa, Exanthema maculosum, Plaques tonsillarum). Dabei fehlten jedwede nervösen Erscheinungen. Nach 4 Calomelinjectionen à 0.10 wird am 20. December Pat. symptomfrei entlassen. Am 3. Februar 1886 fällt Pat. beim Schlittschuhlaufen rückwärts und schlägt mit dem Kopfe aufs Glatteis, so dass er halb betäubt nur mit Hilfe nach Hause gebracht werden kann. Am knöchernen Schädel und an den Weichtheilen lässt sich angeblich ausser einer flachen Beule am Hinterkopfe keine palpable Läsion constatiren. Pat. klagt über Kopfschmerzen, die nach einigen Stunden unter dem Auflegen von Eiscompressen weichen. Doch schon in der zweiten Woche nach dem Sturze stellten sich die Kopfschmerzen von Neuem ein, dauern trotz der neuerdings in Anwendung gezogenen Eisumschläge mit wachsender Intensität fort und am 19. Februar Abends bekommt Patient einen epileptischen Anfall (vorher nie gewesen), der ungefähr eine Viertelstunde andauert. Der herbeigeholte Arzt verschreibt dem Pat. Bromkali; am 21. Februar ein neuer und längerer Anfall; die Kopfschmerzen dauern fort; am 23. und

24. Februar ebenfalls epileptische Anfälle. Am 26. Februar stellt sich Pat. bei mir vor. Ausser einer recht mässigen, allgemeinen Drüsenschwellung und einer Plaque an der Tonsille fand ich sonst keine weiteren Lues-symptome; ebenso im Bereiche der nervösen Sphäre, ausser Schwindelgefühl, beständigen Kopfschmerzen und einer gewissen Trägheit in der Reaction der Pupillen. keinerlei Abweichungen. Sofort wurde eine specifische Cur eingeleitet bestehend in Injectionen von Hydrarg. oxydat. flav. à 0.06 Grm. und Jodkali innerlich. Pat. bekam noch am selben Tage einen Anfall, dann noch einen am 28. Februar jedoch von bedeutend geringerer Intensität; seitdem schwanden die Anfälle vollständig. Die Kopfschmerzen liessen schon in den ersten Tagen nach eingetretener Cur an Stärke nach und waren nach Ablauf von ungefähr 12 Tagen völlig geschwunden. Nach vier Injectionen verlangt Pat. am 27. März entlassen zu werden, bekommt Bromkali verschrieben und habe ich denselben seitdem nicht wieder gesehen.¹⁾

Vielleicht wäre es in dem eben citirten Falle auch ohne den Sturz des Patienten zu den geschilderten frühen cerebralen Erscheinungen gekommen, meiner Ansicht nach jedoch lässt sich sowohl in diesem als in den drei vorausgegangenen Fällen ein Zusammenhang zwischen Kopfsult und Syphilis nicht in Abrede stellen, es wäre nur hinsichtlich der Kategorie, der der letzterwähnte Fall angehört, zu bemerken, dass jene krankhafte cerebrale Prädisposition hier von der Lues abhinge, als auslösendes Moment dagegen das Kopftrauma anzusehen wäre.

Es dürften nun die sowohl vor wie nach dem Zustandekommen der syphilitischen Infection die Patienten treffenden schweren Kopfsulte in die Zahl der Factoren zu rechnen sein, die den Verlauf der Krankheit nachtheilig zu beeinflussen im Stande sind. Mit Rücksicht auf die dadurch bedingten Störungen, die zu den wichtigsten in der Symptomatologie der Lues gehören, müssten die Kopfläsionen in dieser Reihe an der Spitze zu stehen kommen und die Prognose bei dergleichen Kranken nur mit Vorsicht gestellt werden, umsomehr, wenn gewisse präexistirende (durch die Kopfläsion bedingte) oder nachträglich (seit der Acquisition der Lues) hinzugetretene Anomalien functioneller oder sensibler Natur an dem Kranken zu constatiren wären. Letzterer

¹⁾ Pat. war beidemal im Hospital von mir persönlich behandelt worden.

Umstand müsste ebenfalls in Betreff der einzuschlagenden Therapie wesentlich in Erwägung kommen.

Hinsichtlich der Therapie sei es mir gestattet, a priori Folgendes zu bemerken: Als ausgezeichnetes Mittel mannigfache Syphilissymptome in den meisten Fällen erfolgreich zu bekämpfen, pflege ich die Specifica dort anzubringen, wo über die Natur der vorliegenden Krankheitsmanifestationen keine Zweifel obwalten und wo weiterhin die auf Lues zurückführenden Erscheinungen als Ausdruck einer Allgemeininfection anzusehen wären. Dagegen leite ich im Primarstadium der Syphilis eine spezifische Cur nur ausnahmsweise vor dem Auftreten der Haut- und Schleimhautsymptome ein. Wenn nun bei einem bis dahin vor Nervensymptomen freien Individuum (möge dasselbe einem Kopfsulte ausgesetzt worden sein oder nicht) schon im Schankerstadium respective zur Zeit der zweiten Incubation gewisse Erscheinungen seitens des Nervensystemes zur Geltung kämen, oder vielleicht die schon früher existirenden an Intensität zunehmen sollten, so dürfte wohl diese Thatsache mit der Allgemeininfection in Zusammenhang gebracht und eine spezifische Cur unter diesen Umständen ohne Aufschub eingeleitet werden müssen, noch bevor es zum Ausbruche von sichtbaren und fühlbaren Allgemeinerscheinungen gekommen wäre. Denselben Principien pflege ich auch in den späteren Stadien der Syphilis Rechnung zu tragen, indem ich im Allgemeinen (im weitesten Sinne des Wortes) bei den leichteren Fällen das Quecksilber allein (seltener das Jod) bei den schwereren dagegen die Combination beider genannten Specifica in Anwendung bringe. In die letzte Kategorie müssen unstreitbar alle die uns gegenwärtig interessirenden Fälle eingereiht werden und wäre deshalb nun unter diesen Umständen eine combinirte Cur angezeigt; dieselbe muss frühzeitig (im oben erörterten Sinne) begonnen und systematisch durchgeführt werden. Es ist dieses nicht der Ort, um auf meine Anschauungen über die Grundsätze der Syphilistherapie in extenso einzugehen — betonen will ich nur, dass in den uns vorliegenden Fällen — die letztgenannten zwei Punkte eine besondere Beachtung verdienen.

Der Modus der Anwendung, die chemischen Verbindungen, sowie die Quantitäten der in Betracht kommenden specifischen Mittel, mögen dabei dem Erachten und den persönlichen Erfahrungen

jedes einzelnen Fachmannes überlassen werden. Es müssten nur unter den bekannten Mercurialpräparaten und deren Applicationsmethoden solche in Anwendung gezogen werden, die eine prompte energische und andauernde Wirkung zu entfalten vermögen. Zu empfehlen wären daher die Frictionen von Ungt. vel Sapo mercuriale (Oberländer), oder die subcutanen Injectionen von Calomel vel Hydrarg. oxydat. flavum, das in seiner specifischen Wirkung dem Calomel gleichzustellen ist, dabei aber ungleich besser als letzteres von dem Kranken vertragen wird.¹⁾ Das Kalium jodatum müsste, wie es unter dergleichen Umständen übrigens allgemein zu geschehen pflegt, von vornherein in grösseren Quantitäten verabfolgt werden. Gewöhnlich fange ich mit gr. 2·0 an, um in kurzen Intervallen zu gr. 4·0 — 6·0 — 8·0 zu steigen, je nach der Intensität und Beständigkeit der Symptome.

Bei eventuellen epileptischen Paroxysmen hielte ich es für angezeigt, Kali bromatum in Dosen von 2·0 Gramm pro die, gleichzeitig mit der specifischen Cur dem Kranken darzureichen und dasselbe Mittel lange Zeit, ja unter Umständen Monate und Jahre hindurch denselben einnehmen zu lassen. Gerade bezüglich der Wirkung des Kalium bromatum wäre zu bemerken, dass im Gegensatze zu dem negativen oder recht geringen therapeutischen Effecte, das es bei den auf Lues zurückzuführenden nervösen Erscheinungen respective epileptischen Formen aufweist, bevor noch die Specifica ihre Wirkung entfaltet haben, dasselbe Mittel späterhin zweckmässig angewandt im Stande ist, dem Auftreten neuer Anfälle auf längere Zeit, vielleicht auf immer, vorzubeugen. Ich stütze mich in dieser Beziehung unter Anderen auf zwei Observationen, wo mehrere Jahre nach der syphilitischen Infection nebst anderen Erscheinungen cerebraler Natur auch epileptische Anfälle aufgetreten waren, die mittelst einer specifischen Behandlung zum Schwinden gebracht werden konnten, wo dann den Patienten Bromkali in dosi von Gramm 2·0 pro die verordnet wurde. So lange nun das genannte Mittel eingenommen wurde, kam es ganze Monate hindurch nicht zum Auftreten neuer Anfälle, sobald aber der Gebrauch des Bromkali ausgesetzt ward, traten

¹⁾ Siehe „Ueber Behandlung der Syphilis mit Injectionen von Calomel und von Quecksilberoxyden, Dr. v. Watraszewski“, Wiener Medic. Presse. 1886.

binnen Kurzem Paroxysmen von Neuem auf. Zu wiederholten Malen hatte ich in den gegebenen Fällen (der eine betrifft den Patienten, dessen Krankengeschichte im vorliegenden Aufsätze mit Nr. 1 bezeichnet ist) Gelegenheit, mich von dieser Thatsache zu überzeugen. Es wäre vielleicht dieses Factum so zu erklären, dass es in dem cerebralen, ursprünglich von der Syphilis heimgesuchten Districte, abgesehen von den anatomisch-pathologischen Veränderungen, ausserdem zur Ausbildung gewisser nicht näher zu präcisirenden (moleculären, circulatorischen?) Abweichungen gekommen wäre, als deren Ausdruck wir eben die Neigung zur Epilepsie aufzufassen hätten. Durch die Wirkung der Specifica kommt es nun zum relativen resp. vollständigen Ausgleich in anatomisch-pathologischer Beziehung der erkrankten Region, nicht aber zum Aufheben der eben benannten Folgen, d. h. der Neigung zur Epilepsie, auf welche von den uns bekannten Mitteln am meisten Wirkung noch das Bromkali zu entfalten vermag. Es würden sich daher in ihrem weiteren Verlaufe dergleichen Fälle in keinerlei Weise von denen unterscheiden in welchen nicht Lues, sondern andere Ursachen der Epilepsie zu Grunde liegen und die Anfälle nur durch fortgesetzten Gebrauch von Bromkalium unterdrückt werden können.

Im Falle wo nach längerem, erfolgreichen Gebrauche das Mittel schliesslich ausgesetzt worden ist, wäre es rathsam, von Zeit zu Zeit wiederum nach demselben zu greifen, besonders unter Umständen, die auf das Nervensystem reizend einwirken, wie z. B. bei angestrenzter geistiger Thätigkeit, nervöser Excitabilität etc.