Morbus Brightii syphilitischen Urprungs.

Von

Dr. Anton Elsenberg,

Primararzt der Abtheilung für venerische und Hautkrankheiten im Israelitenhospitale
zu Warschau.

Unsere Kenntnisse über die syphilitische Nierenentzündung datiren eigentlich von Rayer, welcher bereits im Jahre 1840 geeignete Fälle geschildert hat. Die weiteren Arbeiten von Virchow, Beer, Wagner u. A. haben etwas Licht auf diese Frage geworfen und die neueren Beobachtungen haben zur Aufklärung der letzteren schon wenig beigetragen. Und dies ist nicht ohne Grund. Es ist schwierig in jedem gegebenen Fall mit Bestimmtheit zu behaupten, dass die Nierenaffection syphilitischen Ursprungs sei und dass derselben Syphilis unzweifelhaft zu Grunde liege. Wir tragen stets solche Bedenken, dass die Diagnose stark in Zweifel gebracht werden könnte. Zum Beispiel, wir wissen sehr häufig nicht, seit wie lange das Nierenleiden datirt, ob dasselbe vor oder nach der syphilitischen Infection entstanden war; ist auch die vom Patienten oder dessen Umgebung gewonnene Anamnese nicht immer genau und sicher. Sind wir auch bereits sicher, dass die Nierenaffection späteren Datums als die Syphilis ist, so steigen auch dann ernste Zweifel bei uns auf, und zwar: könnte nicht der Syphilitiker, gleich einem vollständig gesunden Individuum an einer Nephritis erkranken, der nicht Syphilis, sondern ganz andere Ursachen, die auf ihn gleich wie auf jedes gesunde Individuum wirkten, zu Grunde liegen; vielleicht ist sogar der Syphilitiker auf manche Reize empfindlicher, dann könnten wir nur über eine auf syphilitischem Boden entstandene Nephritis sprechen.

Es kann doch der Syphilitiker an verschiedenen Affectionen erkranken, die keine Zeichen von Syphilis an sich tragen und mit der Syphilis in keinem Zusammenhange stehen.

In den letzten Zeiten wurde noch ein Bedenken aufgescharrt, nämlich: sind die Albuminurie und die Nierenveränderungen bei Syphilitikern nicht auf die Mercurialbehandlung zurückzuführen; mit anderen Worten, ist es nicht das Quecksilber, welches aus dem Organismus in beträchtlicher Quantität durch die Nieren ausgeschieden, deren Parenchym reizt und somit die krankhaften Veränderungen hervorruft.

Weland er behauptet, dass diejenigen Patienten, die vor der Ansteckung mit Syphilis ein Nierenleiden hatten, nach Application einer Mercurialcur stets Eiweiss im Harn zeigten, dass diese Albuminurie bei weiterer Behandlung zunimmt, um nach Aufhörung der Quecksilberdarreichung zu schwinden; ferner erwähnt er zweier mit Quecksilber nicht wegen Syphilis behandelten Patienten, bei denen im Verlaufe der Behandlung Albuminurie aufgetreten war. Dasselbe findet in manchen Syphilisfällen statt (nach Berechnungen von Weland er in 12·5%), während der Mercurialbehandlung treten im Harne Eiweiss und hyaline Cylinder auf. Diese geringe Albuminurie hängt jedoch nach Weland er's Ansicht von der individuellen Disposition ab und geht nach Entfernung des Quecksilbers rasch vorüber, indem sie weder irgend welche Folgezustände noch Neigung zu künftigen Nierenentzündungen hinterlässt. Schwimmer¹⁾ fand ebenfalls im Harn Syphilitiker während der Mercurialbehandlung (bei 9·2%) Eiweiss, behauptet jedoch, dass diese Albuminurie bei Fortsetzung der specifischen Behandlung zugleich mit den syphilitischen Erscheinungen verschwand und nur in einem Fall traten die secundären syphilitischen Erscheinungen in dem Masse, als man die Quecksilberbehandlung fortsetzte, zurück, während die Albuminurie zunahm. Schwimmer betrachtet jedoch das Quecksilber nicht als Ursache der Albuminurie. Fournier beobachtete in seiner Klinik in einem Zeitraum von 2 Jahren nicht einen einzigen Fall von Albuminurie, die auf die Mercurialeinwirkung zurückzuführen wäre.

¹⁾ Ueber das Vorkommen der Albuminurie bei luetischen Affectionen. Wiener medicin. Wochenschrift. Nr. 50—52. 1892.

Meine noch im Jahre 1884¹⁾ veröffentlichten Versuche veranlassten mich, bereits damals die Meinung auszusprechen, dass das in den üblichen Dosen dargereichte Quecksilber keineswegs die Nieren reize noch entzündliche Veränderungen in denselben hervorrufe; heute hat mich die vieljährige Erfahrung im Hospital noch mehr in dieser Ueberzeugung befestigt.

Solche Bedenken kommen uns stets entgegen, wenn es sich um die Diagnose einer Nierensyphilis handelt. Jedoch lehrt die Erfahrung, dass man von Nierensyphilis mit grösster Wahrscheinlichkeit nur dann zu sprechen berechtigt ist, sobald die Nierenaffection gleichzeitig von anderen unzweifelhaften syphilitischen Symptomen begleitet ist; als Bestätigung dieser Thatsache wird von vielen Aerzten häufig der günstige Einfluss der specifischen Behandlung auf den Nierenprocess citirt.

Es sind viele verschiedenartige Formen der syphilitischen Nierenaffection geschildert worden, die jedoch in den folgenden paar Formen geschlossen werden können:

1. Eine vorübergehende, zuweilen kaum einige Tage anhaltende Albuminurie tritt im Verlaufe von Exanthemen des früheren Stadiums auf. Die anatomischen Veränderungen in den Nieren sind nicht untersucht worden, dieselben müssen jedoch höchst wahrscheinlich auf Hyperämie der Nieren und Trübung deren Epithels, wie es bei sehr vielen Infectiouskrankheiten der Fall ist, beruhen.

2. Es wurde die acute Bright'sche Krankheit, die sich weder klinisch noch anatomisch von Morbus Brightii nicht-syphilitischen Ursprungs unterscheidet, sowohl im frühen, wie im späteren Stadium der Syphilis beschrieben worden.

3. Die chronische Bright'sche Krankheit, von der man dasselbe sagen kann. Ich möchte hier bloss betonen, dass manche Syphilographen Veränderungen in den kleinsten Nierengefässen constatirt haben, welche der Syphilis eigenthümlich sind (endoarteriitis obliterans), und *Lecorché* und *Talamon* beschreiben eine im Verlaufe von Syphilis entzündlich veränderte Niere, die mit röthlichen und gelblichen Fleckchen besäet war — *gros rein mou bigarré* (grosse weiche bunte Niere).

¹⁾ Zmiany nerek przy otruciu rtęcią r. 1884.

4. Einseitige oder partielle Nierenschrumpfung, die, soweit mir bekannt, nur von Weigert, Key und Wagner beschrieben wurde.

Weigert¹⁾ fand in zwei Fällen bei Syphilis eine Schrumpfniere und in beiden Fällen waren die kleinen Nierenäste hochgradig verändert. Sechs solche Fälle beschreibt Wagner.²⁾ Nachdem er angeborene Processe, Embolie, Pyelitis ausgeschlossen hat, konnte er das Vorhandensein einer einseitigen Schrumpfniere nur auf Syphilis zurückführen. Die der Schrumpfung anheimgefallene Niere war sehr klein, in einem Falle kaum wallnussgross; dagegen war die gesunde Niere compensatorisch bedeutend hypertrophisch. Wagner fand ebenfalls in zwei Fällen Veränderungen in der Arterie der kranken Niere. Key sah schliesslich in einem Falle eine Schrumpfung, die sich bloss auf die unteren Abschnitte der beiden Nieren beschränkte.

Diese Form des Nierenleidens ist es, die vielleicht am meisten für dessen syphilitischen Ursprung spricht.

5. Die amyloide Degeneration der Nieren, welche die schweren, veralteten Formen der Syphilis, zumal die ausge dehnten ulcerirenden Formen derselben, die Knochen- und Gelenkaffectionen u. s. w. zu begleiten pflegt.

6. Schliesslich die Nierengummata, die echt charakteristische Form, deren syphilitischer Ursprung über jeden Zweifel erhaben ist. Gummata der Nierensubstanz wurden von Lance-reaux, Cornil, Klebs, Rey, Beer, Spiess, Wagner, Weland er und And. beschrieben worden. Seiler beschreibt sogar Gummiknoten der Nierensubstanz, die bei Lebzeiten diagnosticirt und nach dem Tode des Patienten bestätigt wurden. Weland er³⁾ schliesst aus seinen Fällen und aus dem Seiler-schen Fall, dass die Diagnose eines zerfallenden Gummiknotens der Niere bei einem Syphilitiker möglich ist, sobald plötzlich, ohne Fieber und ohne Schmerzen in der Nierengegend, Albu-

¹⁾ Volkmann's Sammlung klin. Vortr. 1879. Nr. 162—3.

²⁾ Die constitutionelle Syphilis und die davon abhängigen Nieren-krankheiten. Deutsches Arch. f. klin. Med. 1881. Bd. XXVIII. p. 94—119.

³⁾ Ueber Albuminurie und Cylindrurie durch Syphilis und Queck-silber. Nordisk. Medicins. Arkiv. Bd. XXIII. Nr. 29.

minurie auftritt mit einem schmutzigen blutigen Harn und mit einem Blut, blutige Cylinder, Fetttröpfchen, zerfallende Zellen enthaltenden Sediment und sobald diese Harnveränderungen bald schwinden.

Was die Häufigkeit der Nierensyphilis anbelangt, so müssen wir bemerken, dass dieselbe keineswegs häufig vorkommt, im Gegentheil, man fand bei Syphilis höchst selten Nierenveränderungen. Bamberger ¹⁾ z. B. gibt an, dass aus der Gesamtzahl von 2430 (secirten) Fällen von Morbus Brightii nur in 49 Fällen (also in 2%) Syphilis als vermuthliche Ursache angesehen werden konnte. Fürbringer sah zwischen 100 Kranken nur bei 12 Albuminurie, Weland er zwischen 280 Kranken nur bei 14, Schwimmer auf 250 Fälle nur 3 u. s. w. Aus diesen einigen Ziffern sehen wir, wie selten eine vorübergehende Albuminurie und noch seltener die dem Morbus Brightii eigenthümlichen Nierenveränderungen im Verlaufe der Syphilis auftreten. In der Tabelle von Bamberger nimmt die Syphilis als ätiologisches Moment für die Bright'sche Krankheit erst die zehnte und, es fehlte nicht viel, die vorletzte Stelle ein; dieselbe prädisponirt also sehr wenig zur Nierenaffection. Diese Seltenheit des Nierenleidens im Verlaufe von Syphilis, also die bis heutzutage spärlichen Schilderungen veranlassen mich, zwei von mir in den letzten Jahren beobachtete Fälle zu publiciren.

I. R. F., 35jährig, verheiratet, wurde ins Hospital am 3. September 1891 (Hauptbuch Nr. 4076) aufgenommen. Die Patientin ist von mittlerer Körperlänge, gracilem Bau. Die unteren Extremitäten bis zu den Knien ziemlich stark angeschwollen, weniger die Lider. Lungengrenzen normal, Vesiculärathmen, in den unteren Abschnitten diffuse feuchte Rasselgeräusche. Die Herzdämpfung ist nicht grösser als normal, aber der Spitzenschlag ist im 5. Intercostalraum fühlbar. Die Herztöne sind rein, nur ist der erste Aortenton ziemlich bedeutend verstärkt. Lebergrenzen normal; Milz nicht palpibar, ihre obere Grenze beginnt an der 7. Rippe. Seitens der Verdauungs- und Geschlechtsorgane ist nichts Abnormes zu finden. Appetit herabgesetzt. Harn sehr trübe mit mässigem Sediment; die Tagesmenge beträgt 800 Ccm., Reaction schwach sauer, spec. Gewicht 1012. Dieser Harn enthält ziemlich viel Eiweiss, im Sedimente sieht man zahlreiche zellige oder hyaline Cylinder, viele Lymphzellen und spärliche rothe Blutkörperchen.

¹⁾ Volk m. Sammlung klin. Vortr. Nr. 173.

Die Patientin ist höchst apathisch, gleichgiltig betreffs dessen, was sie selbst anbelangt, antwortet träge, ungern, scheint viel nachzudenken, bevor sie eine Antwort gibt, als ob sie nicht hörte (obgleich ihr Gehörsinn sehr gut entwickelt ist) oder nicht verstände, was man zu ihr spricht. Der Blick verwirrt, häufig in die Ferne unbeweglich gerichtet. Pupillen nicht erweitert, auf Licht normal reagierend; irgend welche Contractionen oder Lähmungen im Gebiete der cerebralen oder anderen Nerven nicht zu bemerken.

An der Höhe der zweiten Rippe rechts befindet sich eine rundliche, 3 Cm. lange und 2 Cm. breite Ulceration mit erhabenen und infiltrirten, ziemlich harten Rändern; der tief in das Hautgewebe hineindringende Grund des Geschwürs ist mit einem ziemlich reichlichen, eitrigen Secrete bedeckt. Gleich unterhalb dieser Ulceration befindet sich eine andere, halb so grosse, von demselben Typus und Ursprung aus einem zerfallenen Gummiknoten, wie das oben beschriebene Geschwür. In der Gegend des rechten Schultergelenkes längs des Acromion und der Spina scapulae in der Peripherie einer ziemlich ausgedehnten und festonartigen Narbe sieht man erbsen- bis wallnussgrosse, ulcerirende Hautgummata zerstreut.

Ausserdem sieht man als Folgezustände der früheren ulcerirenden Producte Narben zwischen den Augenbrauen, an der Nasenwurzel, hinter den Ohren, in der Gegend von Manubrium sterni und des linken Ellenbogengelenkes. Es sind regelmässig runde, einzelne oder confluirende, dünne, entfärbte weissglänzende Narben.

Von den anderen Spuren der durchgemachten Syphilis finden wir noch eine Perforation des weichen Gaumens (an der Basis der Uvula); man sieht auf demselben eine ovale, 1 Cm. lange und $\frac{1}{2}$ Cm. breite Oeffnung, deren Längsachse sich in der Richtung von der Uvula bis zum harten Gaumen hinzieht. Die sehr dürftige Anamnese ergab: Die Patientin heiratete vor 12 Jahren und gebar 9 Monate nach der Heirat einen Knaben, der im 4. Lebensjahre aus unbekannter Ursache starb. Das zweite Kind kam auf die Welt drei Jahre später, jedoch vor der Zeit, denn im 7. Schwangerschaftsmonate; das Kind starb nach Ablauf von 24 Stunden. Das dritte Kind wurde vor 5 Monaten geboren, lebt bis heutzutage und ist gesund. Mehr gelang es mir weder von der Patientin, noch von ihrem Manne herauszubekommen. Eine specifische Cur machte sie niemals durch.

Von den klinischen Erscheinungen standen obenan diejenigen, welche weit vorgeschrittene Nierenveränderungen charakterisiren, wie Oedeme, Symptome der bereits entwickelten Urämie bei relativ genügender Harnmenge (800 Cctm. in 24 Stunden). Die Albuminurie und die zahlreichen im Sediment gefundenen Cylinder bestätigten hinreichend die Diagnose. Es möchte sogar scheinen, wollte man aus der ziemlich beträchtlichen Quantität der rothen Blutkörperchen im Harn schliessen,

dass eben die urämischen Erscheinungen in Folge der Exacerbation des pathologischen Processes, in Folge der neuen Hyperämie und der neu aufgetretenen ausgedehnten Veränderungen in den Nieren sich einstellen konnten.

Es liegt nur die Frage nahe: sind diese Nierenveränderungen auf dieselbe Ursache, auf dieselbe Infectiouskrankheit, Syphilis, zurückzuführen, welche bereits die ihr eigenthümlichen Veränderungen an der Haut und am weichen Gaumen hervorgerufen hat? In dieser Beziehung haben wir irgend welche Anhaltspunkte, welche die syphilitischen Nierenveränderungen von den nichtsyphilitischen unterscheiden, weder in den klinischen Erscheinungen, noch in der Harnuntersuchung, und wir können uns nur mit gewisser Wahrscheinlichkeit, indem wir die anderen bei der Patientin gleichzeitig vorhandenen Erscheinungen von Syphilis mit in Betracht ziehen, der Vermuthung zuneigen, die Nierenveränderungen seien syphilitischer Natur oder seien auf syphilitischem Boden entstanden. Deshalb wurde die Patientin gleich nach dem Eintritt ins Hospital einer Jod-Quecksilbertherapie unterworfen. Als jedoch die Erscheinungen nicht nur nicht zurücktraten, sondern noch mehr zunahmen, als die urämischen Erscheinungen einen bedrohlichen Charakter annahmen, musste man anstatt einer specifischen Cur diuretica und zuletzt analeptica anwenden. Aus dem Krankheitsverlauf während des Aufenthaltes der Patientin auf meiner Abtheilung möchte ich anführen, dass am 8./IX. die Anschwellung der Extremitäten zugenommen hat; die Harnuntersuchung ergab denselben Befund. Gegen Abend bekam die Patientin einige Krampfanfälle. Am folgenden Tage Stupor, an vollständige Bewusstlosigkeit grenzend. Die Krämpfe wiederholten sich noch am 12./IX., die Benommenheit des Sensoriums blieb in demselben Grade. Irgend welche Veränderungen der Gehirnnerven etc. habe ich nicht bemerkt, nur reagirten die Pupillen auf Licht schwach. Im Harn die gleichen Veränderungen. Am 15./X. trat unter den obigen Erscheinungen das lethale Ende ein. Die am folgenden Tage vorgenommene, wenn auch unvollständige Leichenuntersuchung ergab Folgendes:

In den Lungen keine Herde, acutes Oedem. Herz bedeutend vergrössert, hauptsächlich in longitudinaler Richtung.

Die Höhle der linken Kammer ziemlich stark vergrössert, ihre Wandungen sind etwa um die Hälfte dicker, der blau-röthliche Herzmuskel bietet keine Veränderungen. Klappen, grosse Gefässe und Coronararterien unverändert. In der Bauchhöhle findet man bis $\frac{1}{2}$ Liter klarer seröser Flüssigkeit; Peritoneum intact. Leber nicht vergrössert, am Durchschnitt den Charakter der Muskatnussleber zeigend. Milz ziemlich gross, hart, Zeichen von amyloider Degeneration am Durchschnitt nicht zu bemerken. Nieren ziemlich gross, ihre Kapsel ziemlich schwer ablösbar, an ihrer Oberfläche sieht man kleine oberflächliche Vertiefungen. Die Corticalsubstanz ist auf dem Durchschnitt 7—9 mm. dick, blassgelb, ziemlich hart; die Pyramiden an der Grenze der Corticalis ziemlich stark hyperämisch. Die grösseren Nierengefässe unverändert. Die Nierenkelche und die Harnblase sind normal.

II. R. W., 42jährig, Tagelöhner, wurde auf die innere Abtheilung des Dr. Kinderfreund am 6. Juli 1892 (Hauptbuch Nr. 3360) aufgenommen. Von Kind an ist er bucklig (Kyphoscoliosis), will aber stets, indem er die unten geschilderten Veränderungen am Gelenke und an der Haut nicht als Krankheit ansah, gesund gewesen sein und erst seit drei Monaten bemerkte er eine Anschwellung der unteren Extremitäten, was ihn veranlasste, das Hospital aufzusuchen.

Der Patient ist von mittlerer Körperlänge mit schwach entwickeltem Knochen- und Muskelsystem, Haut blass, Fettgewebe fast geschwunden. Hochgradiges Oedem der unteren Extremitäten; afebriler Zustand. In den Lungen und im Herzen keine Veränderungen, Herztöne rein, Puls 80 ziemlich klein. In der Bauchhöhle befindet sich eine bedeutende Menge von Flüssigkeit. Leber- und Milzgrenzen normal.

Harn trübe, von der Farbe eines hellen Bieres, mit einem bedeutenden Sediment. Die Harnmenge pro Tag beträgt 500—700 Ccm., spec. Gewicht 1017, Reaction schwach sauer, Eiweiss 0.5%; im Sediment finden wir zellige, granulirte, meist aber hyaline Cylinder in beträchtlicher Anzahl, ferner Nierenepithelien, ausserdem zahlreiche Lymphzellen, dergleichen auch rothe Blutkörperchen. Was die syphilitischen Producte anbetrifft, so habe ich Folgendes zu verzeichnen:

An der grossen Zehe des rechten Fusses befindet sich an ihrer äusseren Seite und an der Beugeseite eine ziemlich ausgedehnte, tiefe Ulceration mit harten, stark infiltrirten, verwachsenen Rändern und mit einem tiefen, trichterförmigen Grunde; dieselbe ist mit einem graugelblichen, stark haftenden Belage bedeckt. Auf einer kleinen Strecke reicht diese Ulceration bis zum Knochen der ersten Phalanx, der jedoch keine bemerkenswerthe Veränderungen zeigt. Eine gleiche Ulceration befindet

sich auch an der Dorsalfläche der grossen linken Zehe in der Nähe des Interphalangealgelenkes; diese Ulceration reicht jedoch bis zum Knochen nicht. Am rechten Unterschenkel, ungefähr in dessen Mitte befindet sich in einer handbreiten Ausdehnung eine ganze Gruppe nebeneinander liegender charakteristischer gummöser Geschwüre, ja manche von ihnen confluiren sogar mit einander. Ein gewisser Theil derselben zeigt röthlich violette, verdünnte und in einer ziemlich bedeutenden Ausdehnung unterminirte Ränder; von denselben sickert eine geringe Quantität dünner, eiterähnlicher Flüssigkeit, welche an Serum mit geringer Eiterbeimengung erinnert. Das rechte Knie zeigt sehr beschränkte Bewegungen in Folge einer vor drei Jahren überstandenen Gelenkaffection, die, wie der Pat. erzählt, mit der Bildung von wallnussgrossen, der Ulceration anheimgefallenen Knötchen an der Haut über dem Gelenk begann. Gegenwärtig sind die Gelenkenden des Kniegelenkes ziemlich stark verdickt, die Gelenkflächen sind viel grösser als diejenigen des linken Gelenkes (Osteoarthrit. syphil.), weshalb auch die Bewegungen in diesem Gelenke beschränkt und erschwert sind; an der Bauchhaut blieben nach dem überstandenen Process dünne, entfärbte, glänzende, hie und da confluirende Narben zurück mit meist scharfen deutlichen Conturen.

Schliesslich befindet sich an der linken Backe eine ganze Gruppe von Gummiknoten, die nach unten bis zum Unterkiefer reichen, hier verfielen manche von ihnen einem geschwürigen Zerfall und erreichen beinahe den Kiefer, ohne jedoch dessen Periost zu entblößen. Aus der Anamnese konnte man von dem Patienten nichts herausbekommen, weil er auf diese Knötchen und Ulcerationen kein grosses Gewicht legte, indem er glaubte, dieselben werden wie vor drei Jahren von selbst ohne Behandlung ausheilen. Ueber die Ansteckung mit Syphilis weiss der Patient Nichts und man kann von ihm auch bezüglich anderseitiger anamnestischer Daten Nichts herausbekommen. Ich kann bloss sagen, dass ich keine Anhaltspunkte finde, um diese Form von Syphilis für eine angeborene anzunehmen, dieselbe soll eher derjenigen Form hinzugerechnet werden, die man als „verkannte Syphilis“ (Syph. ignorée, Syph. seculta) nennt.

Der Allgemeinzustand des Patienten war kein besonders glänzender. Bedeutendes Oedem der Extremitäten, des Gesichts, der Lider; Abdomen aufgetrieben, Ascites, seröse Transsudation in der Pleurahöhle; Puls klein, schwach, vollständige Apathie. Trotz dieses Zustandes, der einen Erfolg für irgend welche Therapie keineswegs voraussetzte, verordnete ich dem Patienten Quecksilbereinreibungen 2:0 täglich, von Jod habe ich mit Rücksicht auf die spärliche Harnabsonderung Abstand genommen. Diese Behandlung erwies sich erfolglos, der Zustand des Patienten verschlimmerte sich mit jedem Tage. Am 11. August war der Puls fadenförmig, die Oedeme haben zugenommen, Bewusstlosigkeit; am 2. August starb der Patient unter diesen Erscheinungen.

Die Umstände gestatteten mir am folgenden Tage bloss die Bauchhöhle zu eröffnen. Aus dieser Höhle floss bis 1½ Liter

einer hellgelben serösen Flüssigkeit. Die Leber ist etwas vergrössert, an deren oberer Fläche und am Rande findet man einige narbige Einziehungen, von denen ein Narbengewebe in die Tiefe des Organs hineindringt. Auf dem Durchschnitt zeigt die Leber eine blassgelbliche Oberfläche, ihr Parenchym ist ziemlich hart, im rechten Lappen in der Nähe des lig. suspensorium befinden sich in einem der eben erwähnten narbigen Streifen und in deren spärlichen Verästelungen erbsen- bis wallnussgrosse und etwas noch grössere Gummiknötchen zerstreut; die Milz ist von gewöhnlicher Grösse, ziemlich hart, amyloid degenerirt. Die linke Niere ist beinahe um die Hälfte vergrössert, ihre Kapsel ist leicht lösbar, die Oberfläche ist blassröthlich und bietet spärliche flache kleine Vertiefungen; auf dem Durchschnitt ist die Corticalsubstanz bedeutend verdickt, blassgrauröthlich und hie und da sieht man die amyloid degenerirten Malpighi'schen Knäuel als glänzende Pünktchen durchschimmern. Die Pyramiden sind ziemlich stark geröthet. Die grösseren Nierenästchen sind unverändert.

Die rechte Niere ist etwas grösser als die linke, sie bieten aber vollständig analoge Veränderungen.

Die Nierenkelche und die Harnblase zeigten nichts Abnormes.

Aus der Schilderung des Nierenbefundes sehen wir, dass der Process in beiden Fällen gleich war, nur waren die Veränderungen im ersten Fall weiter vorgeschritten als im zweiten. Die mikroskopischen Veränderungen sind im ersten Fall ungleichmässig, mehr oder weniger stark ausgesprochen. Die grössten Veränderungen sieht man dicht an der Peripherie der Rinde. An denjenigen Stellen, wo das innere Blatt der Nierenkapsel haften blieb, ist dieselbe bedeutend verdickt und reichlich mit kleinen Zellen infiltrirt. Diese Infiltration geht auch auf den peripheren Abschnitt der Corticalsubstanz über und nimmt, indem dieselbe allmählich geringer wird, die Gestalt einer herdförmigen Rundzellenanhäufung an. Wenigstens einen solchen Eindruck macht die circumscripte Infiltration auf den ersten Blick; in der That aber ist die Ansammlung kleiner Zellen nur auf ganz kleinen Strecken etwas reichlicher und es kommt keineswegs zur Bildung circumscripiter Herde, deren Bau an

einen solchen der miliaren Gummiknoten erinnern möchte. Die Balken des interstitiellen Gewebes sind in Folge dessen bedeutend breiter als in einer normalen Niere, ja zuweilen erreichen sie eine solche Breite, dass sie der der gewundenen Harnkanälchen gleichkommt; in den tieferen Schichten der Corticalis, wo die Infiltration eine viel geringere ist, zeigen diese verdickten Balken einen faserigen Bau mit einer geringen Anzahl Spindel- und lymphoider Zellen. Je näher der Marksubstanz, desto geringer sind die Veränderungen, doch sieht man hie und da eine bedeutendere kleinzellige Infiltration; schliesslich ist diese Infiltration in der Marksubstanz selbst eine unbedeutende.

Die gewundenen Harnkanälchen sind bald erweitert, bald comprimirt, ihr Epithel ist stark granulirt, enthält zahlreiche Fetttröpfchen; in vielen Kanälchen sind die Epithelzellen gewuchert, desquamirt und füllen deren Lumen vollständig aus; in der Nähe eines grösseren Infiltrationsherdes dringen in diese Kanälchen kleine Lymphzellen hinein. Man bekommt auch Kanälchen zu sehen, die vollständig mit kleinen lymphoiden Zellen ausgefüllt sind, sowie solche, deren Inhalt aus einem feinkörnigen Detritus, zwischen dem noch hie und da sich färbende Kerne vorkommen, gebildet wird. Die Epithelwucherung kann man auch in manchen geraden Harnkanälchen der Rinde und an der Basis der Pyramide wahrnehmen.

Die meist hyalinen Cylinder, häufig von beträchtlicher Dicke, befinden sich in sehr vielen Kanälchen der Rinde; diesen Cylindern liegen zuweilen zahlreiche lymphoide Zellen oder einige desquamirte Epithelien auf. In den Kanälchen der Pyramiden befinden sich diese Cylinder in etwas geringerer Anzahl, ausserdem ist das Lumen mancher geraden Harnkanälchen nicht vollständig durch eine amorphe körnige, an ein geronnenes Secret erinnernde Masse ausgefüllt.

Das Gefässsystem anbelangend, so traten vor Allem die grössten Veränderungen in den Malpighi'schen Knäueln auf. Dieselben verfielen beinahe sämmtlich einer mehr oder weniger hochgradigen amyloiden Degeneration; die einen von ihnen sind vollständig degenerirt, und nur hie und da sieht man zwischen den Gefässschlingen einzelne Kerne, in den anderen stellte sich

die Degeneration nur in einzelnen Schlingen ein. Die Bowmann'sche Kapsel ist verdickt, faserig und das dieselbe auskleidende Epithel stark gequollen, die Zellenkerne treten deutlich hervor und färben sich gut. Auch die kleinen arteriellen Aestchen blieben nicht verschont: ihre Adventitia ist stark verdickt, faserig, zellenarm, eine relativ noch stärkere Verdickung zeigt die Intima, die ausserdem einer amyloiden Degeneration anheimgefallen ist; das Lumen der so veränderten Gefässe ist hochgradig verengt, ja zuweilen vollständig geschlossen. Die kleinen venösen Gefässe sind dilatirt und stark mit Blut gefüllt.

In den grösseren Gefässen wurden Veränderungen vermisst. Im zweiten Fall finde ich analoge Veränderungen, nur sind dieselben jüngeren Datums als im ersten Fall; es überwiegt also die kleinzellige Infiltration im interstitiellen Gewebe und das neugebildete faserige Gewebe ist spärlicher vertreten. Auch in diesem Fall finden wir wie im vorigen eine kleinzellige Infiltration des inneren Blattes der Nierenkapsel, nur ist dieselbe eine viel hochgradigere und geht auf das interstitielle Gewebe des peripheren Abschnittes der Rinde und dann noch weiter über, indem sie an Intensität allmählich abnimmt; obgleich auch hier selbst an den am wenigsten infiltrirten Stellen kleinzellige Herde von geringem Umfang uns entgegenkommen. In den Epithelien der Kanälchen Veränderungen wie oben; in denselben die gleichen Cylinder, nur begegnet man auch solchen Kanälchen, deren Lumen mit rothen Blutkörperchen ausgefüllt ist.

Die Malpighi'schen Knäuel sind amyloid entartet und trotzdem findet man sowohl zwischen deren Schlingen, wie auch zwischen den Knäueln selbst und der Bowmann'schen Kapsel zahlreiche lymphoide Zellen, denen man auch rings um die Kapsel in ziemlich beträchtlicher Quantität begegnet. In den kleinsten arteriellen Aesten, seltener auch in den grösseren sind die Adventitia und die Media verdickt, jedoch nicht in Folge der Zunahme des faserigen Gewebes, sondern in Folge der kleinzelligen Infiltration; das arterielle Lumen ist verengt. Eine amyloide Degeneration der Intima bekommt man hier selten zu sehen.

Es ist schwierig etwas Bestimmtes aus diesen beiden Fällen zu schliessen, um so mehr, als denselben die bereits

Eingangs erwähnten Bedenken zur Last liegen. Jedenfalls aber sind dieselben Hunderten anderen Fällen von morbus Brightii, die für syphilitisch gelten, ähnlich; die daraus folgenden Schlüsse stehen also denjenigen, die aus anderen ähnlichen Fällen gezogen werden, keineswegs nach.

Klinisch unterscheidet sich die Brightische Krankheit bei beiden meinen Patienten keineswegs von derjenigen bei Nicht-syphilitikern, es sei denn, dass meine Patienten ausserdem noch unzweifelhafte Symptome einer veralteten Syphilis als Complication darbieten. Anatomisch liessen sich in den Nieren vielleicht auch geringe Differenzen wahrnehmen. Dieselben boten, wie es aus der obigen Schilderung hervorgeht, solche Veränderungen, wie man sie gewöhnlich bei der chronischen Brightischen Krankheit, namentlich bei derjenigen Form findet, die man unter dem Namen *nephritis interstitialis chronica* schildert und die zur Nierenschrumpfung der sogenannten granulirten Niere führt. Besonders im ersten Falle haben wir unzweifelhafte Zeichen der Entstehung der granulirten Nieren gesehen.

Viele Syphilographen möchten zu den speciellen Veränderungen auch die Verdickung der Adventitia der kleinen arteriellen Aeste und die amyloide Umwandlung der Malpighischen Knäuel und der Intima der kleinen Arterien hinzurechnen. Diejenigen nämlich, die die syphilitische Nierenentzündung schildern, sehen diese Veränderungen als charakteristisch und für die Unterscheidung von den nicht syphilitischen Nierenentzündungen als massgebend an.

Was die amyloide Umwandlung anbelangt, so müssen wir dieselbe in unseren beiden Fällen als Zeichen des gesunkenen Ernährungszustandes, der hochgradigen Erschöpfung ansehen, die durch das den Organismus jahrelang zehrende Gift bewirkt ist, Erschöpfung, die durch die niemals behandelte Constitutionskrankheit hervorgerufen ist. Eine solche Degeneration finden wir aber in den Nieren bei jeder Art Entzündung derselben bei Individuen mit Lungen-, Gelenk- und Knochentuberculose und ähnlichen erschöpfenden Krankheiten; deshalb können wir dieselbe niemals als eine für die „*nephritis syphilitica*“ charakteristische Erscheinung gelten lassen.

Ebensowenig können die Veränderungen der Gefäßmembranen als ein die syphilitische Nierenentzündung charakterisirendes Symptom angenommen werden. Im 2ten Fall erlitten bei hochgradiger kleinzelliger Infiltration des interstitiellen Gewebes gleichzeitig eine Infiltration die Häute der in diesem Gewebe verlaufenden Gefäße; im ersten Falle, wo das interstitielle Gewebe eine Hypertrophie erlitten und die Charaktere eines mehr compacten faserigen Gewebes angenommen hat, verfiel derselben Hypertrophie auch die Adventitia der in demselben verlaufenden Gefäße. Solchen Gefäßveränderungen, die von den Veränderungen des umgebenden Bindegewebes abhängig sind, können wir bei jeder Nierenentzündung, mag derselben diese oder jene Ursache zu Grunde liegen, begegnen. Somit finden wir charakteristische Zeichen für Morbus Brightii syphilitischen Ursprungs weder im klinischen Verlauf, noch in den anatomischen Veränderungen.

Ist somit die Existenz der syphilitischen Brightischen Krankheit zu leugnen? Keineswegs. Es können ja doch verschiedene Ursachen (von manchen charakteristischen, nur denselben eigenthümlichen Veränderungen abgesehen) die gleichen Veränderungen in einem gewissen Organe hervorrufen, die gleichen Symptome veranlassen, welche auf diese Veränderungen zurückzuführen wären. Syphilis gehört eben zu solchen Reizen, zu solchen Ursachen. Unter manchen Umständen kann sie die für dieselbe charakteristischen Producte — Gummata — hervorrufen, aber dies kommt selten vor; offenbar bietet die Niere weder günstigen Boden, noch Bedingungen dafür. Andererseits kann die Syphilis in der Niere auch solche Veränderungen hervorrufen, welche ihre Entstehung auch anderen Ursachen verdanken — diffuse interstitielle Entzündung. Wir müssen annehmen, dass das syphilitische Gift selbst oder seine Producte, indem sie im Gefäßsystem der Niere circuliren oder vielleicht mit dem Harn ausgeschieden werden, sobald sich dafür günstige Bedingungen darbieten, das Gewebe dieses Organes zur entzündlichen Production reizen. Dieselben veranlassen also in erster Linie Veränderungen in den Gefäßen und im interstitiellen Bindegewebe, und dies solche, die wir als entzündliche, denen verschiedene Ursachen zu Grunde liegen

können, bezeichnen. Dieselbe Ursache, Syphilis, kann auch Veränderungen im Parenchym des Organs herbeiführen, die auch secundär durch Veränderungen im interstitiellen Bindegewebe hervorgerufen werden können. Jedoch nicht diese hypothetischen Schlüsse, sondern, wie wir oben gesehen haben, die klinische Beobachtung lehrt uns von der Existenz einer Nierenentzündung syphilitischen Ursprungs. Im secundären Stadium der Syphilis tritt zuweilen bei der ersten Eruption Albuminurie auf, ja selbst sämtliche Symptome einer acuten diffusen Nierenentzündung. Unter dem Einfluss einer specifischen Behandlung schwindet gleichzeitig mit dem Exanthem u. ähnl. Producten und Erscheinungen der Syphilis die Albuminurie und diejenigen Symptome, die für das Vorhandensein einer Nephritis sprachen; nur in seltenen Fällen hält die letztere noch eine gewisse Zeit an, nachdem die anderen Producte und Erscheinungen der Syphilis zurückgetreten sind.

Obgleich die Beurtheilung der Art des Leidens auf Grund des Heilerfolges, der Einwirkung der therapeutischen Mittel für den Arzt keineswegs anlockend und nicht immer richtig ist, so muss man doch in diesem Falle gestehen, dass es kaum eine Form von Albuminurie, von Nephritis gibt, die so evident rasch unter dem Einflusse einer specifischen Behandlung zurücktrete; auch ist uns nicht ein Fall von chronischem Morbus Brightii bekannt, wo durch specifische Mittel eine vollständige Heilung erzielt oder der Nierenprocess für lange Zeit coupirt worden ist. Natürlich ist es nicht immer so der Fall; es kommen hartnäckige Fälle vor, welche trotz der energischen specifischen Behandlung schwer oder gar nicht heilen, aber dann handelt es sich um schwere, bösartige Formen, die nicht nur bei Nierensyphilis, sondern zuweilen auch bei syphilitischer Affection anderer Organe vorkommen. Entweder geht die Nierenaffection (bei veralteter oder niemals behandelter Syphilis) in eine solche chronische Form über, wo die anatomischen Veränderungen bereits sehr weit vorgeschritten sind, wo das bereits hyperplasirte compacte Bindegewebe das zarte interstitielle Gewebe verdrängt und in Folge einer Compression eine Zerstörung des Epithels und eine Verödung der Harnkanälchen bewirkt hat:

dann ist von einer specifischen Behandlung nichts zu erwarten, die normalen anatomischen Verhältnisse in den Nieren können nicht hergestellt werden — dieses Misslingen der Behandlung spricht keineswegs gegen das Vorhandensein einer syphilitischen Brightischen Krankheit, wie die nach einer durchgemachten specifischen Cur bei den Syphilitikern zurückgebliebenen Lähmungen keineswegs ihren syphilitischen Ursprung bezweifeln — sondern dies spricht vielmehr dafür, dass es zur Herausbildung eines neutralen Gewebes — einer Narbe an Stelle des functionirenden Nierengewebes kam.