XXXVII. Zur Kenntnis der syphilitischen Gelenkerkrankungen.

Von

Prof. Dr. RENVERS.

(Vortrag, gehalten in der Berliner Dermatol. Vereinigung am 13. Febr. 1894).

Die Frage, ob die Gelenke im Verlauf der constitutionellen Syphilis in derselben Weise wie die inneren Organe spezifisch erkranken können, ist bald zugestanden, bald geleugnet worden. Auch heute noch haben die syphilitischen Gelenkerkrankungen keine rechte Anerkennung gefunden, nicht nur weil sie in der That immerhin seltene Krankheitserscheinungen sind, sondern vor Allem weil dieselben zu wenig bekannt und nur selten Gegenstand klinischer Vorstellungen und Erörterungen sind. Die Teilung der Arbeit hat es zudem mit sich gebracht, dass gerade die Erkrankungen der Gelenke weniger dem Syphilidologen als dem innern Mediziner und dem Chirurgen zur Behandlung überwiesen werden.

Kaum ein anderes Gebiet der Medizin hat in den letzten Dezennien eine solche Vertiefung und diagnostische Umgestaltung gefunden, wie das der Gelenkerkrankungen! Der Tumor albus der Alten, die rheumatische Schwellung der Gelenke hat sich aufgelöst in eine Reihe wohl charakterisierter, spezifischer Krankheitsbilder. Neben den Arthropathien und Trophoneurosen infolge von cerebrospinalen Störungen, haben wir die Gelenktuberkulose in ihren mannigfachen Formen und Ausgängen kennen gelernt, die Beziehungen der Stoffwechselerkrankungen zu den Gelenken sind klargelegt worden und die bacteriologische Aera hat unser Verständnis für die Gelenkerkrankungen im Verlauf der Infektionskrankheiten wesentlich gefördert. Neben der Gonokokkenerkrankung der Gelenke haben die Streptokokken und Staphylokokken Invasionen unsere Aufmerksamkeit gefesselt. Gerade letztere Erkrankungen, welche oft von nur unbedeutenden Hauteiterungen oder leicht erscheinenden Mandelentzündungen ihren Ausgang nehmen und bald unter dem ausgeprägten Bilde einer multiplen Osteomyelitis, bald unter dem Bilde einer Sepsis mit multiplen Gelenkerkrankungen verlaufen, verdienen unsere besondere diagnostische Beachtung.

Kann aber durch eine geringfügige Eiterung eine multiple Gelenkerkrankung entstehen, so werden wir bei der Beurteilung der im Verlauf der constitutionellen Syphilis auftretenden Gelenkerkrankungen besonders vorsichtig sein müssen, damit wir nicht einfach sekundäre von den im Verlauf der Syphilis so häufig vorkommenden Eiterungen herrührende Gelenkerkrankungen als spezifische ansehen. Ehe wir die Syphilis als Ursache einer Gelenkerkrankung bezeichnen, werden wir die neuropathischen und Stoffwechselerkrankungen ebenso ausschliessen müssen, wie die Tuberkulose und etwaige Gonokokkenerkrankung! Dass nicht überstandene Syphilis oder eine gelegentlich eingetretene Heilung nach Mercur- oder Jod-

gebrauch eine Diagnose auf Gelenksyphilis begründen kann, brauche ich nicht auszuführen.

Nach diesen Erörterungen werden Sie mir zustimmen, wenn die alte Literatur über Syphilis bis zum Beginn der neuen Ära mit dem Auftreten von Ricord inbezug auf die Gelenkleiden nur mit grösster Vorsicht herangezogen werden kann. Immerhin ist es bemerkenswert, dass schon beim Auftreten der Syphilis am Ende des 15. Jahrhunderts, ebenso die folgenden Schriftsteller im 16., 17. und 18. Jahrhundert von den Erkrankungen der Gelenke bei Syphilis sprechen, dabei im wesentlichen die Erkrankungen der Knochen und der Bandapparate betonen. In der neuen Ära haben die Begründer der gegenwärtig noch geltenden Syphilislehre, *Hunter* und *Ricord* sich im wesentlichen gegen die Beteiligung der Gelenke infolge von Syphilis ausgesprochen, während die um die Bearbeitung der Gelenkerkrankungen hochverdienten Chirurgen *Bonnet*, *Verneuil* und *Vollmann*, sowie von Syphilidologen *Fournier* die Wichtigkeit der Syphilis in der Ätiologie der Gelenkerkrankungen hervorheben. Von den deutschen Chirurgen hat *Schüller*, von den Syphilidologen *Finger* das Verdienst in ausführlichen Arbeiten die Gelenksyphilis behandelt zu haben. Trotzdem namentlich von chirurgischer Seite casuistisches Material allerdings spärlich gesammelt worden, ein Bürgerrecht hat die Gelenksyphilis in der Nosographie noch nicht erlangt.

Die meisten Fälle von Gelenksyphilis segeln noch immer unter der Flagge des acuten und chronischen Gelenkrheumatismus. Aus diesem Sammelbegriff die Gelenksyphilis zu trennen, gebietet die eminent praktische Bedeutung, welche diese Diagnose für die Behandlung gewinnt.

Meine Aufmerksamkeit wurde bei Gelegenheit des Studiums des acuten Gelenkrheumatismus zuerst auf die Gelenksyphilis hingelenkt, deren Vorkommen im Verlauf der tertiären Syphilis bekannt, aber deren Erscheinungen während der Frühsyphilis klinisch kaum Beachtung gefunden haben. Die Erfahrungen, welche ich auf diese Erkrankung aufmerksam geworden, am Krankenbette gesammelt, möchte ich Ihnen heute mitteilen, dabei gleich hinzufügen, dass zu meiner Genugthuung und Freude beim späteren Studium der diesbezüglichen Literatur ich ähnliche Beobachtungen in den bereits mitgeteilten Arbeiten niedergelegt fand, so dass meiner Ueberzeugung nach der Gelenksyphilis eine klinische Bedeutung zuzuschreiben ist.

Die Gelenksyphilis tritt bald ohne, bald mit objectiv nachweisbaren Gelenkveränderungen auf.

Die erstere Form wird Ihnen besonders häufig vorkommen, da sie der Frühsyphilis angehört, ja meist im ersten und zweiten Incubationsstadium beobachtet wird. Unter zunehmender Mattigkeit und langsam fortschreitender Anaemie stellen sich namentlich in beiden Schulter und Ellenbogengelenken, seltener in den Hüft- und Kniegelenken, meiner Beobachtung nach aber immer zuerst in den am meisten körperlich angestregten Teilen reissende Schmerzen ein, die in der Ruhe und Bettwärme an Intensität zunehmen, auf Druck gelinder werden, aber auch so heftig sein können, dass

wegen der Gelenksbeschwerden solche Pat. die Krankenhausbehandlung aufsuchen. Die nähere Untersuchung der meist schon antirheumatisch mit Salicyl und Ichthyol behandelten Pat. ergibt, dass die Gelenke frei beweglich sind, dagegen die Schmerzen in den das Gelenk umgebenden Weichteilen ihren Sitz haben und namentlich die *Valleix*'schen Druckpunkte im Verlauf der jeweilig betroffenen Nerven besonders empfindlich sind. Die klinische Beobachtung solcher Pat., deren Gelenksbeschwerden weder durch heisse Bäder und Massage noch durch antirheumatische Mittel irgendwie gelindert werden, ergibt dann eine langsam wachsende Anschwellung der oberflächlichen Lymphdrüsen, und meist unter leichter Temperatursteigerung verschwinden plötzlich die Gelenksbeschwerden während ein syphilitisches Exanthem auf der Haut sichtbar wird. Wer dieses Krankheitsbild gesehen, die lebhaften Klagen der Pat. einmal gehört, wird oft in der Lage sein seinen Kranken Hilfe zu bringen, wenn er die Aetiologie beachtet. Diese syphilitische Pseudogelenkerkrankung gehört meist der ersten und zweiten Incubationsperiode an, ist durch Einwirkung des syphilitischen Virus entstanden und weicht nur einer spezifischen Behandlung. Der zuerst fieberlose, bei beginnender Lymphdrüsenanschwellung mit unregelmässigen leichten Temperatursteigerungen einhergehende Verlauf, die Heftigkeit der Nachts sich verschlimmernden Gelenksbeschwerden ohne objectiv nachweisbare Gelenkerkrankung, die Localisation in den am meisten angestregten Gelenken, die begleitende Anaemie, die stets vorhandene primäre Sklerose an der Infectionsstelle, die multiple wachsende Drüsenanschwellung werden dem aufmerksamen Beobachter Anhaltspunkte genug geben, um die Diagnose einer syphilitischen Erkrankung zu stellen. Dass bei diesen Erkrankungen pathologisch-anatomische Veränderungen in den Gelenken schon vorhanden, ist unwahrscheinlich, vielmehr anzunehmen, dass beginnende irritative Vorgänge in den Muskeln, Bändern und Nerven durch das syphilitische Virus die Ursache der heftigen Beschwerden sind.

Während diese eben besprochenen Affectionen häufiger vorkommen, sind die objectiv nachweisbaren Gelenkerkrankungen infolge der Syphilis verhältnismässig seltene Krankheitsbilder, die meist nur bei schwerer Infection oder unzweckmässiger Behandlung der Frühsyphilis auftreten und auch dann noch meist infolge einer Ueberanstrengung oder Verletzung in die Erscheinung treten.

Diese Fälle sind sowohl in ihrem klinischen Verlauf, als auch in ihrem pathologisch-anatomischen Verhalten verschieden je nachdem dieselben im sekundären oder tertiären Stadium der constitutionellen Syphilis sich entwickeln.

Die im sekundären Stadium von mir beobachteten Erkrankungen verliefen alle unter dem Bilde eines subacuten multiplen Gelenkrheumatismus, während die der Spätsyphilis angehörenden Formen als monoarticuläre Erkrankung oder unter den Anzeichen eines chronischen mit Verödung der Gelenke endenden Gelenkrheumatismus ihren Verlauf nahmen.

Lassen Sie mich an der Hand eines typischen Falles Ihnen

zunächst den klinischen Verlauf und die Merkmale des auf Syphilis beruhenden subacuten Gelenkrheumatismus schildern.

Eine 22jährige Frau wird inficiert, das erste Auftreten der Frühsyphilis wird nicht beobachtet. Zunehmende Schwäche, Ausfall der Haare, Kopfschmerzen und Abmagerung werden auf beginnende Schwangerschaft geschoben, da die Regel ausgeblieben. Eine im 3. Monat vorgenommene gynäkologische Untersuchung fällt negativ aus, dabei werden angeschwollene Lymphdrüsen entdeckt und die Möglichkeit einer Syphilis festgestellt. Sechs Monate nach der Infection erste Mercurbehandlung mit 20 Einreibungen à 2 g. Besserung des Allgemeinbefindens bei kräftiger Diät und möglichster Schonung der Kräfte. — Nach 4 Monaten tritt eine papulöses Syphilid an der Wange und Schulter auf, welches durch Bäder und Schmierkur, 25 Einreibungen à 2,0, behandelt wird. Nach anscheinend vollständiger Genesung tritt Schwangerschaft ein. Pat. nimmt während derselben in den ersten 4 Monaten im ganzen ca. 50 g Jodkali. Die Schwangerschaft verläuft normal, ein gesundes Kind wird geboren und das Wochenbett gut überstanden. Vier Monate später erkrankt Pat. während einer Reise mit heftigen Schmerzen in beiden Schulter-, Ellenbogen- und linkem Kniegelenk, letzteres schwillt an, dabei remittierendes Fieber, welches abends bis 39,5 steigt.

Die Diagnose Gelenkrheumatismus wird gestellt und unter zunehmenden Beschwerden das ganze Heer von neueren antirheumatischen Mitteln ohne jeden Erfolg versucht. Die Möglichkeit einer syphilitischen Erkrankung wird dem Arzte zur Erwägung gestellt, aber abgewiesen mit der Begründung, dass es sich um einen einfachen Gelenkrheumatismus handele.

Vier Wochen nach Beginn dieser Erkrankung sah ich die Kranke. Abgemagert, blass und elend aussehend, nach 19 Pfd. Gewichtsabnahme, durch schlaflose Nächte körperlich und moralisch heruntergebracht, von den heftigsten Beschwerden im linken Schultergelenk namentlich in der Nacht gepeinigt, ergab die Untersuchung bei nicht nachweislich erkrankten innern Organen eine leichte Schwellung der linken Schultergelenksgegend. Jede Bewegung sowie Druck auf die Gelenkkapsel waren schmerzhaft. Das linke Kniegelenk war um 3 cm stärker wie das rechte, aber nur bei Bewegung schmerzhaft, im Gelenk ein mässig starker Erguss. Alle übrigen Gelenke objectiv nicht verändert. Die weitere Untersuchung ergab eine auffällige Schmerzhaftigkeit des Manubrium Sterni und der Spina scapulae sin. Ich fand keine Gonokokken im Vaginalsecret. Einige auffällige Narben an der Haut des Rumpfes lenkten meine Aufmerksamkeit auf die überstandene Syphilis. Die genaue Besichtigung ergab eine noch bestehende Anschwellung der Nacken- und Inguinaldrüsen, Leukoderma am Halse, dazu ein einziges 10 Pfennig grosses, flach papulöses Syphilid an der Rückenhaut. Fieber bestand zur Zeit der Untersuchung nicht. Pat. gab bestimmt an, während ihrer schlaflosen Nächte von Frost und Hitze befallen zu werden und in Schweiss gebadet jeden Morgen Stunden lang zuzubringen. Eine stündlich vorgenommene, durch 8 Tage fortgesetzte Körpermessung

ergab mir das überraschende Resultat, dass in der That nur im Verlaufe der Nacht, meist zwischen 3 und 4 Uhr eine rasch abfallende Temperatursteigerung bis zu 39,3, einmal bis 40 ° bestand, während im Verlaufe des Tages subnormale Temperaturen bestanden. Meine Diagnose lautete Gelenk-Syphilis und eine dem entsprechende Mercur- und Jodkalibehandlung liessen alle Beschwerden verschwinden. Schon nach 8 tägiger antisypilitischer Kur bildeten sich die Gelenkschwellungen zurück, die heftigen Schmerzen liessen nach, das Fieber hörte auf und nach subcutanem Gebrauch von 0,32 Sublimat konnte Pat. geheilt aus der Behandlung entlassen werden.

In zwei anderen von mir beobachteten Fällen bestand gleichfalls bei jugendlichen weiblichen Personen, neben den multiplen Gelenksanschwellungen der Knie- und Fussgelenke bei subacutem remittirendem Fieber und nächtlich exacerbierenden Schmerzen, eine im Verlaufe der Beobachtung zunehmende syphilitische Cachexie, in einem Falle von einem spärlichen papulösen Syphilid und Drüsenanschwellungen, in einem andern Falle von einer Iritis syphilitica und einem spärlichen Exanthem begleitet. Schon ausserhalb der Anstalt waren beide Mädchen einer Salicylkur ohne Erfolg unterzogen; auch eine nochmalige Kur im Krankenhaus, zunächst von der Voraussetzung ausgehend, dass es sich um einen acuten Gelenkrheumatismus handele, blieb gänzlich erfolglos. Erst die Annahme der Syphilis als Aetiologie der Gelenkerkrankung gab uns das Mittel zur Heilung in die Hand.

Man könnte einwenden in diesen und ähnlichen Fällen ist der acute Gelenkrheumatismus compliciert mit einer recedenten oder recidivierenden Syphilis. Dagegen spricht nach meinen Erfahrungen das therapeutische Resultat. Der acute Gelenkrheumatismus, der mit starken Schweissen, hohem continuirlichen Fieber, multiplen schmerzhaften Gelenkschwellungen und häufiger Beteiligung der serösen Häute verläuft, dessen Aetiologie wir nicht kennen, ist stets durch eine richtig geleitete Salicylkur günstig zu beeinflussen. Ich möchte soweit gehen und sagen, wenn eine regelrecht eingeleitete Salicylkur eine multiple acute Gelenkerkrankung nicht beeinflusst, dann liegt eben kein acuter Gelenkrheumatismus vor und ist es Sache des Arztes, sich nach anderen aetiologischen Momenten umzusehen. Nicht selten wird er dann eine Gonorrhoe, eine septische Erkrankung, abgelaufene Infectionskrankheit oder Tuberculose und Syphilis als Grund der Gelenkerkrankung finden. Von den mir in das Krankenhaus mit der Diagnose acuter Gelenkrheumatismus eingelieferten Fällen, die meist alle schon einer Salicylkur ausserhalb des Spitals unterworfen worden, sind etwa 60 pCt. der Fälle wirklich als solche anzusehen! Ich betonte oben eine regelrechte Salicylkur. Ebenso wenig wie Chinin zu beliebiger Zeit in kleinen Dosen verabreicht, die Malaria heilt, ebenso wenig wirkt Salicyl in verzettelten Dosen. Eine Zahl für die Höhe der Dosierung ist nicht anzugeben, man muss stündlich so lange Salicyl gebrauchen lassen, bis Intoxicationerscheinungen auftreten, nur dann tritt eine Einwirkung auf die Gelenksbeschwerden ein und zwar bei dem einen Pat. schon nach 3, dem anderen erst

nach 8 bis 10 g acid. salicyl. — Nur eine so geleitete Kur gestattet auch vom Erfolg einen diagnostischen Rückschluss.

Fassen wir die klinischen Symptome der im sekundären Stadium der Syphilis auftretenden Gelenkerkrankungen zusammen, so würde bei einer multiplen acuten schmerzhaften Gelenkschwellung der subacuten Verlauf bei remittierendem Fieber, eine auffällige allgemeine Cachexie und Anaemie, die nächtlichen Schmerzsteigerungen, das Nochbestehen oder Vorangegangensein einer syphilitischen Haut- oder Schleimhaut- und Drüsenerkrankung, das Fehlen einer Erkrankung der serösen Häute und des Endocards, die versagende Wirkung der Salicylsäure, die rasche Einwirkung einer spezifischen Kur uns wichtige Fingerzeige für die Diagnose geben, zumal wenn septische Erkrankungen ausgeschlossen werden können.

Pathologisch-anatomisch gehören diese Formen den irritativen Vorgängen an und sind analog den Haut- und Schleimhaut-, sowie Drüsenerkrankungen zu beurteilen. Das geschwollene Gelenk enthält ein trübseröses, schleimiges, zellenreiches, aber bakterienfreies Exsudat, die Synovialis ist verdickt und gerötet, die Gelenkzotten leicht angeschwollen. Knorpel und Knochen sind nicht verändert. Nichts deutet in diesen Fällen an den Gelenken auf pathologisch-anatomisch zu begründende spezifische Veränderungen.

Mehr anerkannt, diagnostisch schwieriger aber doch hinlänglich charakterisiert, sind die syphilitischen Gelenkerkrankungen, welche der tertiären Syphilis angehören. Zwei klinisch und pathologisch-anatomisch verschiedene Formen sind hier zu unterscheiden.

Die erste Form in Schüben unter leicht remittierendem Fieber, an mehreren Gelenken zugleich auftretend, mit partieller bindegebiger Ankylose der Gelenke durch Jahre hindurch verlaufend, ist stets mit visceraler Syphilis vergesellschaftet, die je nach der Localisation mehr oder weniger auffällig klinisch in die Erscheinung tritt. Erst durch das Bestehen der visceralen Syphilis wird gewöhnlich die Aufmerksamkeit auch auf die chronische Gelenkerkrankung als einer syphilitischen Erkrankung hingewiesen. Diese Fälle sind es, welche durch Bäderkuren und Jodkali unter der Diagnose chronischer Gelenkrheumatismus günstig beeinflusst werden. Klinisch erinnert diese Form an eine Arthritis deformans, nur mit dem Unterschiede, dass die Knochenveränderungen in der Umgebung der geschwollenen Gelenke fehlen und meist die grösseren Gelenke beteiligt sind. So wenig diese Form durch spezifische besondere klinische Symptome gekennzeichnet, so eindeutig ist der pathologisch-anatomische Befund in diesen Fällen. Die Hauptveränderungen an den Gelenken zeigen sich in Gestalt von narbigen Einziehungen an den freien Knorpelflächen, die infolgedessen höckerig, narbig aussehen. Der Grund dieser Vertiefungen in den Gelenkknorpeln ist mit Bindegewebe ausgefüllt, der Process als eine abgelaufene Chondritis anzusehen. Die Gelenkhöhle enthält meist im Gegensatz zur Arthritis deformans noch Synovia. Die Gelenkhaut ist stets verdickt, die Zotten vergrössert, dabei bindegewebige Verwachsungen der Gelenkbänder, namentlich in den grossen Gelenken. Diese von *Hüter* klinisch beschriebene, von *Virchow* gelegentlich einer Diskussion in der

Mediz. Gesellschaft patholog. - anatomisch charakterisierte Form habe ich selbst in einem Falle gesehen, den ich für einen chronischen Gelenkrheumatismus gehalten hatte. — Es handelte sich um einen 53-jährigen Bürstenmacher, der im Zustand hochgradiger Cachexie mit multiplen seit 9 Jahren bestehenden Gelenkschwellungen - Albuminurie und Glykosurie in das Krankenhaus aufgenommen wurde. Weder anamnestisch noch objectiv waren sichere Zeichen von Lues vorhanden. Unter leichtem remittierendem Fieber, wechselnden Gelenkbeschwerden, verschwand zunächst bei diätetischer Behandlung der Zucker aus dem Urin. Nach monatelanger erfolgloser Gelenk-Behandlung starb Pat. an einer Influenza Pneumonie.

Die Obduction ergab zu unserer Ueberraschung eine ausgedehnte viscerale Syphilis in der Leber, Niere und Milz, daneben amyloide Degeneration sämtlicher Baueingeweide, namentlich der Nieren. Die Gelenke zeigten die oben beschriebene Chondritis-syphilitica.

Einen frischen Fall dieser Form der Chondritis syphilitica habe ich gegenwärtig in Behandlung. Bei dem 33-jährigen Arbeiter K., welcher vor Jahren unter Gebrauch von Quecksilber Syphilis überstanden, trat vor 3 Monaten unter subacutem Fieber eine stets recidivierende, durch Salicyl nicht beeinflusste multiple schmerzhaft Gelenkerkrankung auf, die mit entzündlicher Rötung der Haut, aber mässigem Gelenkerguss in die grösseren Gelenke verlief. Grosse Blässe, allgemeine Cachexie, nächtliche Schmerzsteigerungen waren auffallende Symptome bei dem jugendlich sonst rüstig gebauten Manne. Erst das Auftreten einer Periostitis am Köpfchen des Radius und an dem condylus externus der Tibia lenkten die Aufmerksamkeit auf die vorangegangene Lues, deren ursächlicher Zusammenhang mit der Gelenkerkrankung aus dem Einfluss der nun angewendeten Jodkaliumtherapie bald ersichtlich wurde.

Im Gegensatz zu dieser multiplen Chondritis syphilitica der Gelenke steht die monoarticuläre Form der syphilitischen Gelenkentzündung. Diese nimmt in der Regel ihren Ausgang von einer Herderkrankung in der Epiphyse eines Röhrenknochens oder von einer Periostitis, gelegentlich auch von einer Erkrankung der Gelenkkapsel oder Bänder. Das Gelenk erkrankt in diesen Fällen meist sekundär und ist die Form der Erkrankung im wesentlichen abhängig von dem Verlauf und der Art der Herderkrankung im Knochen oder den Gelenkbändern. — Die Bildung eines chronischen Hydrarthron kann ebenso erfolgen wie eine ausgedehnte Vereiterung des Gelenkes nach Durchbruch des Knochenherdes in das Gelenk. Nur das Bestehen anderer spezifischer Knochenerkrankungen oder visceraler Syphilis kann in solchen Fällen die Diagnose sichern, zumal klinisch eine Unterscheidung von einem tuberculösen Prozess nicht möglich sein dürfte. In einem von mir beobachteten Falle dieser Art war die primäre Syphilis durch einen Heilgehülfen vollständig ungenügend behandelt worden. Bei dem anaemischen, kräftig gebauten, jugendlichen Arbeiter trat nach geringfügigem Trauma eine Anschwellung des linken Kniegelenkes ein, welche aller Behandlung trotzte. Die genaue Untersuchung des Mannes

ergab neben dem Hydrathron eine diffuse Auftreibung der unteren Epiphyse des Femur, die auf Druck schmerzhaft war. Die vorangegangene Syphilis, das Bestehen multipler Drüsenschwellungen, die allgemeine Cachexie, das Fehlen tuberculöser Erkrankungen liess die Wahrscheinlichkeitsdiagnose der syphilitischen Knochenkrankung stellen, die durch den raschen Erfolg einer spezifischen Therapie bestätigt wurde.

Neben den pathologisch-anatomisch wie klinisch anerkannten hereditären syphilitischen Gelenkerkrankungen der Neugeborenen, die praktisch nur zu wenig Beachtung finden, kommt bei beginnender Pubertät eine deformirende Gelenkerkrankung vor, welche unter dem Bilde der Chondritis syphilitisch verlaufend, wahrscheinlich ist auf hereditäre Syphilis zurückzuführen. Eine weitere Beschäftigung mit dieser Erkrankung wird mir Gelegenheit geben, Ihnen gelegentlich meine Beobachtungen darüber vorzulegen.

Aus den obigen Mitteilungen werden Sie hoffentlich die Ueberzeugung gewonnen haben, dass in der Aetiologie der Gelenkerkrankungen auch der Syphilis eine nicht zu unterschätzende Bedeutung zukommt. Ist die Aufmerksamkeit auf diese Erkrankungen einmal wieder hingelenkt, so werden Sie alle durch weitere Beobachtungen die Klinik der Gelenksyphilis bereichern können. Bei der Diagnose der Gelenksyphilis handelt es sich aber nicht nur um eine theoretisch interessante, sondern um eine praktisch höchst wichtige Thatsache, welche zum Heile des Kranken unser Handeln beeinflusst.

XXXVIII. Die im höheren Lebensalter erworbene Syphilis und die Krankheiten des Nervensystems.

Von

Prof. Dr. E. MENDEL.

Vortrag, gehalten in der Berliner Dermatologischen Vereinigung am 13. Februar 1894.

Syphilis wird bekanntlich vorzugsweise im jugendlichen Alter erworben. Unter dem höheren Lebensalter, in dem die Syphilis verhältnismässig selten, nur primär auftritt, verstehe ich mit *Sigmund* beim männlichen Geschlecht das Alter jenseits des 55. Lebensjahres, bei dem weiblichen das jenseits des 45. Lebensjahres, eine Grenzbestimmung, welche selbstverständlich eine gewisse Willkürlichkeit einschliesst.

Wie gross der Procentsatz dieser späten Syphilis ist, darüber fehlt es, soviel ich aus der Litteratur entnehmen kann, an allen statistischen Angaben, und nur wenige Arbeiten sind vorhanden, in denen überhaupt auf diese Syphilis im höheren Lebensalter aufmerksam gemacht wird. Da, wo dies geschieht, sind die Autoren