

Ueber extragenitale Syphilisinfection.

Von

Dr. A. Pospelow,

Universitätsprofessor und Chefarzt des Mjassnitzky'schen Krankenhauses
zu Moskau.

In der Syphilidologie ist schon seit J. Hunter der Satz festgestellt, dass „eine jede Stelle des menschlichen Körpers der primäre Sitz einer Syphilisinfection sein kann“. ¹⁾ Abgesehen aber von dieser anatomisch schon wohlbegründeten Frage, enthält auch noch jetzt das Studium der Symptome und der ätiologischen Momente der extragenitalen Syphilisinfection eine Fülle interessanter Thatsachen, wie vom rein wissenschaftlichen, so auch vom praktischen Standpunkte.

Wenn jedoch die Zeichen der syphilitischen Ansteckung an den Genitalien genau bekannt sind, so lässt die Feststellung der Symptome der extra coitum stattgehabten Ansteckung, in Folge relativer Seltenheit diesbezüglicher Beobachtungen, noch Vieles zu wünschen übrig.

In Folge dessen erscheint, unserer Meinung nach, jeder Versuch, einer Aufklärung und Feststellung der diagnostischen Zeichen der primären extragenitalen Syphilome (Leloir) näher zu treten, vollständig gerechtfertigt. Dies einerseits, andererseits aber ist das Studium der Merkmale der extragenitalen Syphilisansteckung vom Standpunkte der socialen Prophylaxe von

¹⁾ Aber schon zu Anfang des XVI. Jahrhunderts bespricht N. Massa (1532) in seiner Abhandlung: „De morbo gallico“ die Möglichkeit einer extragenitalen Syphilisinfection und bei Batall Leonard (1563) wird ein hartes Schankergeschwür der unteren Mundlippe erwähnt.

hohem Interesse, weil es nicht allein die Verbreitungswege der Syphilis, sondern auch die Art und Weise der Uebertragung des syphilitischen Contagiums kennzeichnet, ja gleichzeitig auf diejenigen Massregeln hinweist, welche sich als nothwendig herausstellen werden, um der Verbreitung dieser Krankheit, welcher jährlich immer neue Gesellschaftsmitglieder zum Opfer fallen, und zwar unabhängig vom bekannten Verkehre beider Geschlechter, vorzubeugen.

Wenn aber in früheren Zeiten die Fälle extragenitaler Ansteckung als etwas ganz ungewöhnliches, als Curiositäten galten, wenn derartige Kranke in klinischen Vorträgen als „seltene Fälle“ vorgestellt wurden, so verlassen leider gegenwärtig diese Fälle nicht allein im westlichen Europa, sondern auch bei uns in Russland das Gebiet der „Raritäten“ und gelangen immer öfter und öfter zur Beobachtung, entsprechend der rasch vorwärts schreitenden Verbreitung der Syphilis und der genaueren Kenntniss der Zeichen der extragenitalen Syphilisansteckung. „La connaissance de ces contagions insolites excentriques, extraordinaires n'est pas seulement affaire de curiosité; elle comporte un intérêt sérieux, un intérêt véritablement clinique“, ¹⁾ sagt Prof. Fournier. Nur durch die nähere Erkenntniss der Symptome der extragenitalen Infection wurde es den Aerzten möglich, die extragenitale Syphilisinfection in den Fällen zu constatiren, wo bis dahin an dieselbe nicht im geringsten gedacht wurde, da man das Auftreten derselben bei früher gesunden Personen ausschliesslich dem geschlechtlichen Verkehre mit Syphilitikern zuzuschreiben pflegte.

In den Städten des westlichen Europas ist man schon längst im Besitze von Zahlen, die das Verhältniss der extragenitalen Ansteckungsfälle zu den genitalen zeigen, bei uns in Russland aber gibt es noch wenig solcher Angaben in Folge relativer Neuheit der aufgetauchten Frage über die extragenitale Syphilisinfection.

Abgesehen von der Beschreibung einzelner casuistischer Fälle von Localisation primärer Papeln an extragenitalen Körpertheilen, finden wir in der russischen syphilidologischen Literatur statistische Angaben, die von folgenden Autoren veröffentlicht wurden,

¹⁾ Fournier. Leçons sur la syphilis. 1884, pag. 43.

und zwar: für St. Petersburg von Dr. Plitanus,¹⁾ Dr. Kobylin, Dr. Petersen und Dr. Tschistjakoff; für Kronstadt von Dr. Bogoljubow; für Riga von Dr. Griedinger; für Samara von Dr. Wirpscha; für Kasan von Prof. A. Gey; für den Odoëw'schen Bezirk des Gouvernements Kursk von Dr. Beloussow, für das Gouvernement Kursk von Dr. Popow und Kapustin u. A.

Für Moskau besitzen wir, meines Wissens, gar keine Zahlen über die Häufigkeit oder Seltenheit der extragenitalen Syphilisansteckung. In Folge dessen habe ich mich nun der Mühe unterzogen, diese Lücke in unserer Statistik nach Möglichkeit auszufüllen, und zwar auf Grund von Daten, welche ich hauptsächlich nach den Krankenlisten des von mir dirigirten Mjassnitzky'schen Spitales zusammengestellt habe, theils aber auf Grund persönlich von mir geführter Notizen über besonders interessante Fälle aus der Spitalspraxis, so auch über solche Kranke, die ich den Studenten der Moskauer Universität bei meinen klinischen Demonstrationen vorzustellen Gelegenheit hatte. Diese Zusammenstellung umfasst einen Zeitraum von zehn Jahren, von 1878—1887 inclusive. Wohl bewusst, dass manchmal trotz der sorgfältigsten Aufbewahrung im Laufe von zehn Jahren einige Krankenlisten dennoch verloren gehen könnten, liess ich ein besonderes Controlejournal einrichten, wohin die am Tage zuvor aus dem Spitale entlassenen Kranken eingetragen wurden; eine specielle Rubrik enthielt unter Anderem die definitive Krankheitsdiagnose, welche vom betreffenden ordinirenden Arzte auf dem Titelblatte der Krankenliste verzeichnet war. Dieses Journals bediente ich mich nun bei der Controle der Krankenlisten und bei der Zusammenstellung dieses Berichtes.

Da ich über ein reichliches und gleichartiges Krankennmaterial verfügte, so tauchte in mir der Gedanke auf, die Häufigkeit der extragenitalen Syphilisansteckung in Moskau unter der Arbeiterklasse, die hauptsächlich von unseren Dienstboten gebildet wird, zu bestimmen. Da das Mjassnitzky'sche Krankenhaus speciell für die Aufnahme syphiliskrankter Arbeiter bestimmt ist, so treten

¹⁾ Die Literaturangaben finden sich am Ende dieser Arbeit angeführt.

dorthin, wenn absolut nicht alle, so doch die weit grösste Mehrzahl solcher Kranken ein, und können daher die einem zehnjährigen Beobachtungsmateriale zu Grunde liegenden Schlüsse als ziemlich richtiger Exponent der unter der Moskauer Arbeiterclassen herrschenden extragenitalen Syphilisinfection dienen.

Obwohl die von mir angeführte Zahl der Fälle extragenitaler Infection sehr gross ist, bleibt sie doch selbstverständlich hinter der thatsächlichen zurück, weil erstens nicht absolut alle auf diese Weise Erkrankten das Spital aufsuchen (so zum Beispiel ist es eine bekannte Thatsache, dass einige Ammen des Findelhauses, sobald sie über ihre Krankheit erfahren, ins Dorf gehen, anstatt sich im Spital aufnehmen zu lassen, andere aber an das Paulspital überwiesen werden), zweitens erfahren nicht alle extra coitum syphilitisch infectirten Kranken rechtzeitig über ihr Leiden und können bei ihrer Aufnahme ins Spital, namentlich nach vorausgegangener häuslicher Behandlung, dem Arzte keinen Verdacht über eine stattgehabte extragenitale Ansteckung einflössen und kann folglich das Foramen contagiosum solcher Kranken leicht übersehen werden. Die Gesamtzahl der in unserem Spital im Verlaufe von zehn Jahren beobachteten Fälle von extragenitalen primären Papeln betrug 198. Obgleich diese Zahl, wie oben erwähnt, nicht absolut alle Fälle extragenitaler Infection umfasst, so ist sie doch höchst instructiv; sie zeigt, dass fünfzehn bis fünfundzwanzig Personen von unserer Arbeiterclassen und hauptsächlich von unseren Diensthöten jährlich durch das Zusammenwohnen mit Syphilitikern als Opfer einer unwillkürlichen Ansteckung anheimfallen, um ihrerseits neue gefährliche Factoren in der Verbreitung dieser schrecklichen Krankheit zu werden.

Es unterliegt nun keinem Zweifel, dass mit Zunahme neuer Opfer unwillkürlicher Ansteckung die Zahl der Fälle extragenitaler Infection Jahr für Jahr immer grösser und mit ihr auch die Gefahr für die gesunden Gesellschaftsmitglieder immer steigen wird. Darum erscheinen Zahlangaben in dieser Richtung nicht nur wünschenswerth, sondern gerade unentbehrlich, und namentlich bei uns in Russland, wo wir noch über sehr dürftige diesbezügliche Kenntnisse verfügen.

Die Gesamtzahl der Fälle extragenitaler Syphilisinfection im Laufe der Jahre 1878—1887 betrug 198, wobei die primären

Syphilome (Leloir) nach dem Orte des Eindringens des syphilitischen Contagiums folgendermassen vertheilt waren:

An den Mundlippen 49 Fälle, und zwar bei 20 Männern und 29 Frauen.

Am Zahnfleisch 1 Fall, bei einem Manne.

An der Zunge 3 Fälle, 1 Mann und 2 Frauen.

Im Rachen 46 Fälle, 14 Männer und 32 Frauen.

Auf den Brustdrüsen bei 69 Frauen.

Am Kinn 1 Fall, bei einer Frau.

An den Augenlidern 3 Fälle, bei Männern.

In der Nase 1 Fall, bei einem Manne.

Am Rumpfe 10 Fälle, bei Männern.

Am Anus bei 5 Frauen.

An den Oberextremitäten 6 Fälle, je 3 bei Männern und Frauen.

An den Unterextremitäten bei 4 Frauen.

Schon bei flüchtiger Betrachtung dieser Zahlen fällt es in die Augen, dass die Infection per os die häufigste Form der im Arbeiterstande und namentlich unter den Frauen vorkommenden extragenitalen Syphiliserkrankung bildet; ihr folgt die bedeutende Zahl der durch Stillen mit der Brust Inficirten, und nur eine geringe Zahl von primären Papeln an anderen Körpertheilen lässt sich auf eine extragenitale Ansteckung zurückführen.

Da meiner Ansicht nach die klinischen Symptome der extragenitalen syphilitischen Primäraffecte von grosser Tragweite für die Syphilisdiagnose sind, so will ich mich bemühen, in dieser Abhandlung jene für die extragenitale Syphilisinfection charakteristischen Kennzeichen hervorzuheben, welche nicht nur für Syphilidologen, sondern auch für jeden Arzt, der mit Syphilitikern zu thun hat, in diagnostischer Hinsicht gleich werthvoll erscheinen.

Wollen wir mit der Beschreibung der syphilitischen Infection per os beginnen.

I. Primäre syphilitische Papeln des Mundes.

Die Gesamtzahl der per os Inficirten betrug 99, darunter 36 Männer und 63 Frauen. In 49 Fällen sassen die primären Papeln an den Lippen des Mundes, in einem Falle

am Zahnfleische, in 3 Fällen an der Zunge und in 46 Fällen im Rachen. Wir wollen die primären syphilitischen Papeln nach dem Orte ihres Auftretens in Gruppen eintheilen, und werden unsere Beschreibung mit der Schilderung ihres Auftretens an den Lippen des Mundes beginnen.

A. Primäre Papeln der Mundlippen.

Die noch keiner Behandlung unterworfenen primären Papeln der Mundlippen waren in der Mehrzahl der Fälle, bei der Aufnahme der Kranken ins Krankenhaus, mit Borken (*Chancres crou-teux Fournier*) von grünlich-brauner Farbe und verschiedener Dicke bedeckt, die fest der Neubildung, respective dem Geschwüre anhafteten. Wenn man die Bewegungen der Lippen bei Speiseaufnahme, bei deren Befeuchtung mit Speichel, flüssigen Speisen und Getränken in Betracht zieht, so sollte es auffallend erscheinen, wie eigentlich das spärliche Secret der primären syphilitischen Papeln der Lippen an der Neubildung haften bleiben konnte und mitunter sogar ziemlich dicke Borken zu bilden vermochte. Berücksichtigt man aber die Art und Weise der Entstehung dieser primären Papeln, denen bei Arbeitsleuten häufig mehr oder weniger schmerzhaft Lippenschrunden vorausgehen, so erscheint es leicht begreiflich, dass die Kranken aus blosser Selbsterhaltungstrieb die Bewegungen der afficirten Lippen einzuschränken suchen und somit unwillkürlich die Borken conserviren. Davon kann man sich leicht überzeugen, wenn man die Kranken bei ihrer Aufnahme ins Krankenhaus sprechen oder essen sieht. Die Bildung dieser Borken geschah hauptsächlich auf Kosten des spärlichen, aber vollständig genügenden Schankersecretes, dem das mitunter beigemischte Blut eine rostbraune, respective beinahe schwarze Färbung verlieh, die in hohem Masse an diejenige der ekthymatösen oder rupiösen Borken erinnerte.

In den von mir beobachteten Fällen liessen sich die Borken entweder leicht ablösen oder sie hafteten im Gegentheile ganz fest an und war deren gewaltsame Entfernung schmerzhaft. Die Borken waren von der Dicke eines mittleren Bristolpapiers bis zu der einer Haselnusschale, zuweilen sogar dicker, je nach der Dauer ihres Bestehens und dem Grade des Zerfalls der primären Papeln. Diese Borken bilden in der That, nach Fournier's treffendem

Ausdrucke, eine Art Maske für die Schanker der Lippen, und die wahre Natur des Leidens tritt erst nach deren Entfernung zu Tage.

Nach Ablösung der Borken boten die auf der Haut gelegenen primären Papeln der Mundlippen entweder Erosionen von unbedeutender Härte oder Exulcerationen von fester knorpelartiger Consistenz. In denjenigen Fällen, wo die Schanker von der äusseren Lippenhaut auf die Schleimhaut der Lippen übergriffen, wie auch in den Fällen, wo sie im Mundwinkel an der Schleimhaut sassen, ragten die primären Papeln über die Fläche der letzteren hervor, waren von grauweisslicher Farbe und unterschieden sich in dieser Form weder ihrem Wesen, noch dem Aussehen nach in keiner Hinsicht von den hypertrophischen secundären Papeln (*Papulae mucosae hypertrophicae*). Zuweilen zeigten die primären theils im Centrum zerfallenen Lippenpapeln nach Ablösung der Borken die charakteristische Form der schüsselförmigen Schankerindurationen (*Ulcus cupuliforme*) mit scharf begrenzten nicht entzündeten und nicht unterminirten harten Rändern, mit glänzendem, oberflächlichem, braunrothem, ebenfalls hartem Grunde und spärlichem Secrete. (Saft des harten Schankers. Leloir.)

Fast alle primären Papeln oder Sklerosen der Mundlippen waren von einem derben Oedem der die Affection begrenzenden Lippentheile begleitet, welches diesen eine bei secundären Papeln der Lippen sonst nicht vorkommende scharf ausgesprochene Asymmetrie verlieh.

Dem Orte nach waren von den 46 beobachteten Fällen von primären Papeln der Mundlippen 23 an der Oberlippe, 20 an der Unterlippe localisirt, in einem Falle, bei einem Manne, sass die Primäraffection im Mundwinkel, fast die Hälfte der Ober- und Unterlippe einnehmend (deren Schleimhaut), und endlich in 2 Fällen, bei Frauen, sass der eine Schanker an der Oberlippe und der andere an der Unterlippe.

Verschiedene Autoren äussern sich ganz verschiedenartig über die Frage, welche Lippe, ob die obere oder die untere, häufiger afficirt wird; so wird nach Sigmund und Anderen häufiger die obere Lippe ergriffen, nach Masson und Anderen häufiger die

untere. Aus der Dissertation von Dr. Nivet¹⁾, welcher eine beträchtliche Anzahl von speciell die Lippen betreffenden primären Papeln angeführt hat, ist zu ersehen, dass unter 188 Fällen 108mal die untere Lippe und 80mal die obere afficirt war. Die Frage von dem bevorzugten Befallenwerden der einen oder der anderen Lippe kann gegenwärtig, wie Mauriac richtig hervorhebt, kein wissenschaftliches Interesse darbieten.

Was die Zahl der primären Papeln der Mundlippen anlangt, so traten dieselben, wie auch an anderen Körpertheilen, fast in allen Fällen vereinzelt auf und nur in drei Fällen waren sie multipel vorhanden, und zwar in einem Falle befanden sich zwei Papeln auf einer Lippe und in den beiden anderen Fällen je eine Papele auf jeder Mundlippe.

Die Grösse der primären Papeln schwankte von der einer Linse bis zu der eines Fünzig-Pfennigstückes, zuweilen aber erreichten sie colossale Dimensionen; so in einem Falle bei einer Frau hatte der harte Schanker etwa die Grösse eines Drei-Markstückes, in einem anderen die eines Fünf-Markstückes (Fälle von Dr. Krasnoglasow). In beiden Fällen sassen die Schanker an der Oberlippe und waren von einem entsprechenden sklerotischen Oedem begleitet, wodurch die Form der Lippen noch mehr verunstaltet wurde.

Was die Form der primären Papeln betrifft, so waren sie in den meisten Fällen, was für ein Entwicklungsstadium sie auch darboten mochten, rundlich oder oval, zuweilen verlängert in der Richtung des rothen Lippensaumes, in selteneren Fällen aber zeigte die primäre syphilitische Papele unebene zickzackförmige Contouren oder nahm eine Querriichtung ein. Das Zustandekommen linearer harter Schanker ist wahrscheinlich auf ein Eindringen des syphilitischen Contagiums in einfache Schrunden, deren Form sie auch dauernd beibehielten, zurückzuführen.

Bei Schankergeschwüren der Mundlippen waren die Geschwürsränder immer fest mit dem Geschwürsgrunde verlöthet, scharf gegen die gesunden Theile begrenzt, und erschienen nur bei tiefgreifendem Zerfalle der Geschwüre wie unterminirt. Der Grund dieser Geschwüre zeigte entweder eine unbedeutende

¹⁾ S. die am Ende angeführte Bibliographie.

schüsselförmige Vertiefung — *Ulcus induratum cupuliforme* — oder lag in einer Fläche mit den allgemeinen Hautdecken, ragte aber zuweilen über dieselben hervor, und nur bei raschem Zerfalle der Sklerose, respective bei deren Nekrose, stellte sich eine beträchtliche Vertiefung des Geschwürsgrundes ein.

Das pathognomonische und das am häufigsten vorkommende Kennzeichen der primären Sklerosen — die Induration — war in der Mehrzahl der Fälle charakteristisch und scharf ausgesprochen: es war ein Knoten, respective eine echte Sklerose, die leicht durchzufühlen war. Nur in der Minderzahl der Fälle waren die primären Papeln von pergamentartiger Consistenz, oder wie es ein Mal der Fall war (Nr. 49), fehlte gänzlich irgend welche palpable Verhärtung, und nur die gleichzeitig und auf der entsprechenden Seite vorhandene Adenopathie und das Auftreten eines frischen Syphilides liessen über die Diagnose dieses Falles keinen Zweifel bestehen.

Das Secret war in all den Fällen, wo dessen in den Krankenlisten erwähnt war, spärlich und zeigte nichts Besonderes.

Das Ausdrücken des Schankersaftes (Leloir) gelang mir fast immer in allen Fällen, wo ich selbst Gelegenheit hatte, dies auszuführen, am besten an Schankererosionen, und liess sich mit anderen diagnostischen Kennzeichen als Hilfsmittel bei der Diagnose von primären Sklerosen verwerthen.

Subjective Beschwerden. Die Schanker der Mundlippen waren in den meisten Fällen schmerzhaft gegen Druck und beim Bewegen während des Essens, woher, wie wohl anzunehmen ist, jene Schonung rührt, mit der die Kranken die Schankergeschwüre der Mundlippen überwachen, und somit deren Unversehrtheit und folglich das Anwachsen der Borken fördern.

Die begleitende Lymphdrüsenaffection. Das am frühesten auftretende und daher auch wichtigste Begleitungssymptom der primären Papeln der Mundlippen bildet die Affection der Submaxillardrüsen, die der Eintrittsstelle des syphilitischen Contagiums am nächsten gelegen sind. Im normalen Zustande liegen die Submaxillardrüsen (Hyrtl, Henle) in der Zahl von acht bis zehn an der Innenfläche des Unterkiefers, einige von ihnen auf dessen Rande, von der superficiellen Lamelle der Fascia cervicalis bedeckt. Die zu ihnen

ziehenden Lymphgefäße entstehen aus den feinen Lymphwurzeln sämtlicher Weichtheile des Gesichtes und nehmen in sich die Lymphgefäße des Bodens der Mundhöhle, des Zahnfleisches und der Zunge auf. Selbstverständlich müssen daher diese Drüsen bei harten Schankergeschwüren der Mundlippen am frühesten afficirt werden. Diese in der Norm kaum palpablen Drüsen erreichen bei indurirten Lippenschankern ganz bedeutende Dimensionen, zuweilen etwa die Grösse eines Taubeneies, oder verschmelzen mit dem subcutanen Zellgewebe der Halsdrüsen, beträchtliche Conglomerate bildend. Bei Individuen, die dazu noch scrophulös sind, und bei solchen, die ihre Lippengeschwüre mit irgend welchen reizenden Mitteln behandelt hatten, erreichten die Submaxillardrüsen enorme Dimensionen und gingen zuweilen in Abscesse über.

Unter 46 Fällen von harten Schankern der Mundlippen (8 Fälle ausgenommen, wo einfache Adenitis universalis verzeichnet stand) war, wie aus den Krankenlisten hervorgeht, in 38 Fällen angegeben, dass, obgleich eine allgemeine Polyadenitis syphilitica bestand, die Submaxillardrüsen durch ihren bedeutenden Umfang und ihre Consistenz im Vergleich mit der Drüsenanschwellung der übrigen Körperregionen ganz besonders hervortraten. In anderen Fällen war die Consistenz der Submaxillardrüsen beinahe der des Holzes gleich, die Drüsen waren sozusagen „holzige“ geworden, und erreichten dabei solche Dimensionen, dass sie eine sehr auffallende Formveränderung des Halses bewirkten.

Was die Häufigkeit der Affection, die Zeit ihres Auftretens und die Grösse der Drüsen betrifft, so wurden nach den Submaxillardrüsen am öftesten die Halsdrüsen afficirt, und zwar die *Glandulae superficiales*, *Glandulae cervicales superiores profundae*, *Glandulae cervicales profundae inferiores*.

Folglich tritt die Adenitis submaxillaris als das früheste und das am meisten pathognomonische Kennzeichen für die Diagnose der Mundlippenschanker auf. Die in Bezug auf die Adenitis submaxillaris angeführten Daten unseres Krankenhauses stehen in vollem Einklange mit den von Prof. Fournier gemachten Beobachtungen (cf. *Leçons cliniques sur la syphilis* 1881, pag. 157).

Verlauf und Ausgang der primären Papeln der Mundlippen. Was die verschiedenen Entwicklungsstadien der primären Lippenpapeln anlangt, so erwiesen sich dieselben bei der Aufnahme der Kranken ins Krankenhaus und nach Ablösung der Borken (folglich noch vor jeder Behandlung) theils als Erosionen mit geringfügiger Verhärtung, theils aber wurden die sklerosirten Papeln bereits im Zustande centralen oberflächlichen Zerfalls oder in regressiver Metamorphose gefunden, oder endlich waren es stark vertiefte mit weisslich-grauen moleculären Detritus bedeckte Geschwüre. Bisweilen stellten sich die Kranken mit beinahe resorbirten Sklerosen ein, auf deren Stelle sich eine braunrothe, schuppige Hautfläche befand; bei der Betastung liess sich eine Sklerose durchfühlen, welche häufig von einem sklerotischen Oedem begleitet war, das noch längere Zeit nach der Behandlung anhielt, und seinem Wesen nach sehr an das an den grossen Schamlippen vorkommende Oedem erinnerte. Der braunrothe Fleck an der Indurationsstelle wurde später von einem pigmentirten ersetzt, um sich zuletzt ganz zu entfärben. Der Substanzverlust an den Mundlippen war stets ein geringfügiger, ja selbst bei tiefen Geschwüren, deren Tiefe nicht so viel vom Zerfall, als vielmehr von dem sklerotischen Oedem der Lippen bedingt war.

Aetiologie. Die im Arbeiterstande vorkommende Syphilisansteckung per os erregt trauriges Bedenken über die Verbreitung dieser Krankheit unter den gesunden Gesellschaftsmitgliedern, welche durch Zusammenwohnen mit Syphilitikern inficirt, ihrerseits Träger dieser Seuche werden. Und diese Leute bilden ja unsere Diensthofen, unentbehrliche Gefährten jeder Familie!

Betrachten wir nun, auf welche Weise die Syphilisinfection per labia oris in unserem Arbeiterstande am häufigsten stattfindet.

Wenn das Auftreten von primären Papeln an den Lippen mitunter auch als Folge eines perversen sexuellen Verkehrs (Coitus per os, cunilinguus) anzusehen ist, so ist dieser Ansteckungsmodus meiner Meinung nach für die Arbeiterklasse wohl kaum zulässig.¹⁾ Ich halte mich zu dieser Schlussfolgerung hauptsächlich darum

¹⁾ Ich will damit keineswegs sagen, dass eine Ansteckung auf diesem Wege in der Arbeiterklasse nie vorkommen kann; Ausnahmen können selbstverständlich in allen Ständen, sogar in der Diensthofenklasse vorkommen. Ich möchte aber nur das Gesagte als allgemeine Regel hinstellen.

berechtigt, weil die sexuelle Perversion, wie der Coitus per os in Moskau eine Erscheinung darstellt, die erst seit ganz Kurzem datirt, und sogar unter den Prostituirten Moskaus verhältnissmässig unlängst geringe Verbreitung findet. Sogar in Paris, wo derartige, durch perversen sexuellen Trieb entstandene Fälle von Ansteckung per os häufiger vorkommen, wird, wie dies aus der Statistik von Dr. Nivet (cf. die Literatur) zu ersehen ist, die Syphilisinfection per os bei Männern häufiger als bei Frauen beobachtet; selbstverständlich wäre eigentlich das Gegentheil zu erwarten, wenn der Coitus per os eine unter den Frauen stark verbreitete Erscheinung wäre. Dr. Nivet bemerkt nun mit vollem Recht, dass das Prävaliren der harten Schanker des Mundes bei den Männern durch die Eigenthümlichkeit ihrer Gewohnheiten, wie Rauchen aus Pfeifen, Rasiren u. s. w. bedingt wird.

Fast alle Autoren, die sich eingehend mit dem Studium der ätiologischen Momente der Syphilisinfection per os beschäftigten, stimmen überein, dass in der Besprechung der Aetiologie der extragenitalen Syphilisinfection allzuviel vom perversen sexuellen Verkehre, dem Coitus per os geredet wird, während in der That diesem perversen Triebe eine ganz untergeordnete Bedeutung in der Entstehung von Schankern der Lippen und Mundhöhle zukommt. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle bildet die Ansteckung per os eine Reihe von „Unglücksfällen“, die sogenannte Syphilis insantium.

Das Auftreten von primären syphilitischen Mundlippenpapeln bei den Arbeitsleuten, oder die Syphilisinfection per os wird in weit grösserem Masse durch alltägliche und leider oft unvermeidbare Verhältnisse des geselligen Verkehrs und durch Ansteckung sogar am häuslichen Herde veranlasst.

Die zuweilen aufrichtigen und wahrhaften Erzählungen der per os inficirten kranken Frauen, das unverstellte Entsetzen, das sie, ihres wirklichen Leidens bewusst, empfinden, die Confrontation der Ansteckungsquellen mit den Inficirten, das relativ hohe Alter der erkrankten Frauen (45—50 Jahre), dies Alles lässt, meiner Meinung nach, keinen Zweifel darüber obwalten, dass die ins Krankenhaus aufgenommenen Syphilitiker, Männer wie Frauen, sich eine Syphilisinfection per os nicht durch Ausübung des perversen sexuellen Triebes, nicht durch Libidinosität zuzogen, sondern

durch unglücklichen Zufall, in Folge Zusammenwohnens mit Syphiliskranken, mit denen sie unwillkürlich in directe oder indirecte Berührung geriethen.

Ignoranz, zuweilen vollständiger Mangel von elementaren Kenntnissen über Reinlichkeit, enges Zusammenwohnen, ungenügende sanitäre Ueberwachung der Fabriken und Anstalten, durchwegs völlige Rücksichtslosigkeit der Arbeitgeber den Dienstboten gegenüber, dies Alles fördert in hohem Masse die Möglichkeit des Zustandekommens der extragenitalen Syphilisinfection und deren weitere Verbreitung als einer contagiösen Krankheit.

Zur anschaulichen Illustration des eben Gesagten können Krankengeschichten von Handwerkerinnen, eigentlich noch Kindern von 7, 10 und 11 Jahren, dienen, welche nicht allein keinen Begriff über perversen Coitus, sondern überhaupt noch gar keinen solchen ausgeübt hatten, wie dies die medicinische Untersuchung ihrer Genitalien bewies. Sie bilden eine Gruppe von Mädchen — Schneiderinnen und Putzmacherinnen — aus unseren Moskauer Handwerkstätten, die sich successive von erwachsenen syphiliskranken Meisterinnen oder Arbeitsgefährtinnen inficirten, welche zuweilen schon vor ihnen als notorisch Syphiliskranke in unserem Krankenhaus gelegen hatten. Leicht möglich, dass die Infection per os bei diesen Mädchen theils auch von ihrer professionellen Beschäftigung bedingt war, wie zum Beispiel das gebräuchliche Verfahren, die nöthigen Haken und Oehsen, sowie Stecknadeln, welche möglicherweise früher im Munde von Syphilitikerinnen gewesen und dann der Unnöthigkeit wegen in die allgemeine Schachtel geworfen wurden, im Munde zu halten, theils aber wurde die Ansteckung bewirkt durch das Rauchen von Cigarrettenstümpfchen, welche im Munde von erwachsenen syphilitischen Meisterinnen verweilt hatten, durch Küsse, durch gemeinschaftliche, auch als Servietten dienende Handtücher, aber weit wahrscheinlicher durch den abwechselnden Gebrauch von hölzernen Löffeln, und durch das Trinken aus gemeinschaftlichen Geschirren ohne vorausgegangene genügende Reinigung derselben.

Die per os inficirten kleinen Mädchen pflegten vor ihrem Eintritte ins Krankenhaus, wie dies aus den Krankenlisten ersichtlich ist, zwei bis drei Monate in den Handwerkstätten zu

verweilen, und boten bei ihrer Aufnahme schon hochgradig entwickelte breite Condylome der Genitalien und Papeln der Mundschleimhaut, und konnten folglich die Gesundheit der Uebrigen nicht nur gefährden, sondern thaten es wirklich, indem in unser Krankenhaus immer neue und neue extragenital inficirte Syphiliskranke aus denselben Werkstätten gelangten.

Die weit vorgeschrittenen Syphilidenformen, mit denen diese kleinen Kinder aus den Moskauer Werkstätten in unser Krankenhaus eingeliefert wurden, zuweilen noch mit ganz frischen Spuren von Ruthen an den Nates, Händen und dem Rücken, und mit massenhaften Insectenstichen, bewiesen mir ganz klar, wie wenig in diesen Werkstätten das Wichtigste, die Gesundheit der Handwerkerinnen berücksichtigt, und mit welcher Strenge ihre Arbeitsleistung überwacht wird.

Vor einigen Jahren pflegte unser Krankenhaus nach Aufnahme syphiliskranker Frauen aus Fabriken, Werkstätten und anderen Anstalten das sanitätspolizeiliche Comité davon in Kenntniss zu setzen. Es wurde dann Seitens der Polizei, nach vorläufiger Uebereinstimmung mit dem Krankenhause, in die betreffenden inficirten Locale eine Hebamme zur Besichtigung der weiblichen Arbeiterinnen delegirt. Diese Massnahme führte dahin, dass nach Aufnahme einer Syphilitikerin von einer Fabrik oder Anstalt deren noch fünf bis sechs eintraten.

Leider aber hat das sanitätspolizeiliche Comité schon seit einigen Jahren von dieser nützlichen Massnahme Abstand genommen, aus mir unbekannten Gründen.

Ausser der angeführten Gruppe von syphilitischen Meisterinnen bilden eine ansehnliche Reihe von per os inficirten Frauen solche, die sich mit ihrer häuslichen Wirthschaft beschäftigen. Es waren verheiratete, auf eigene Mittel oder auf die ihrer Männer lebende, oder durch persönliche Arbeit sichergestellte, meist bejahrte, 40—50 Jahre alte, keiner Nebeneinkünfte per coitum bedürftige Frauen; alle diese Kranken waren sozusagen am häuslichen Herde inficirt worden. Die eine von ihnen hatte sich zum Beispiel von ihrem Manne inficirt, der gleichfalls ein Ulcus induratum der Oberlippe hatte, also auch selbst extragenital erkrankt war; die andere hatte sich von einem syphiliskranken Verwandten angesteckt; noch andere vermochten gar keine Aus-

künfte, weder über den Beginn ihres Leidens, noch über die Ansteckungsquelle zu ertheilen.

Leider gelangten alle diese Kranken in unser Krankenhaus schon mit scharf ausgesprochenen secundären Haut- und Schleimhautsyphiliden und konnte folglich durch sie längere Zeit hindurch die Syphilis sogar in ihren eigenen Familien verbreitet werden.

Diesen beiden durch die grosse Zahl der Kranken ausgezeichneten Krankengruppen folgen männliche Fabrikarbeiter (4), darunter 2 Knaben, von denen einer 12 und der andere 15 Jahre alt waren. Sämmtliche Kranke dieser Gruppe wurden nicht in Folge ihres Professionsberufs, wie dies zum Beispiel bei Glaspustern vorkommt, inficirt, sondern durch den Gebrauch gemeinschaftlicher Ess- und Trinkgeschirre beim Zusammenleben mit Syphilitikern.

Darauf folgen der Zahl nach Stubenmädchen, Kinderwärtinnen (von denen eine 10 Jahre alt war!), Köchinnen, Tischler, Wäscherinnen, Schneider, Handelsleute, ein Buffetier im Alter von 62 Jahren u. s. w., Leute, die, wie anzunehmen ist, durch gemeinschaftliches Essen und Trinken inficirt wurden.

Die Gesamtzahl der mit primären Papeln (primären Syphilomen, respective Sklerosen) Behafteten war 49, darunter 20 Männer und 29 Frauen.

Das Ueberwiegen der Fälle von Infection per os bei Frauen wurde unter unseren Kranken, wie wir weiter sehen werden, nicht nur hinsichtlich der Schanker der Mundlippen, sondern auch der Mundhöhle überhaupt beobachtet.

Die Diagnose der primären Syphilome liess sich aus dem Gesamtergebnisse der localen Veränderungen der Mündlippen, sowie aus den allgemeinen, durch Syphilis bedingten Veränderungen des Organismus stellen.

Als eines der ersten localen Symptome stattgehabter Syphilisinfection der Lippen trat, laut meinen Beobachtungen, das Nichtverheilen von Rhagaden und Verletzungen überhaupt der Lippen auf. Die gewöhnlichen Lippenschrunden, respective Rhagaden eitern bei ihrem Auftreten, wie bekannt, sehr wenig, und heilen in fünf bis sechs Tagen unter dünner linearer Borke. Anders verhält es sich, wenn in die Rhagaden, respective Substanzverluste der Lippen das syphilitische Contagium gelangt; sie heilen

dann entweder temporär, um sich wieder zu öffnen, oder heilen gar nicht, greifen allseits um sich und bedecken sich zuweilen mit einer dicken Borke, welche mit dem Zerfalle der afficirten Hautstellen der Lippen sich stark vergrössert.

Als zweites Symptom der an der Lippenhaut sitzenden primären Papeln bezeichne ich die Bildung einer anwachsenden Borke, die ihrer Farbe und ihrem Aussehen nach sehr an die Kruste der pustulösen Syphiliden erinnert (Ekthyma, Rupia).

Als drittes und dabei sehr charakteristisches Kennzeichen ist die Affection der nächstgelegenen Lymphdrüsen, und zwar der Submaxillardrüsen zu betrachten, die bei asymmetrischer (lateraler) Lage der Lippenschanker bedeutend stärker auf der Seite afficirt werden, in deren Nähe der Schanker sitzt. Die übrigen Drüsen des Halses und der anderen Körpertheile sind von untergeordneter Bedeutung und erreichen nie so beträchtliche Grösse und namentlich nie solche Härte, wie die Submaxillardrüsen.

In den von mir persönlich beobachteten Fällen gelang es mir, hinsichtlich der Palpation der Submaxillardrüsen folgende Eigenthümlichkeit zu bemerken: Dort, wo die primären Papeln der Mundlippen erst vor Kurzem aufgetreten, jedoch schon von einer Adenitis der Submaxillardrüsen begleitet waren, liessen sich die letzteren wohl auch bei gewöhnlicher Palpation durchfühlen, aber keineswegs so deutlich, wie dies meiner Meinung nach geschieht, wenn man dieselben mit flectirten, unter den Horizontalast des Unterkiefers eingeführten Fingerspitzen sammt dem gefassten subcutanen Bindegewebe vom Unterkiefer nach aussen abschiebt. Bei dieser Manipulation gewinnt man den Eindruck, als ob man unter den Fingern eine Art von Säckchen mit Nüssen hat, ähnlich den Backentaschen einiger Affen, denen man soeben eine Handvoll Nüsse gereicht hat. Dieses tritt besonders deutlich hervor bei mageren Individuen, deren Drüsen leicht gezählt werden können. Ich möchte dieses Verfahren ganz besonders hervorheben, da dasselbe die Zahl und Grösse der afficirten Drüsen genauer als das einfache Betasten mit den flectirten Fingerspitzen zu bestimmen erlaubt. Die nach aussen hervorgezogenen Drüsen erscheinen bei Betastung bedeutend grösser, als es gewöhnlich der Fall ist, wenn sie nicht vorgeschoben im Zellgewebe verborgen liegen bleiben.

Als viertes Symptom ist die Induration, respective die Sklerose der primären Syphilome der Mundlippen und das sklerotische Oedem (Pick) der die primären Papeln begrenzenden Theile zu bezeichnen. Die die Primäraffectionen der Lippen begleitende Sklerose ist zuweilen von geradezu knorpelartiger Consistenz. Nur in einem Falle (Nr. 106) liess sich keine Verhärtung der Sklerose durchfühlen.

Es ist nun selbstverständlich, dass die erwähnten Symptome, sowie das Fehlen primärer syphilitischer Papeln an den Genitalien, frische Syphilide, ferner die klinische Beobachtung der Kranken die Syphilisdiagnose einerseits ausser Zweifel stellten, andererseits aber eine Verwechslung der primären syphilitischen Sklerosen mit anderen, mit Syphilis nichts Gemeinschaftliches habenden Krankheiten nicht gestatteten. Bei zweifelhafter Diagnose, wo das betreffende Mundlippengeschwür einen cancerösen Charakter zu haben schien, wie dies einmal in unserem Krankenhause der Fall war, wurde zur Sicherstellung der Diagnose die histologische Untersuchung zu Hilfe gezogen.¹⁾

Wie schwierig zuweilen die Differentialdiagnose primärer Lippensklerosen und epithelialer Carcinome ist, geht aus Kaposi's²⁾ Worten hervor:

„Ich habe einen Fall dieser Art mit Prof. Hebra durch Monate hindurch beobachtet, in welchem trotz des bewussten Abwägens der beiderseitigen Momente die Erscheinungen des Carcinoms erst nach Jahresfrist, nachdem harte Intumescenz der Nachbardrüsen und nächtliche lancinirende Schmerzen sich eingestellt hatten, zu erkennen waren.“

In meinem Falle (von Dr. Struser in seinem Artikel citirt) wurde dem Kranken, der einen Chancre mixte der Oberlippe hatte, Seitens einiger Chirurgen angerathen, ein vermuthetes Epitheliom zu extirpiren; jedoch das Bestreuen mit Jodoform und das Auftreten eines syphilitischen Ausschlages löste die Frage ohne operativen Eingriff.

¹⁾ In einem Falle von verdächtigem Ulcus wurde die Diagnose histologisch durch Dr. Struser entschieden (Mediz. Obozrenie 1880, S. 856).

²⁾ Cf. Lehrbuch der Hautkrankheiten von Prof. F. Hebra und Prof. M. Kaposi, pag. 324.

Was die locale Behandlung der primären Lippenpapeln anlangt, so wurde mit gutem Erfolge eine Salbe benutzt, deren ich mich bei harten Schankern überhaupt gern bediene, und zwar: Rp.: Hydrarg. praecipit. albi Gr. III—VI (0·15—0·3), Acidi carbolici Gr. XV—XX (1·0), Axung. porci ʒj (30·0). MDS. Salbe. Die Salbe wird auf hygroskopische Watte oder weiche Marly aufgestrichen. Seltener wurde Hydrarg. praecipit. rubrum benutzt.

Mitunter wurden die primären Geschwüre mit Acid. carbol. Gr. XX—ʒs (1·0—2·0) cum ʒj (30·0) Ol. provinc. oder Axungiae u. s. w. behandelt. An der Lippenschleimhaut wurden die Papeln mit Argent. nitr. in substantia oder in Lösungen Gr. X—ʒs:ʒj Aquae (0·5—2·0:30·0) touchirt. Nach Verheilung der Hautgeschwüre wurde auf die zurückgebliebene Sklerose bis zur völligen Resorption ein Emplastr. mercur. c. saponato aufgelegt. Ausser der localen Behandlung wurde gleichzeitig eine allgemeine eingeleitet, und zwar am häufigsten eine mercurielle in Form von Frictionen oder subcutanen Injectionen nach den allgemein gebräuchlichen Regeln der gegenwärtigen Syphilistherapie.

Trotz der Resorption der Sklerose hielt doch das sklerotische Oedem an den afficirten Lippenhautstellen noch lange an, wodurch zuweilen nach ein, sogar zwei Jahren nach Beginn der Erkrankung die afficirte Stelle noch zu erkennen war, wovon ich mich in meiner Privatpraxis wiederholt überzeugen konnte.

B. Primäre Papel des Zahnfleisches.

Der anatomisch-topographischen Reihenfolge der von extragenitaler Syphilisinfection befallenen Theile des Mundes folgend, müssen wir jetzt zur Beschreibung der primären Papeln des Zahnfleisches übergehen. Aus der Gesamtzahl der in unserem Krankenhause beobachteten extragenitalen Mundschanker ist nur ein Fall von primärer Papel des Zahnfleisches zu verzeichnen.¹⁾ Dieser Fall betrifft einen Herrn, Clarinettisten, der wegen beträchtlicher Schwellung seiner Halsdrüsen im Jahre 1884 in die

¹⁾ Unter der beträchtlichen Anzahl von Fällen extragenitaler Syphilisinfection stellen die primären Papeln, respective Geschwüre des Zahnfleisches, wie dies aus der am Ende angeführten Literatur dieses Gegenstandes zu sehen ist, eine seltene Erscheinung dar.

chirurgische Abtheilung eines unserer Krankenhäuser sich aufnehmen liess. Nach dem Auftreten eines papulösen Hautsyphilides wurde er unserem Krankenhause überwiesen, wo sich bei dessen Untersuchung Folgendes herausstellte: Sklerotisches, V-förmiges, hellrothes Geschwür auf der dem linken Schneidezahne entsprechenden Seite des oberen Zahnfleisches, mit hart anzufühlenden, leicht erhabenen, hellrothen Bändern; linksseitige classische Adenitis der Submaxillardrüsen, eine Adenitis mässigen Grades der Drüsen des Halses und der übrigen Körpertheile, und eine Roseola syphilitica; alle diese Symptome und das Fehlen eines Schankers an den Genitalien liess nun keinen Zweifel darüber bestehen, dass wir einen harten Schanker des Zahnfleisches vor uns hatten, der, wie die Profession des Kranken es vermuthen liess, beim Blasen der Clarinette, deren sich ausser ihm noch Andere bedienten, acquirirt war.

C. Primäre Papeln der Zunge.

Von primären Sklerosen der Zunge wurden in unserem Krankenhause drei Fälle beobachtet. Der eine betraf einen Mann (1880), von dem eine Aquarellzeichnung (ausgeführt vom Künstler Beljankin) in der Collection des Mjassnitzky'schen Krankenhauses sich befindet.¹⁾ Nach Aussage des Kranken will er sich die Zunge mit einer Fischgräte angestochen haben, und als die Wunde noch nicht verheilt war, habe er eine Prostituirte geküsst und mit ihr Bier getrunken; über den Gesundheitszustand Letzterer war ihm nichts bekannt. Viel wahrscheinlicher ist übrigens, dass der Kranke, Schuhmacher von Profession, sich durch hölzerne Schuhzwicken, die im Munde eines Syphilitikers gewesen waren, inficirte, denn es ist wohl bekannt, dass Schuhmacher, ebenso wie Tapezierer, beim Beschlagen der Fusssohlen die Zwicken im Munde halten, und die überflüssigen mit dem ihnen natürlich anhaftenden Speichel in die gemeinschaftliche Schachtel zurückwerfen.

Die anderen zwei Fälle von primären Papeln der Zunge wurden bei Frauen beobachtet. Die eine, Witwe, 34 Jahre alt,

¹⁾ Dieser Kranke wurde von mir in der Physikalisch-medicinischen Gesellschaft zu Moskau im Jahre 1880 vorgestellt. Siehe die Sitzungsberichte für das Jahr 1880, erste Hälfte.

Köchin von Profession, war früher in einer Familie als Kinderwärterin angestellt gewesen, wobei sie im Laufe von drei Monaten ein notorisch syphilitisches Kind zu warten hatte. Zwei Monate nach Abgang von dieser Stelle liess sie sich in unser Krankenhaus aufnehmen, wobei ausser einem *Ulcus induratum linguae* eine *Roseola syphilitica elevata* bei ihr constatirt wurde. Die Adenitis war besonders scharf an den Cervical- und namentlich an den Submaxillardrüsen ausgesprochen. Der andere Fall betraf auch eine Köchin, eine dreissigjährige, deren Ansteckungsmodus unaufgeklärt blieb.

In all diesen Fällen waren die *Ulcera indurata linguae* rund, scharf begrenzt, von fleischrother Farbe, von der Grösse eines Fünzig-Pfennigstückes und ragten über die Schleimhautfläche hervor; die Härte der Sklerose war immer scharf ausgesprochen.

Ausser dem typischen Aussehen eines harten Schankers und den Allgemeinerscheinungen der Syphilis ist als eines der frühesten und am meisten charakteristischen Kennzeichen der primären Zungenpapeln die Adenitis der Cervical- und ganz besonders der Submaxillardrüsen zu bezeichnen.

D. Primäre Papeln des Rachens.

Nach den Primäraffecten der Mundlippen müssen wir uns noch eingehender mit den primären Papeln des Rachens beschäftigen.

Der Rachen ist ebenso oft, wie die Lippen des Mundes, dem Eintritte des syphilitischen Contagiums zugänglich, und namentlich bei Frauen. In der Gesamtzahl der Fälle von Infection per os (99) treten die primären Papeln des Rachens ihrer Zahl nach ganz besonders hervor: sie bilden beinahe die Hälfte aller Fälle von Infection per os.

Da diese Affection des Rachens bedeutende Verschiedenheiten, je nach der Periode der Krankheit, darstellt, mitunter aber ihr Aussehen von der dem Eintritte ins Krankenhaus vorausgegangenen Behandlung, von Tabakrauchen, Erkältung und anderweitigen Nebenwirkungen abhängt, so möchte ich in dieser Abhandlung, ohne auf zufällige Complicationen einzugehen, nur die gemeingiltigen Merkmale der primären Rachenpapeln nach Möglichkeit hervorheben, auf deren Grund die Diagnose zu stellen wäre.

Beim Untersuchen von per fauces inficirten Kranken tritt dem Arzte, je nach dem Falle, dem Verlauf und den Complicationen, ein verschiedenes Bild der primären Rachenpapeln entgegen. Wie aber diese Veränderungen des Rachens auf den ersten Blick auch noch so verschiedenartig sein mögen, können sie doch, wie mir scheint, von den zufälligen Complicationen isolirt werden und als leitende diagnostische Kennzeichen dienen.

Im Rachen mehr als irgendwo hat das primäre Syphilom ein besonderes, dieser Affectionsstelle eigenthümliches Gepräge. Die Kenntniss dieser Merkmale ist für den Arzt in doppelter Hinsicht wichtig: 1. Vom praktischen Standpunkte nicht soviel für den Syphilidologen, als vielmehr für den praktischen Arzt, der selten primäre syphilitische Rachenaffectionen zu beobachten Gelegenheit hat, umsomehr, als eine rechtzeitig gestellte Diagnose, namentlich bei ambulanten Kranken, für die Behandlung und Prognose von grosser Tragweite ist. 2. Noch bedeutend wichtiger ist unserer Meinung nach eine zu rechter Zeit gestellte Diagnose primärer Rachenschanker für die sociale Prophylaxis, da die nicht rechtzeitig diagnosticirten Rachenschanker, welche zuweilen Seitens der Nichtspecialisten flüchtig als Angina bezeichnet werden, zur heimtückischesten Verbreitungsquelle des syphilitischen Contagiums werden können, und nicht allein im Publicum, sondern auch im Empfangszimmer des Arztes, zum Beispiel beim Katheterisiren der Tuba Eustachiae u. s. w.

Worin besteht denn eigentlich das Eigenthümliche der primären syphilitischen Rachenpapeln?

Diese Frage lässt sich meiner Meinung nach nur auf Grund einer ganzen Reihe einschlägiger Fälle und richtig geschilderter Krankheitsbilder lösen.

Eine der ersten Beschwerden, über welche fast alle unsere Kranken nicht allein klagten, sondern manche sogar sich deswegen in innere Abtheilungen anderer Krankenhäuser aufnehmen liessen, war das Gefühl von Unbehagen beim Schlucken, ja mitunter von Schmerz, ähnlich wie bei der Erkältungsangina.

Es ist in der Syphilidologie wohl bekannt, dass alle Aeusserungen der Syphilis, von den prodromalen Erscheinungen und den Affectionen der Knochen und des Nervensystems abgesehen, mögen sie ihren Sitz auf den Hautdecken oder den Schleimhäuten haben,

sich dem Kranken gegenüber durch nichts manifestiren. Wer von den Aerzten hatte nicht Gelegenheit, mit gummösen Rachenaffectationen behaftete Kranke zu sehen, welche sich ihm fast Tags vor der Perforation des Gaumens, oder mit perforirten Geschwüren der Nasenscheidewand und ähnlichen Erscheinungen vorstellten, wobei die Kranken, inveterirte Syphilitiker, über die Resultate der Untersuchung in Erstaunen geriethen, und hier zuerst über ihr Leiden erfuhren. Das Fehlen aller subjectiven Beschwerden kommt auch bei primären Sklerosen verschiedener Körperregionen vor. Eine Ausnahme bilden zuweilen die Sklerosen der Finger der Hand (Tarnowsky) und unserer Meinung nach die Sklerosen des Rachens.

In der Mehrzahl der Fälle bildet die unangenehme Empfindung beim Schlucken eine beinahe constante Erscheinung bei Primäraffecten des Rachens, und ist in diagnostischer Hinsicht dieses Unbehagen, respective Kratzen beim Schlucken und die Schmerzhaftigkeit gegen Druck umsomehr wichtig, als bei der Angina syphilitica erythematosa et papulosa die subjectiven Beschwerden gewöhnlich fehlen, und die afficirten Stellen gegen Fingerdruck schmerzlos sind.

Aufmerksame Kranke gaben fast durchwegs an, dass sie während der ganzen Zeit ihres Halsleidens ein Gefühl des Unbehagens, sogar von Schmerz beim Schlucken verspürten. Was die Zeit des Auftretens von Hautsyphiliden, die zuweilen erst nach dem Eintritte der Kranken ins Krankenhaus ausbrachen, anlangt, so pflegten die Schmerzen im Rachen den Syphiliden lange (2—5 Wochen) voranzugehen, und blieben nicht selten auch nach erfolgter Eruption bestehen. Dieser Schmerz localisirt sich namentlich in den Tonsillen und verstärkt sich bei Fingerdruck.

Als erstes Symptom primärer syphilitischer Rachenspapeln erscheint folglich das Gefühl des Unbehagens beim Schlucken, zuweilen von Schmerz, welcher sich besonders bei Druck auf die Tonsillen steigert.

Das zweite für die Rachenschanker charakteristische Kennzeichen ist die begleitende Adenitis der nächstgelegenen Lymphdrüsen, und zwar die am meisten ausgesprochene Adenitis der Submaxillardrüsen.

Untersucht man mit primären Rachenpapeln behaftete Kranke bei entsprechend entblösstem Körper, so ist das Erste, von Syphilitiden, wenn solche schon bestehen, abgesehen, was dem untersuchenden Arzte auffällt — die sichtbare Anschwellung der Hals- und namentlich der Submaxillardrüsen.

Bei systematischer Untersuchung derartiger Kranken und nach vorausgegangener Besichtigung ihrer Genitalien fällt dem Arzte unwillkürlich in die Augen entweder das vollständige Fehlen einer specifischen Adenitis der Inguinaldrüsen, oder nur eine gewöhnliche Vergrösserung derselben, wie sie bei Leuten, die viel zu gehen oder stehend zu arbeiten haben, vorkommt; ferner fast vollständiger Mangel von Epitrochlear- und Axillardrüsen, und dem gegenüber eine nicht nur sichtbare, sondern noch in grösserem Masse palpable, sehr starke Anschwellung und Verhärtung der Submaxillardrüsen, deren Grösse, wie aus den Krankenlisten ersichtlich, zuweilen nicht nur die eines Taubeneies, sondern auch die eines Hühnereies erreichte; diese Vergrösserung der Submaxillar- und Cervicaldrüsen verändert die Configuration des Halses in so hohem Masse, dass immer eine in die Augen fallende Asymmetrie desselben entsteht. In allen Fällen, wo auch nur eine mässige Anschwellung der Submaxillardrüsen beobachtet wurde, zeichneten sich dieselben, als Eintrittsstelle des syphilitischen Contagiums am nächsten gelegene, ihrer Grösse nach von den Lymphdrüsen der übrigen Körpertheile desselben Individuums aus. Ihre mittlere Grösse unmittelbar unter dem Unterkieferwinkel betrug in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle etwa die einer Olive bis zu der einer Wallnuss. Die Submaxillardrüsen boten ausser ihrer beträchtlichen Anschwellung eine feste und derbe Consistenz, lagen vereinzelt oder bildeten zuweilen bedeutende Conglomerate, mit den Nachbardrüsen durch Bindegewebe verlöthet. In der Mehrzahl der Fälle waren die Submaxillar- und Halsdrüsen vollständig indolent, und nur in zwei Fällen bei beträchtlicher Vergrösserung stark schmerzhaft. Bei primären Rachenpapeln pflegten die Submaxillardrüsen früher und stärker als andere Drüsen anzuschwellen, und zwar war bei einseitiger Affection die Anschwellung eben auf der Seite stärker ausgesprochen, wo das Eindringen des syphilitischen Contagiums stattgefunden hatte. Bei doppelseitigen primären syphilitischen

Tonsillitiden waren die Drüsen beiderseits entweder von gleicher Grösse, oder aber es prävalirte nur die eine Seite.

Nach den am Horizontalaste des Unterkiefers gelegenen Submaxillar- und Maxillardrüsen werden bei primären Rachenpapeln am häufigsten die lateralen Halsdrüsen hinter dem M. sterno-cleido-mastoideus afficirt; sie waren in solchem Falle bedeutend grösser, als es sonst bei allgemeiner syphilitischer Adenitis der Fall ist, und standen in einigen Fällen ihrem Umfange nach sogar den Submaxillardrüsen kaum nach. Es folgen nun hinsichtlich der Häufigkeit der Affection die Occipital-, Präauricular-, Mastoidal-, Submental- und Jugulardrüsen u. s. w.

Was die allgemeine Polyadenitis anlangt, so war sie bei Rachenpapeln durch Nichts von der gewöhnlichen, bei der initialen Syphilis vorkommenden Adenitis ausgezeichnet, und bildeten die Inguinaldrüsen im Vergleich zu den Submaxillar- und Cervicaldrüsen überhaupt einen schroffen Contrast zu den Fällen, wo es sich um eine Syphilisinfection per genitalia handelte.

Als drittes Unterscheidungsmerkmal der Rachenschanker ist die Farbe der afficirten Stellen, auf die das syphilitische Contagium eingewirkt hatte, und diejenige der Nachbartheile zu bezeichnen. Primäre Papeln verursachen nirgends auf der Haut so intensive Röthung, wie an der Rachenschleimhaut. Die Röthe des Rachens an der Affectionsstelle war bald beschränkt, bald diffus und bei einseitiger Affection immer auf der einen Seite, und zwar auf der, wo das syphilitische Contagium zuerst eingewirkt hatte, localisirt. Diese einseitige Hyperämie ist bei solitären Primäraffectionen des Rachens von grosser Wichtigkeit. Die braunrothe Verfärbung der afficirten Theile der Schleimhaut ging öfters in eine dunkelkirschrothe, ja sogar dunkelviolette über, offenbar von einer Stauungshyperämie bedingt, Dank dem Reichthume des Rachens an Venengeflechten und Venen.

Als viertes Kennzeichen bei der Diagnose primärer Rachenpapeln dient die Vergrösserung der Tonsillen, so lange sie noch vom Zerfall verschont bleiben. In diesen Fällen schwellen die Tonsillen stark in den Rachen hinein an, sind roth, meistens gegen Druck schmerzhaft, hart, und bei einseitiger Affection nur auf einer Rachenhälfte ausgesprochen. Die Härte der Tonsillen zeichnete sich in diesen Fällen sehr von jener resistenten Derbheit

aus, welche bei Verhärtung der Tonsillen in Folge allgemeiner syphilitischer Infection auftritt, und von Dr. P. Hamonic¹⁾ in seiner Arbeit „Hypertrophie amygdalienne syphilitique“ beschrieben ist.

In den initialen Entwicklungsperioden der primären Rachenspapeln lassen sich, ausser den erwähnten Veränderungen in Bezug auf Farbe und Consistenz, Erosionen wahrnehmen, die identisch mit denen sind, welche an der Schleimhaut der Mundlippen und des Gebärmutterhalses vorzukommen pflegen. An den Tonsillen sind die Erosionen scharf begrenzt und von intensiv rother Farbe; öfters aber waren die Tonsillen und die in Mitleidenschaft gezogenen Rachentheile von einem graulich aschefarbigem Belage, einer sogenannten Pseudomembran bedeckt (Cornil, Leloir).

Fünftens endlich kann das charakteristische Aussehen der harten Rachengeschwüre selbst diagnostisch verwerthet werden.

Folgen wir nun auch bei den in Rede stehenden Rachengeschwüren der üblichen Beschreibung der Geschwürstheile, so haben wir Folgendes hervorzuheben. Treten primäre Papeln und aus dem Zerfalle derselben entstandene Geschwüre an den Mundlippen oder an der Zunge auf, so zeigen sie, wie bereits erwähnt, scharf begrenzte Ränder; dem gegenüber hatten aber die Primäraffecte des Rachens in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle vollständig unregelmässige, zackige, angefressene Ränder, gleichviel ob die Geschwüre auf die Tonsillen allein beschränkt waren oder gleichzeitig auch auf die Nachbartheile übergrieffen. Die Geschwürsränder waren nur sehr selten unterminirt und hafteten immer dem Geschwürsgrunde fest an. An der Peripherie liess sich constant eine mehr minder scharf ausgesprochene verschiedenartig nuancirte, weit über die Geschwürsgrenze gehende Röthe wahrnehmen. Bei Geschwüren der Tonsillen zeigten sich die Ränder beim Anfühlen nicht selten viel härter als der Grund.

An den Gaumenbögen und Pharynxwänden war der Geschwürsgrund oberflächlich, an den Tonsillen dagegen fast immer kraterförmig vertieft, oft mit schmutzig-braunem oder gräulichem Belage bedeckt, der an den Tonsillen beträchtliche Dimen-

¹⁾ Annales de dermatologie et de syphilographie 1882, pag. 393 etc.

sionen erreichte und alsdann sehr an ein vom Zerfall ergriffenes gummöses Infiltrat oder an ein hartes, gangränöses Schankergeschwür erinnerte. Ausser dem Schorfe, respective Belage, traten zuweilen einzelne Partikel der von der Infiltration durchsetzten und dem partiellen Zerfalle anheimgefallenen Drüse hervor.

Was die Härte des Geschwürsgrundes anlangt, so war sie nur in einem Falle vollständig unpalpabel, in einem anderen war sie nur undeutlich ausgesprochen, in den übrigen Fällen aber liess sie sich leicht durchfühlen, und zeigte der Geschwürsgrund eine deutliche Verhärtung, die sogar zuweilen eine wahre knorpelartige Consistenz erreichte.

In den Fällen, wo die Kranken sich mit schon zerfallenen Mandelgeschwüren vorstellten, und wo über die Härte des Geschwürsgrundes schwer oder gar unmöglich zu urtheilen war, konnte man die Sklerose in den Geschwürsrändern, welche diese Verhärtung noch beibehielten, durchfühlen. In diesen Fällen gewann man bei der Digitalpalpation dieser verhärteten Geschwürsränder den Eindruck etwa eines Guttapercharinges.

Ein anderes von mir beobachtetes und von einigen meiner Collegen in ihren Krankenlisten notirt, nicht minder interessantes, wenngleich nicht constantes Symptom besteht darin, dass in den Fällen, wo die Gewebssklerose sich auf die Gaumenbögen und das Gaumendach ausdehnte, jene sich wahrnehmen liess beim Emporheben des Daches oder bei Druck mit der Sonde, wodurch die Sklerose auffallend blass wurde, ähnlich dem, wie die beim Umstülpen des Präputiums umschlagende Sklerose an der Umschlaggrenze abblasst.

Als fünftes diagnostisches Merkmal primärer Rachenpapeln dient folglich die Härte der Geschwürsränder und die Abblassung der Gaumenbögen und des Gaumendaches auf Druck.

Was die Localisation der primären Rachenpapeln anlangt, so sassen sie am häufigsten an den Tonsillen, wobei in 9 Fällen unter 46 Rachenschankern beide Tonsillen afficirt und folglich die Schanker multipel waren. Nur in einem Falle war die Affection ausschliesslich auf den Vorderbogen, in einem anderen auf das Palatum molle beschränkt. In der grössten Mehrzahl der Fälle waren von den primären Papeln, respective Geschwüren,

gleichzeitig mit den Mandeln auch die vorderen und hinteren Gaumenbögen, der weiche Gaumen und die hintere Pharynxwand betroffen.

Die Diagnose der primären Rachenpapeln, respective Geschwüre, bot bei unseren Kranken sicherlich keine Schwierigkeiten dar. Die Hautsyphiliden, mit denen die meisten Kranken sich ins Krankenhaus aufnehmen liessen, die charakteristische Affection der der Erkrankungsstelle nächstgelegenen Submaxillar- und Cervicaldrüsen, ferner das Fehlen des sogenannten Foramen contagiosum an den Genitalien, das zuweilen kindliche Alter (sieben- bis zehnjährige Mädchen, die keinen Coitus ausgeübt hatten), alle diese, durch die Untersuchung gewonnenen Thatsachen und darauffolgende specifische Behandlung sicherten vollständig die Diagnose der primären syphilitischen Rachenaffectionen.

Wenn wir jedoch berücksichtigen, dass die mit syphilitischen Rachenpapeln behafteten Kranken längere Zeit hindurch als ambulante Patienten bei Nichtspecialisten figuriren und als Halskranke behandelt werden, oder aber aus gleicher Ursache chirurgischen, respective therapeutischen Spitalabtheilungen überwiesen werden, wo sie wiederum bleiben, bis Hautsyphiliden auftreten und sodann erst in unser Krankenhaus gelangen, so glauben wir, dass die Diagnose der Rachenschanker für Nichtspecialisten eine keineswegs leichte Aufgabe ist.

Obwohl Diday¹⁾ schon im Jahre 1861 auf die Möglichkeit des Auftretens und auf die Symptome primärer syphilitischer Tonsillenschanker hingewiesen hat, bleiben dennoch auch bis jetzt die Erscheinungen der primären Rachensklerosen noch wenig erforscht. Wir haben es Fournier, Mauriac und anderen französischen Autoren zu verdanken, dass man diese Erscheinungen mit steigender Sorgfalt zu erforschen begann, und sind in letzterer Zeit in der syphilidologischen Literatur Dissertationen, die sich mit der Frage über syphilitische Rachenschanker beschäftigen, veröffentlicht.

Die Schwierigkeiten der Diagnose sind einerseits in dem Umstande zu suchen, dass die Feststellung der für die Diagnose

¹⁾ Diday. Étude sur le chancre de l'amygdale. Mémoires et comptes-rendus de la Société sc. méd. de Lyon, T. I, 1861—62.

der Rachenschanker massgebenden Kennzeichen relativ noch neu ist, andererseits aber darin, dass in Folge ihres seltenen Auftretens es schwer fällt, in kurzer Zeit eine genaue Kenntniss des Krankheitsbildes zu gewinnen, und namentlich, wie es oft der Fall ist, bei einmaliger Inspection des Kranken. Durch die bereits besprochenen Eigenthümlichkeiten sind die Rachenschanker ganz verschieden von denselben Veränderungen der Lippen, der Zunge und des Zahnfleisches und erhalten in der That ein besonderes Gepräge dank ihrer Lage und denjenigen anatomischen und physiologischen Bedingungen, die auf die Physiognomie der Schanker des Rachens und namentlich der Tonsillen keineswegs einflussfrei bleiben können.

Je nach der Krankheitsperiode lassen sich für die primären syphilitischen Rachenpapeln, respective Geschwüre, folgende charakteristische Merkmale aufstellen.

1. Die submaxillare, an Umfang und Consistenz beträchtliche Adenitis derjenigen Seite, wo die primäre Rachenpapel, respective das Geschwür ihren Sitz hat. Bei doppelseitiger Affection ist auch eine doppelseitige submaxillare Drüsenaffection zu constatiren.

2. Sind die Tonsillen unversehrt, so erscheinen sie vergrössert, sind hart anzufühlen, und fast immer gegen Druck empfindlich.

3. Sitzen die primären Papeln, respective Geschwüre im Rachen, so empfinden die Kranken lange (3—5 Wochen) vor dem Auftreten von Syphiliden ein Gefühl von Unbehagen, mitunter von Schmerz beim Schlucken.

4. Bei einseitiger Rachenaffection entsteht durch Vergrösserung der einen Tonsille und durch Oedem der Nachbartheile (der Gaumenbögen, zuweilen der Uvula) eine Asymmetrie des Rachens, der eine Affection der Submaxillardrüsen derselben Seite entspricht.

5. Die erodirten primären Rachenpapeln zeichnen sich durch intensive Röthe der afficirten Stellen, durch Oedem aus, wobei sie eine rothbraune, ja dunkelkirschrothe, zuweilen violettblaue und sogar schiefergraue Färbung annehmen.

6. Die Rachenaffection ist selten auf die Tonsillen allein beschränkt, sondern greift auch auf die Nachbartheile (Palatum molle, Pharynx) über.

7. Die Geschwüre des Rachens und namentlich der Tonsillen, wenn sie dem Zerfalle anheimfallen, sind fast immer mit einem speckigen, graulichbraunen, quasi gangränösen Belage bedeckt.

8. Die syphilitischen Schankergeschwüre des Rachens haben unebene, zickzackförmige, harte Ränder, welche, falls die centralen Theile der Tonsillen in Zerfall übergehen, sich zuweilen als derbe Ringe anfühlen lassen.

9. In den Fällen, wo die primäre Sklerose auf die Gaumenbögen übergreift, gelingt es zuweilen durch Emporheben derselben mit der Sonde eine charakteristische Abblassung der Sklerose zu erhalten.

10. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle (sogar 6—8 Wochen nach erfolgter Infection) gewinnt man bei Untersuchung syphilitischer Rachenschanker mit dem Finger die Empfindung einer deutlichen Sklerose.

11. Zuweilen stellt sich Taubheit ein, als Folge einer Anschwellung und Compression der Oeffnung der Tuba Eustachia, und zwar auf der der Sklerose entsprechenden Seite.

12. Das Fehlen primärer syphilitischer Papeln an den Genitalien und einer charakteristischen Adenitis der nächstgelegenen Inguinaldrüsen, das Vorhandensein einer classischen Adenitis der Submaxillardrüsen, sowie das Auftreten frischer Syphiliden an den Hautdecken und Schleimhäuten lassen über die Diagnose der Rachenschanker keinen Zweifel bestehen.

Hinsichtlich des Verlaufes der primären Rachenpapeln liess sich nichts Besonderes wahrnehmen; entsprechend der Resorption der Papeln und der Verheilung der Geschwüre traten auch die subjectiven Empfindungen im Rachen zurück; die Asymmetrie begann sich auszugleichen, die Verhärtung nahm ab und nur die lang anhaltende Röthe der afficirten Theile, verbunden mit Schwellung der Schleimhaut liessen darauf schliessen, dass an dieser Stelle unlängst irgend ein Entzündungsprocess sich abgespielt hatte. Fiebererscheinungen kamen selten vor und waren sehr unbedeutend. Eine Anschwellung und Verhärtung der Submaxillar- und Cervicaldrüsen (am hinteren Rande des Musc. sternocleido-mastoid.) hielten noch längere Zeit an, und waren diese Drüsen, wie ich es in einigen Fällen zu beobachten Gelegenheit hatte, im Vergleich zu den Lymphdrüsen anderer Körperregionen

bedeutend vergrößert, sogar zu einer Zeit, wie zum Beispiel nach einem Jahre, wo im Rachen absolut keine Spuren einer Primäraffection mehr zu bemerken waren. In seltenen Fällen konnte man an den Tonsillen Usuren beobachten, die durch Zerfall der Sklerose und durch Schrumpfung der Drüsenreste entstanden waren. Es ist nun selbstverständlich, dass der der Aufnahme der Kranken ins Krankenhaus vorausgegangene Gebrauch scharfer Speisen und Spirituosen, derbe Kost, unpassende Behandlung, Hydrargyrose — Alles einen entsprechenden Einfluss auf den Verlauf und das Schwinden von primären Rachenpapeln, respective Geschwüren, ausüben musste.

Aetiologie. Die Erkrankung durch Zusammenwohnen und wiederum durch Essen und Trinken aus gemeinschaftlichen Geschirren bildet auch bei den Rachenaffectionen den hervorragenden Ansteckungsmodus, und ganz besonders unter den Frauen.

Von 32 Frauen gehörten 22, also zwei Drittel, wiederum unseren Dienstboten an, die sich bei ihren Wirthen inficirt hatten, und offenbar die Umgebung durch Verbreitung dieser Seuche gefährdeten. Von den 22 inficirten weiblichen Dienstboten fällt ein überwiegender Theil auf Stubenmädchen im Alter von 15 (2), 18 (2), 21, 23, 28, 30, 40 bis 43 Jahren; sie hatten sich, ähnlich wie bei der Mundlippenaffection, durch Essen und Wohnen mit syphiliskranken Individuen inficirt; so inficirte sich zum Beispiel die eine Kranke von einem anderen Stubenmädchen, welches Geschwüre an den Lippen besass und dennoch aus Unwissenheit noch lange im Dienste blieb. Ein anderes Stubenmädchen (achtzehnjährige virgo intacta) wurde von ihrer Mutter inficirt, welche mit ihr wohnte, und in unserem Krankenhause früher als sie wegen eines auch unschuldigerweise per os acquirirten harten Tonsillenschankers gelegen hatte. In einem dritten Falle hatte sich ein Stubenmädchen in der Familie ihrer syphiliskranken Wirthe inficirt; eine vierte, im Dorfe inficirt, kam nach Moskau u. s. w. Folgende Gruppe von per faucium Inficirten bilden: 5 Köchinnen, 3 Kinderwärterinnen und 2 Ammen. Was die im Dienste stehenden Köchinnen betrifft, so ist deren Erkrankung an Syphilis in zweifacher Hinsicht gefährlich, und zwar für die Wirthe, wie für die übrigen Dienstboten; indessen gibt es kaum eine Dienstboten haltende Familie, in der auch keine Köchin wäre,

und ist daher die Gesundheit der Köchinnen in Bezug auf Syphilis von grosser Wichtigkeit; eine mit Syphilis behaftete Köchin kann einerseits mittelst der die Speisen kostenden Wirthin sämtliche Familienmitglieder inficiren, andererseits aber auch die übrigen in derselben Familie befindlichen Dienstboten beim Essen aus gemeinschaftlichen Geschirren. Laut der Daten unseres Krankenhauses bilden syphilitische Köchinnen den bei Weitem grössten Theil der mit Syphilis behafteten Dienstboten.¹⁾ Sogar aus der eben angeführten geringen Anzahl von Rachenschankern, die die Krankenlisten unseres Krankenhauses aufweisen, bilden unter 10 weiblichen Dienstboten Köchinnen die Hälfte, dann folgen 3 Kinderwärterinnen, von denen eine 10 Jahre alt war! Dieses Mädchen war als Wärterin bei einem syphilitischen Kinde angestellt gewesen, hatte dasselbe zu füttern, und nahm dabei gewiss dessen Löffelchen öfters in den Mund, küsste es oft u. s. w. In einem anderen Falle hatte eine Kinderwärterin ein ganzes Jahr hindurch ein notorisch syphilitisches Kind gepflegt, und wurde erst nach Verlauf eines Jahres von demselben inficirt. Von den zwei Ammen wurde die eine durch einen im Geschäfte des Wirthes dienenden Factor angesteckt; die Familie und der Säugling, die ich zu untersuchen Gelegenheit hatte, erwiesen sich glücklicherweise und dank besonderem Zufalle als vollständig gesund. Die Amme hatte sich evident durch Zusammenessen mit den übrigen Dienstboten inficirt, und konnte selbstverständlich ihrerseits den Säugling inficiren. Der andere Fall betraf eine Amme, die während 10 Monaten in einer Kaufmannsfamilie angestellt, ein rechtzeitig geborenes und ihrer Aussage nach ganz gesundes Kind gestillt hatte, und wahrscheinlich gleichfalls von den Dienstboten *per faucium* inficirt worden war.

Eine ansehnliche Gruppe von *per fauces* Inficirten bilden nächst dem Meisterinnen aus Nähgeschäften und kleinen Handwerkstätten der Stadt Moskau. Es waren deren 6; 4 darunter waren noch ganz unerwachsene kleine Mädchen von 14 (2) und 15 (2) Jahren, die übrigen 2 (20 und 37 Jahre alt) wurden

¹⁾ Cf. meinen Aufsatz: „Ueber die für Prostituirte, sowie überhaupt für Syphilitikerinnen nöthige Zahl von Krankenbetten in den Spitälern Moskaus. — Sitzungsberichte der Duma (Stadtrath) zu Moskau 1887.

von ihren mit Syphilis behafteten Gefährtinnen angesteckt, welche nach Angaben der Kranken bereits schon einige Mädchen inficirt hatten, trotzdem in der Anstalt weiter verweilten, und folglich auch die Uebrigen inficiren konnten. Eine Näherin, die ausserdem noch ein Kind, das syphilitisch war, zu warten hatte, wurde von letzterem inficirt.

Die Ansteckung der Näherinnen konnte auch zu Stande kommen durch Gebrauch von Nähutensilien, die zuvor, wie schon früher bei Besprechung der Lippenschanker erwähnt wurde, im Munde von Syphilitikerinnen verweilt hatten.

Die letzte Gruppe von Infection per faucium bilden der Häufigkeit nach Frauen, welche sich nur mit ihrer Hauswirthschaft beschäftigten. Es waren deren 3, welche alle in ihren Familien, und sozusagen am häuslichen Herde inficirt wurden.

Von 50 Fällen primärer Rachenpapeln (14 Männer und 36 Frauen) war 21 Mal die rechte Tonsille, 15 Mal die linke Sitz der Erkrankung, und 9 Mal waren beide Tonsillen afficirt; wobei bei Männern 8 Mal die linke Tonsille, 5 Mal die rechte betroffen war und 1 Mal das ulcerirte primäre Syphilom am Palatum molle über der Uvula sass. Bei Frauen war 16 Mal die rechte Tonsille, 6 Mal die linke (also rechts dreimal öfter als links), 9 Mal beide Tonsillen afficirt, und 1 Mal nahm das Ulcus durum den linken vorderen Gaumenbogen ein.

Was die Häufigkeit des Vorkommens der Syphilisinfection per faucium bei Männern anlangt, so kommt bei ihnen dieselbe laut Daten unseres Krankenhauses viel seltener als bei Frauen vor, obgleich die Zahl der Krankenplätze für männliche Syphilitiker (218) bedeutend grösser als die für weibliche (85¹⁾ ist. Primäre syphilitische Rachenpapeln kamen bei 14 Männern vor, von denen beinahe ein Drittel, und zwar 4, professionell, respective in Folge ihrer Beschäftigung inficirt wurden; es waren dies Tapezierer. Abgesehen von der Möglichkeit, sich beim abwechselnden Gebrauche hölzerner Löffel zu inficiren, liefen sie Gefahr, durch die zum Beschlagen von Möbeln, Gardinen u. s. w. verwendeten Zwicken, wie schon früher erwähnt wurde, inficirt zu werden.

¹⁾ Das ist die Zahl der Krankenbetten für Nichtprostituirte.

Es bietet jedoch ein hohes Interesse, zu wissen, wie denn eigentlich die Syphilisinfection des Rachens und namentlich der Tonsillen zu Stande kommt, da hier das syphilitische Contagium nicht fixirt werden kann, wie dies an den übrigen Körpertheilen der Fall ist. Der in der Syphilidologie schon längst festgestellte Satz, dass zur Aufnahme des syphilitischen Contagiums die Haut oder Schleimbaut ihrer Hornschicht beraubt sein muss, respective ein sogenanntes Foramen contagiosum Ricordi erforderlich ist, muss gewiss auch für die Rachenschleimbaut volle Giltigkeit haben. Prof. Lang (S. 76) nimmt an, dass die Resorption sogar dann stattfinden kann, wenn die Epidermisschicht, durch das Secret macerirt, sich bloß verdünnt.

In den Fällen, wo bei den Kranken der Infection ein Rachenkatarrh vorausging, konnte eine Desquamatio des Tonsillenepithels, folglich ein Eindringen des syphilitischen Contagiums zugegeben werden. Diese, als *conditio sine qua non* einer Syphilisinfection, für das Zustandekommen von Hautschankern festgestellte Regel, erregt unwillkürliches Bedenken über die Möglichkeit einer Fixation des Contagiums an seiner Berührungsstelle namentlich im Rachen. Die experimentelle Syphilidologie hat gezeigt, dass wenn man das syphilitische Contagium (das Secret der Papeln, respective der harten Schanker) auf eine ihrer Hornschicht beraubte Hautstelle bringt und nach 3—5—10 Minuten dieselbe abwäscht, keine Infection erfolgt.

Prof. Tarnowsky¹⁾ hat die präservative Wirkung der Langlebert'schen Flüssigkeit unter Anderem auch in Bezug auf das Secret des harten Schankers und der breiten Condylome mit dem er gesunde Individuen impfte, untersucht, und fand, dass wenn der inficirende Stoff mit der ihrer Hornschicht beraubten Hautstelle 5—10 Minuten in Berührung verblieb und darauf die betreffende Stelle mit der Langlebert'schen Flüssigkeit eingerieben und mit Wasser abgespült wurde, keine Syphilisinfection erfolgte.

Sollte man dasselbe nicht auch für den Rachen gelten lassen, der möglicherweise durch einen inficirten Löffel beim Essen oder ein Gefäß beim Trinken dem Einflusse des Contagiums auch ausgesetzt wird, letzteres aber unabsichtlich bei folgenden Schling-

¹⁾ Lancereaux. Die Syphilislehre. — Russ. Uebers. unter Redaction von Prof. Tarnowsky 1877, S. 669.

und Trinkbewegungen von der Adhäsionsstelle abgewischt und folglich mechanisch entfernt wird?

Andererseits ist es in der Syphilidologie bekannt, dass wenn das syphilitische Contagium mit 500 Theilen Wasser verdünnt wird, die Impfung erfolglos bleibt. Es fragt sich nun, wie die Syphilisinfection der Tonsillen zu Stande kommen kann, wenn das Contagium durch aufgenommene Speisen und Getränke in bedeutend grösserer Flüssigkeitsmenge verdünnt und beim Schlucken mechanisch entfernt wird. Sehen wir vom Coitus per os, der nur unter den Prostituirten in Moskau sich kaum zu verbreiten beginnt, ab, so müssen für das Zustandekommen der Ansteckung in unserem Arbeiterstande andere Momente herangezogen werden, wie Küsse, gemeinsames Arbeiten in Werkstätten, Zusammenwohnen unserer Dienst- und Arbeitsleute, namentlich aber das gemeinschaftliche Essen mit solchen, deren Gesundheit in Bezug auf Syphilis unbekannt bleibt.

Bedenkt man, dass die klimatischen Verhältnisse¹⁾ des medialen Landstriches Russlands einerseits, und das Rauchen, der Gebrauch von heissem Thee, von Schnaps u. s. w. andererseits bei unseren Arbeitsleuten Rachenkatarrhe hervorrufen und unterhalten können, so kann kein Zweifel darüber bestehen, dass der Rachenkatarrh (und die mit ihm verbundene Epitheldesquamation) eines der häufigsten zur Syphilisinfection per os disponirenden Momente bildet. Es unterliegt gewiss keinem Zweifel, dass nach Verletzung der Rachenschleimhaut, eine Aufnahme des syphilitischen Contagiums mit ihren Folgen stattfinden kann.

Untersucht man Kranke mit primären syphilitischen Rachengeschwüren, so fällt leicht das ausserordentlich seltene Vorkommen von Primäraffectionen an den Weichtheilen des Gaumendaches (Palatum, Uvula) und dem gegenüber die besonders häufige Affection der Tonsillen auf²⁾, welche bei der In-

¹⁾ Berücksichtigt man die Eintrittszeit der Kranken ins Spital und berechnet man entsprechend dem Auftreten der Syphiliserscheinungen die Zeit der per faucium stattgefundenen Infection, so ergibt sich, dass die grösste Zahl derartiger Ansteckungsfälle auf die Herbst- und Wintermonate und namentlich October, November, December fällt.

²⁾ In Uebereinstimmung mit den Beobachtungen anderer Autoren (cf. die Literatur).

fection per faucium eine hervorragende Rolle spielen. In der That kamen unter fünfzig Fällen von Rachenschankern nur zwei vor, wo die syphilitischen Schanker über der Uvula bei einem Manne (Nr. 1960) und am linken vorderen Gaumensegel bei einer Frau (Nr. 1974) ihren Sitz hatten; in sämtlichen übrigen Fällen waren entweder die Tonsillen allein, oder aber, was häufiger der Fall war, gleichzeitig mit den übrigen Rachentheilen afficirt, wobei auf Grund der Consistenz der Sklerosen, des Stadiums ihres Zerfalles und der Verbreitung des Processes angenommen werden musste, dass die Sklerose, respective das Foramen contagiosum an den Tonsillen aufgetreten sei und dann erst der Process successive auf die Nachbartheile übergegriffen habe.

Die bei der Infection per faucium häufig vorkommende Affection der Tonsillen und dem gegenüber die sehr seltene Affection der übrigen Rachentheile erlauben uns folgende Voraussetzung auszusprechen: möglich dass das syphilitische Contagium hauptsächlich durch die Tonsillen eindringt, indem es beim Schlucken in deren Lacunen hineingepresst wird, dort stecken bleibt, ohne durch die folgenden Schluckbewegungen entfernt zu werden und bis zu einer gewissen Zeit latent bleibt, um alsdann beim Ausbruch einer lacunären Angina oder bei mechanischer Desquamation der Hornschicht der Tonsillenlacunen als Infectionsagens zu Tage zu treten.

Diese von uns angenommene und schon früher von Desnos¹⁾ ausgesprochene Hypothese lacunärer Infection kann, wie mir scheint, gerechtfertigt erscheinen nach Analogie des Eindringens des Contagiums des weichen Schankers beim Entstehen von sogenannten folliculären weichen Schankern.

Auf diese Weise kann, meiner Meinung nach, das Contagium im Rachen fixirt werden, trotz des Schluckmechanismus. Das relativ späte Auftreten von primären Papeln der Tonsillen und deren Sklerose, sogar zwei Monate und mehr, nachdem die betreffenden Kranken die Gesellschaft von Syphilitikern verlassen hatten und ausser dem Rachenschanker keine Syphiliden besaßen, widerspricht keineswegs der angeführten Hypothese.

¹⁾ Dict. de Méd. et de Chirurg. prat. VII, pag. 149. M. Mackenzie pag. 112.

In zwei Fällen aus meiner Privatpraxis hatte ich Gelegenheit zu beobachten, dass die primären syphilitischen Erosionen bei deren Untersuchung den Eindruck machten, als ob sie in den Follikeln der Tonsillen ihren Ausgang genommen hätten, wobei bei einem zweiundzwanzigjährigen Commis je eine Erosion auf jeder Tonsille zu sehen war, bei einem anderen, fünfundzwanzigjährigen Lehrer, die Erosion an der Tonsille sass; bei beiden Kranken folgte darauf eine Submaxillaradenitis und eine allgemeine Syphilis, die über die Natur des Leidens, sowie die Eingangspforte des Contagiums keinen Zweifel bestehen liess.

Das Hineinpressen des syphilitischen Contagiums mit Speise und Speichel kommt wahrscheinlich beim zweiten Schluckacte zu Stande, wenn die hinteren Gaumenbögen sich einander nähern und der ganze Druck auf die Tonsillen ausgeübt wird.

Was die Behandlung der primären Rachengeschwüre, respective Papeln anlangt, so wurde hauptsächlich für die allgemeine Syphilisbehandlung Sorge getragen. Local wurde Jodglycerin, Argentum nitricum in Lösung, Chrmsäure und andere Mittel angewendet.

(Schluss folgt.)