Ueber „Reizung und Syphilis“

von

Dr. Alexander Gay

Docent an der Universität in Kasan.

Die Frage, welche von den bis jetzt bekannten Theorien der Syphilis — die Unitäts- oder die Dualitätslehre — die richtige sei, hat selbstverständlich eine sehr grosse Bedeutung sowohl für die Erklärung sehr vieler Facta, als auch für die weitere Entwicklung des ganzen Faches. Die Frage ist schon mehrmals discutirt worden, und seit 1864 sind von Bidentkap, Boeck, dann Köbner u. A. einige neue Facta bekannt gemacht, die zu Gunsten der Unitätstheorie zu sprechen schienen. Von verschiedenen Seiten sind diese Facta als richtig constatirt worden, nur bekamen sie oft eine ganz andere Erklärung, als ihnen Bidentkap u. A. gegeben haben.

In letzterer Zeit hat wieder Prof. Tarnowsky die Schlussfolgerungen Bidentkap's einer experimentellen Untersuchung unterworfen und versucht, auf Grund der dabei erlangten Thatsachen die Folgerungen Bidentkap's zu widerlegen.

Diese Thatsachen des Prof. Tarnowsky, welche er in seinem Aufsätze über „Reizung und Syphilis“¹⁾ niederlegte, haben aber Einwände von verschiedener Seite angeregt. So haben früher Prof. Köbner²⁾, später Prof. Kaposi³⁾ kurze Notizen veröffentlicht, in denen sie den Ergebnissen Tarnowsky's entgegentraten.

¹⁾ Diese Vierteljahresschr. 1877, Heft 1 und 2, Seite 19.

²⁾ Köbner: Reizung und Syphilis. Ebenda 1878, Heft 4, Seite 589.

³⁾ Kaposi: Reizung und Syphilis. Ebenda 1879, Heft 2 und 3, Seite 279.

Die Arbeit Tarnowsky's kann von mehreren Seiten betrachtet werden: 1. Sind die von ihm beschriebenen Erscheinungen richtig? 2. Sind sie bei jedem Syphilitiker zu treffen? und 3. sind die Schlussfolgerungen Tarnowsky's begründet?

Ad 1. Bei der Nachprüfung der Angaben Tarnowsky's haben Köbner und Kaposi ganz entgegengesetzte Resultate bekommen. Sie haben durch die Aetzung an Syphilitikern nie eine Ablagerung des syphilitischen Infiltrates hervorrufen können.

Ich meinerseits habe die Frage einer experimentellen Nachprüfung nicht unterworfen, doch bin ich im Stande, hier Einiges, was ich am Krankenbette über Reizung und Syphilis gesehen habe, mitzuthellen.

Als Vorstand der syphilitischen Abtheilung des Stadtkrankenhauses in Kasan habe ich die Gelegenheit, jährlich gegen 2000 venerisch-syphilitische Kranke (Männer und Weiber) zu beobachten, und es sind einige solche Fälle vorgekommen, die für „Reizung und Syphilis“ von Wichtigkeit sind, so dass ich die Krankengeschichten dieser Fälle hier folgen lasse:

1. A. N., Fuhrmann, 26 Jahre alt, stark gebaut, verheiratet, ist den 20. November 1877 in die Abtheilung mit folgenden Erscheinungen gekommen: Das Präputium stark geschwollen und geröthet, Phimose; aus dem Präputialsacke fliesst eine eiterige Flüssigkeit aus. Durch die Vorhaut kann rechts am Sulcus coronarius eine infiltrierte und schmerzhafteste Stelle getastet werden. Limbus praeputii und die Leistendrüsen normal. Der Kranke erzählt, nur seit zwei Wochen krank zu sein. Solut. sulphat. cupri.

22. Nov. Der diagnostischen Zwecke wegen wird das aus dem Präputialsacke ausfliessende Secret dem Kranken beiderseits am Oberarm durch zwei Lancetstiche autoinoculirt. 25. Nov. Linkerseits ist das Resultat negativ. 25. Nov. Rechterseits hat sich an der Impfstelle eine Pustel entwickelt. 30. Nov. Statt der Pustel ist schon ein kleines und unreines Geschwür zu finden. 2. December. Das Geschwür an der Impfstelle ist mit Argent. nitric. in subst. geätzt worden. Ein Charpieverband mit Solut. sulph. cupri getränkt. 29. Dec. Die Vorhaut kann rückgeschlagen werden. Ad frenulum ist noch ein Geschwür zu sehen. Das Geschwür am rechten Oberarm hat sich stark vergrössert, ist 1.5 Ctm. im Diameter, sehr unrein; die Ränder stark unterminirt.

31. Dec. Das Geschwür am Sulcus coronarius ist sklerotisch geworden. 12. Jänner 1878. Adenopathia inguinalis indolens. 7. Februar. Roseola syphil. diffusa. Einreibungen zu $\frac{1}{2}$ Drachme Ung. hydrarg. Das Geschwür am rechten Oberarme, das bis jetzt ganz ausser Acht gelassen war, heilt nicht zu. Seine Ränder sind fühlbar infiltrirt, nicht schmerzhaft. 16. Febr. Roseola ist geschwunden. Die Sklerose am Penis ist noch stark entwickelt. 4. März. Das Geschwür am Oberarm ist reiner, das Infiltrat der Ränder aber stärker geworden. 14. März. Schwache Gingivitis. Die Einreibungen werden ausgesetzt. Kalium jodat. innerlich. 21. März. Das Geschwür am Oberarm ist zugeheilt. Das Infiltrat an seiner Stelle in statu quo. 25. März. Leichte Angina. 6. April. Das Infiltrat hat sich bedeutend vergrößert, ist hart, scharf begrenzt und von charakteristischer, dunkler, kupferrother Farbe. 25. April. Starke Angina. Schleimpapeln an der Unterlippe. Die Präputialgeschwüre sind fast vernarbt. 14. Mai. Der Kranke bat, ihn aus der Abtheilung zu entlassen. Die Geschwüre am Penis fast verheilt; leichte Angina, Spuren von Schleimpapeln auf der Unterlippe. Das Infiltrat an der Impfstelle in statu quo.

Den 21. October 1878 ist der Kranke wieder in die Abtheilung gekommen. Die Untersuchung hat Folgendes ergeben: Penis normal, nur rechts am Sulcus coronarius kleine Geschwulst, Residua der Sklerose; an der Vorderfläche des Scrotums ein Geschwür von unbestimmtem Charakter. Stark entwickelte Schleimpapeln an der Aftermündung. Adenopathia universalis. Die Haut rein. Mund- und Rachenhöhle normal. Am rechten Oberarme, wo das vorige Mal die Autoinoculation gemacht worden ist, steht noch das Infiltrat da. Es ist kupferroth, hart, im Centrum etwas narbig deprimirt und ziemlich scharf begrenzt. Das Secret des Scrotalgeschwüres ist mittelst eines Lancetstiches in den linken Oberarm eingepfht. 24. Oct. Die Impfstelle etwas geröthet. 27. Oct. Die Röthe an der Impfstelle ist geschwunden. 30. Oct. Die Einimpfung ist negativ. Es werden die Einreibungen des Ung. hydr. $\frac{1}{2}$ Dr. pro dosi verordnet. 10. Novemb. Das Infiltrat am rechten Oberarme ist etwas blässer geworden, die Schleimpapeln an der Aftermündung sind kleiner. 16. Nov. Das Infiltrat ist noch blässer und auch weicher geworden. 20. Nov. Starke Cephalalgie. Natr. bromat. innerlich. 4. December. Das Infiltrat verkleinert sich bedeutend. 19. Dec. Das Infiltrat ist weiss und kaum fühlbar. Die Schleimpapeln geschwunden. Der Kranke als geheilt entlassen.

2. U. O., eine Prostituirte, 23 Jahre alt, blond, gut genährt, ist in die Abtheilung den 14. März 1877 mit folgenden Erscheinungen eingetreten: An den Genitalien, an der Aftermündung und an dem oberen Theile der Innenfläche der beiden Lenden stark entwickelte Schleimpapeln. Das Gesicht und die Regio axillaris von Syphilis cutanea papulosa lenticularis occupirt. Psoriasis palmaris. Defluvium capillorum et Adenopathia indolens universalis. 17. März. Subcutane Injectionen der Solut. Bambergeri. 29. März. Die Schleimpapeln flachen sich ab, das papulöse Syphilid fast verschwunden. 31. März. Die Kranke fiebert, es entwickelt sich Parotitis sinistra. Die subcutanen Injectionen ausgesetzt. 13. April. Schleimpapeln ad angul. oris sinistr. Es werden Einreibungen von grauer Salbe zu $\frac{1}{2}$ Drachme verordnet. 30. April. Gingivitis. Die Einreibungen werden ausgesetzt. 6. Mai. Der linke Mundwinkel ist gesund. 22. Mai. Es haben sich wieder einige Schleimpapeln an dem oberen Theile der Innenfläche der linken Lende entwickelt. Kalium jodat. 5. Juni. Die Innenfläche der linken Lende ist ganz normal. Die Kranke hat heute beim Rauchen eine Stelle des mittleren Theiles der linken Lende stark verbrannt, so dass sich ein Schorf von circa 1 Ctm. im Diameter gebildet hatte. 29. Juni. An der verbrannten Stelle hat sich um den Schorf ein starkes und scharfbegrenztes Infiltrat von kupferrother Farbe entwickelt. Das Infiltrat ist einer colossalen Efflorescenz der Syphilis papulosa lenticularis sehr ähnlich. 1. Juli. Es werden wieder die Einreibungen zu $\frac{1}{2}$ Dr. verordnet. 13. Juli. Das Infiltrat hat sich zurückgebildet, an seiner Stelle ist nur schwache Pigmentirung zu sehen, und die Kranke als gesund entlassen.

3. B. S., 43 Jahre alt, blond, gut gebaut und genährt, ledig, ist den 17. September 1878 in die Abtheilung eingetreten. Die Anamnese hat ergeben, dass der Kranke im J. 1864 stark syphilitisch war. Nach einiger Zeit, die der Kranke nicht genau zu bestimmen weiss, bekam er eine Recidive, machte eine innerliche und äusserliche Behandlung durch und blieb seit der Zeit stets gesund. Vor etwa $1\frac{1}{2}$ Jahre zog sich der Kranke ein weiches Geschwür am Penis zu, das von einem Bubo sinister suppurans gefolgt war. Der Bubo ist von einem Arzte geschnitten worden, und will seit der Zeit gar nicht heilen. Die eine Stelle heilt zu und die andere wird wieder wund, so dass der Kranke genöthigt war, von weither nach Kasan zu kommen und sich hier curiren zu lassen. Bei der Untersuchung wurde Folgendes gefunden: Der Kranke gut genährt; die Mund-, Rachen- und Nasenhöhle

sind ganz gesund; die Haut rein, nur an den unteren Extremitäten einige weisse Narben zu sehen, die noch von der ersten Krankheit zurückgeblieben sein sollen. Die linke Leistengegend ist durch eine grosse Narbe occupirt, die sich nach oben auf die vordere Bauchwand und nach unten auf die vordere Lendenfläche erstreckt. Die Ränder der Narbe, hauptsächlich der obere und der untere sind hie und da mit haselnussgrossen Infiltraten besetzt. Die Consistenz der Infiltrate ist verschieden, einige sind ganz derb und scharf begrenzt, andere mehr teigig, noch andere schon stark fluctuirend anzufühlen. Alle sind von grau-kupferrother Farbe und beim Drücken etwas schmerzhaft. Ausser den Infiltraten sind noch mehrere Geschwüre von verschiedener Grösse und verschiedener Gestalt am Rande der Narbe zu treffen. Man kann da sehr kleine aber tiefe und schmutzige Geschwüre, deren Ränder stark infiltrirt sind, finden, so dass man sehr leicht zum Schlusse gelangt, die Geschwüre seien durch den eitrigen Zerfall der oben erwähnten Infiltrate gebildet. Es sind da auch grössere Geschwüre von ganz eigenthümlicher Gestalt zu finden, nämlich solche, deren Aussenrand scharf abgeschnitten, unterminirt, sehr unrein und schmerzhaft, aus mehreren kleineren Segmenten (polycyclique) zusammengesetzt ist; der Innenrand aber flach, rein und nicht schmerzhaft erscheint. Das Bild dieser Geschwüre führt uns unumgänglich zu folgenden Schlüssen: 1. dass sie aus den früher beschriebenen kleinen Geschwüren durch das Zusammenfliessen mehrerer solcher gebildet und 2. dass sie serpiginös sind.

Das ganze Bild ist hier so charakteristisch, dass es schwer ist, in diesem Falle die Syphilis cutanea nodosa serpiginosa zu erkennen. Als Ursache der Ablagerung der syphilitischen Infiltrate muss hier der Bubo suppurans, der vielleicht durch verschiedene Verbandmittel oder durch das Herumgehen des Kranken gereizt war, betrachtet werden. Dem Kranken wurde eine gemischte antisypilitische Behandlung verordnet und local nur indifferente Verbandmittel gebraucht, und den 16. December 1878 hatten sich alle Infiltrate resorbirt, alle Geschwüre waren vernarbt und der Kranke als gesund aus der Abtheilung entlassen.

4. O. R., 23 Jahre alt, ledig, Stud. Med., ist in die Abtheilung den 10. December 1876 mit Sklerosis praeputii et Roseola diffusa gekommen. Als der Kranke 16 Einreibungen zu $\frac{1}{2}$ Dr. grauer Salbe

mit kleinen Unterbrechungen gemacht und die syphilitischen Erscheinungen sich zurückgebildet hatten, wurde er den 22. Jänner 1877 aus der Abtheilung entlassen. Im September 1877 kam der Kranke mit Syphilis cutanea papulosa miliaris wieder und wurde mittelst subcutaner Sublimat-Injectionen ambulatorisch behandelt. Eine der Einspritzungen, die am rechten Schulterblatt durch einen von meinen Schülern gemacht wurde, ist misslungen. Die Sublimatlösung war zu oberflächlich eingespritzt. Es bildete sich an dieser Stelle eine schmerzhaft Infiltration, die aber nicht abscedirte. Dem Infiltrate habe ich keine Aufmerksamkeit geschenkt und der Kranke verliess, ohne dass alle syphilitischen Erscheinungen sich zurückgebildet hatten, die Behandlung. Den 19. December 1877 trat er in die Abtheilung wieder ein. Bei der Untersuchung, die nur Syphilis cutanea papulosa miliaris in stadio involutionis ergeben hat, wurde meine Aufmerksamkeit auf eine Erscheinung genau an der Stelle der früher misslungenen Einspritzung gelenkt. Die Haut war nämlich an dieser Stelle narbig-atrophisch und von perlmutterweisser Farbe, nur die untere Grenze des Fleckes sah ganz anders aus, grau-kupferroth und stark infiltrirt. Das Infiltrat hatte eine sehr charakteristische Form; seine Aussengrenze (vom Centrum des Fleckes gerechnet) ist steil, scharf abgeschnitten und aus mehreren kleineren Segmenten zusammengesetzt, und seine Innengrenze verliert sich nach und nach in dem weissen Flecke. Der Kranke gibt an, dass er nach der misslungenen subcutanen Injection keinen Abscess an der Stelle gehabt habe und dass das Infiltrat einige Zeit, nachdem er mein Ambulatorium verlassen hatte, sich bildete.

Das ganze Bild lässt nicht verkennen, dass das Infiltrat von oben nach unten serpiginös ist und die narbig-atrophische Stelle als Folge der Rückbildung des früher dagewesenen Infiltrates betrachtet werden muss.

Es wurden dem Kranken die subcutanen Injectionen der Solutio Bambergeri verordnet. 5. Jänner 1878. Das Syphilid hat sich zurückgebildet. An der Stelle des Infiltrates ist die Haut nur pigmentirt, aber ganz flach und weich; der Kranke wurde aus der Abtheilung als gesund entlassen.

5. W. A., 18 Jahre alt, ledig, sehr stark gebauter Comptoirdiener, kam den 3. October 1878 in die Abtheilung mit Ulcera mollia praeputii und wurde mit Solut. sulphat. cupri und Guttaperchapapier

ambulatorisch behandelt. Bei den folgenden Besuchen wurde constatirt, dass die Geschwüre gut zugeheilt sind.

Den 4. December 1878 kam der Kranke wieder, aber jetzt schon mit einer Sklerosis praeputii. Es wurde ihm wieder Charpieverband mit Sulphus cupri und Guttaperchapapier verordnet. Den 29. Jänner 1879 trat der Kranke in die Abtheilung ein und ich habe bei der Untersuchung Folgendes gefunden: Phimosi in Folge der Sklerosis ad frenulum praeputii. Die ganze Aussenfläche der Vorhaut und die ganze Haut des Gliedes fast bis zu seiner Wurzel ist durch eine colossal entwickelte Schleimpapel occupirt. Der Kranke gibt an, die ganze Zeit, vom 4. December 1878 angefangen, das Glied ununterbrochen und recht fleissig mit Guttaperchapapier umwickelt zu haben. Bei der Untersuchung habe ich den Verband selbst abgenommen und konnte so constatiren, dass die Dimensionen der Schleimhautpapeln denen des Verbandes genau entsprechen. Weitere Erscheinungen der Krankheit sind: Papulae mucosae scroti et ani, Adenopathia indolens, Roseola et Syphilis cutanea papulosa lenticularis, Defluvium capillorum, Angina papulosa. Einreibungen der grauen Salbe zu $\frac{1}{2}$ Dr. 20. Februar 1879 haben sich alle krankhaften Erscheinungen zurückgebildet und den 8. März wurden die Einreibungen ausgesetzt. Dem Wunsche des Kranken zufolge ist ihm den 8. März die Circumcision gemacht und Silberdrahtnaht angelegt worden. 12. März. Nahe dem Frenulum ist die Wunde per primam zugeheilt, der übrige Theil der Wunde fängt an zu eitern. 29. März. Die ganze Wunde ist per secundam intentionem zugeheilt. Die Narbe glatt und weich. 3. April. Der Kranke entlassen.

Ausser diesen Fällen möchte ich noch zweier im J. 1873 von mir beobachteten Kranken hier kurz Erwähnung thun; die genaueren Notizen darüber sind bei mir leider in Verlust gerathen. Ich habe nämlich gesehen, dass bei einer Person, die an sehr stark entwickelter Syphilis cutanea papulosa lenticularis litt, genau an den Stellen von sieben Blutegelbissen auch sieben papulöse Efflorescenzen sich bildeten, und vor zwei Jahren bei einer anderen syphilitischen Person entwickelte sich an der rechten Tibia in Folge eines Stosses Periostitis gummosa mit nachfolgender Caries, die durch specifische Behandlung von mir geheilt wurde.

Wenn wir jetzt alle diese Fälle genau betrachten, so sehen wir, dass Reizung sehr verschiedener Art die Ablagerung des

specifischen Infiltrates, einmal in der Form, wie es Tarnowsky beschreibt (Fall 1, 2 und 4), ein anderes Mal in Form von Gummiknoten (Fall 3), ein drittes Mal in Form von Schleimpapeln (Fall 5) hervorgerufen hat, und dass das Infiltrat verschiedenen Verlauf annehmen kann. Was den Einfluss der Periode der Syphilis auf die Entwicklung des Infiltrates betrifft, so könnte man glauben, dass dies von keiner grossen Bedeutung sei, weil das Infiltrat sowohl im Anfange der syphilitischen Diathese, als auch während der Latenz der Syphilis sich in diesen Fällen entwickelte. Selbstverständlich ist die Zahl der Fälle viel zu gering, um ein endgiltiges Urtheil darüber aussagen zu können.

Wie gesagt, haben Köbner und Kaposi sonderbarer Weise kein Infiltrat durch die Aetzung hervorrufen können. Dass ein solches bei Syphilitikern wirklich durch Reiz hervorgerufen werden kann, ist nicht nur aus Tarnowsky's oder aus meinen Fällen zu schliessen, sondern man kann sich leicht davon überzeugen, wenn man z. B. die Fälle Bidenkap's, die er in seinem Aufsatze „Ueber den Contagienstreit in der Syphilis“ ¹⁾ schildert, oder die Fälle von Boeck ²⁾ durchmustert. In vielen dieser Fälle ist ausdrücklich notirt, dass an der Impfstelle sich eine Papel (d. h. Infiltration) entwickelte. Bei weiterem Verlaufe nahm fast stets die Papel an Grösse, bis zu 4''' im Diameter, zu.

Wir hatten uns die Frage gestellt: kann die Reizung (irgend welcher Natur) der Haut eines Syphilitikers die Ablagerung des syphilitischen Infiltrats hervorrufen und sind die Fälle Tarnowsky's richtig beobachtet worden?

Ich meinerseits muss die Frage mit „Ja“ beantworten.

Ad 2. Ist die Entwicklung des Infiltrates bei jedem Syphilitiker zu treffen?

Wenn wir die Arbeit Tarnowsky's durchmustern, so kommen wir leicht zu dem Schlusse, dass er bei weitem nicht in allen Fällen durch das Aetzen die Entwicklung des Infiltrates hervorbringen im Stande war. Er sagt ausdrücklich ³⁾, dass „bei der

¹⁾ Siehe Auspitz: „Die Lehren vom syphilitischen Contagium.“ Wien 1866, Seite 317.

²⁾ Archiv f. Syph. u. Derm. 1869. S. 168.

³⁾ l. c., Seite 44.

visceralen Syphilis, der Erkrankung der Knorpel und Knochen, ebenso in der gummösen Periode der Syphilis die Aetzung oft negative Resultate gibt.“ Zu demselben Schlusse führt uns auch die Betrachtung der Fälle von Köbner und Kaposi.

Wenn jedesmal und auf jede Reizung die Haut eines Syphilitikers ausnahmslos syphilitisch (in Form verschiedener Infiltrate) reagirte, so kämen solche Fälle, wie ich sie oben beschrieben habe, tagtäglich vor, weil die meisten Syphilitischen sich den verschiedensten Reizungen aussetzen, so hätten wir nie z. B. ein weiches Geschwür (Chancre) auf dem syphilitischen Boden, oder eine *prima intentio* bei Syphilitikern zu beobachten Gelegenheit.

Aber doch müssen wir nicht vergessen, dass eine solche Reaction (Infiltrat) eintreten kann. So hat Düsterhoff¹⁾ gezeigt, dass die hervortretenden Formen der Syphilis im Allgemeinen keinen Einfluss auf den Wundverlauf haben, dass aber doch manchmal bei Reizung die syphilitischen Efflorescenzen sich entwickeln und dass die tertiären Formen der Syphilis ungünstige Heilungsbedingungen geben können.

Es muss aber noch genauer erörtert werden: 1. unter welchen Bedingungen die Entwicklung der syphilitischen Erscheinungen durch die Reizung nur „au titre d'irritans sans spécificité“ leichter zu Stande kommt, und 2. ob die Periode der Syphilis irgend einen Einfluss auf die Form und den weiteren Verlauf des Infiltrates ausübt.

Ad 3. Sind die Schlussfolgerungen Tarnowsky's begründet? Hier sind zwei Fragen enthalten: a) ob die *Canterisatio provocatoria* als diagnostisches Mittel für latente Syphilis verwendbar ist, und b) ob die Entwicklung des Infiltrates gegen die neue Unitätstheorie der Syphilislehre spricht?

Was die erste Frage betrifft, so hat ein Symptom nur dann diagnostischen Werth, wenn es entweder nur ausschliesslich bei einer Krankheit zu treffen ist, oder bei der Zugehörigkeit zu mehreren Krankheiten sich jedesmal durch solche andere Nebensymptome

¹⁾ Düsterhoff: Kritik der bisherigen Ansichten über den Einfluss der constitutionellen Syphilis auf den Verlauf der Kriegsverletzungen. Arch. f. klin. Chirurgie, Bd. 22, H. 3 u. 4.

Vierteljahresschrift f. Dermatol. u. Syph. 1879.

kennzeichnet, dass daraus die richtige Diagnose gemacht werden kann. Weder dies noch jenes ist bei der Cauterisatio provocatoria der Fall. Das Infiltrat ist von Tarnowsky sowohl bei syphilitischen als auch bei scrophulösen Subjecten beobachtet und in beiden Fällen kein Unterschied des Infiltrates bemerkt worden, so dass vorläufig der Cauterisatio provocatoria der diagnostische Werth für latente Syphilis abgesprochen werden muss.

Was nun die zweite Frage betrifft, so meine ich, dass die Möglichkeit der Entwicklung eines specifischen Infiltrates an der Stelle, wo die Haut eines Syphilitikers gereizt wird, den Fällen, die zur Basis der neuen Unitätstheorie gemacht worden sind, eine ganz andere Erklärung geben muss. Wie bekannt, glauben Bidentkap, Boeck u. A. bewiesen zu haben, dass man durch die Autoinoculation des syphilitischen Secretes der Syphilitiker einmal ein weiches Geschwür (Chancr, Ulcus molle im eigentlichen Sinne des Wortes), ein anderes Mal ein hartes (Sklerosis) bekommen und man so die Möglichkeit des Ueberganges der einen Art in die andere constataren und sich von der Einheit des Giftes überzeugen könne.

Wenn wir die Experimente Bidentkap's mit denen Tarnowsky's vergleichen, so werden wir leicht sehen können, dass dieselben sich nur durch die Art der Reizung der syphilitischen Haut unterscheiden. In einem Falle wurde das Secret der künstlich gereizten Sklerose, in einem anderen die Ricord'sche Schwefelpasta gebraucht. Die Resultate der Experimente sind, meiner Meinung nach, in beiden Fällen identisch, in beiden Fällen sind einmal einfache weiche Geschwüre und gewöhnliche Aetzschorfe, ein anderes Mal infiltrierte Geschwüre und von dem Infiltrat umgebene Aetzschorfe erlangt worden. Die gleichen Resultate werden aber verschieden erklärt und der Grund dafür muss in der Verschiedenheit des gebrauchten Reizstoffes liegen, weil einmal ein quasi specifischer Stoff, ein anderes Mal ein vulgärer gebraucht worden ist.

Besteht wirklich das von Bidentkap u. A. gebrauchte Secret der künstlich gereizten Sklerosis hauptsächlich aus syphilitischem Gift, so dass die Effecte der Autoinoculation nur ihm zugeschrieben werden müssen, oder ist dabei noch die Wirkung anderer Bestandtheile des Secretes ins Auge zu fassen und vielleicht dieser letzteren der Effect der Autoinoculationen zuzuschreiben?

Wir wissen, dass 1. das klare Secret der Sklerose, wie es fast immer vorkommt, und welches die Syphilis sehr prompt übertragen kann, also das syphilitische Gift gewiss enthält, bei der Autoinoculation des Kranken fast stets fehlschlägt, dass 2. bei der Einimpfung eines zweifellos vulgären Eiters (z. B. von einer Eczempustel) auch Geschwüre ganz gleich denen von Bidentkap u. A. zu erzielen sind.

Wir sehen daraus, dass zur Entwicklung der Geschwüre nach der Methode Bidentkap's gar nicht das syphilitische Gift nöthig ist, und Bäumlér¹⁾ bemerkt ganz richtig, dass wir es bei den Impfungen Bidentkap's u. A. „bei dem durch solche Reizungen hervorgerufenem Secrete mit einem sehr complicirten Produkte zu thun haben, welches nicht einfach „syphilitischem Gifte“ gleichgesetzt werden darf; dasselbe mag wohl in vielen Fällen auch syphilitisches Gift enthalten, sein Hauptbestandtheil aber ist Eiter.“

Und diesem letzteren muss der Haupteffect zugeschrieben werden, so dass die gebrauchten Stoffe in beiden Fällen — Bidentkap und Tarnowsky — als gleiche (vulgäre) betrachtet werden können.

Wenn wir uns jetzt noch an meine Fälle erinnern, die sehr gut zeigen, dass sehr verschiedene Reizungen vulgärer Natur einen und denselben Effect — die Ablagerung des syphilitischen Infiltrates in der Haut des Syphilitikers, zur Folge haben können, so gelangen wir nothwendig zu dem Schlusse, dass die Experimente von Bidentkap, Boeck u. A. gar nicht gegen die Dualitätstheorie der Syphilislehre sprechen und von Tarnowsky ganz richtig erklärt sind.

¹⁾ Bäumlér in Ziemssen's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie, Bd. 3, S. 89.