Aus der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten des Allgemeinen Krankenhauses St. Georg in Hamburg.

Ueber Abortivkuren der Syphilis durch kombinierte Quecksilber-Salvarsanbehandlung.

Von Ed. Arning.

Im ganzen sind auf meiner Abteilung im Allgemeinen Krankenhause St. Georg, Hamburg, und in meiner Privatpraxis rund 1600 Fälle mit Salvarsan behandelt, das Mittel also über 3000 mal angewendet worden. Die Versuchszeit begann im Juli 1910 an ausgesuchten Fällen. Vom November 1910 an habe ich die generelle Anwendung des Salvarsans angeordnet für alle Syphiliskranken meiner Abteilung.

Die von mir geübte simultane Anwendung des Salvarsans und Quecksilbers, des letzteren meistens in Form von Schmierkuren, hat sich nach mancher Richtung, besonders in der Krankenhausbehandlung, bestens bewährt und ist trotz absprechender Kritik außenstehender Kollegen beibehalten worden. Es ist ohne weiteres einleuchtend, daß, falls wir nach einer Reihe von Jahren einen besseren Einfluß auf die Syphilis nachweisen können als bei der früheren ausschließlichen Quecksilberbehandlung, dieses Plus auf Konto des Salvarsans zu setzen ist.

Andererseits kommt es mir bei der Behandlung meiner Syphiliskranken darauf an, eine möglichst intensive Behandlung möglichst früh einzusetzen, und der Eindruck ist jetzt, nach einer mehr als ein Jahr dauernden Anwendung unserer Kurmethode, so günstig, daß ich vorläufig bei dieser Methode bleiben werde.

Sobald die Diagnose Syphilis feststeht, schon auf Basis des positiven Spirochaeta pallida-Befundes allein, auch bei noch negativer Wassermannscher Reaktion, beginnt die gemischte Behandlung: Hg-Schmierkur, 4–6 g pro die und Salvarsan, 1,0 für erwachsene Männer, 0,8–0,9 für Frauen; für Kinder und Säuglinge entsprechend reduzierte Dosen.

Die Salvarsaneinverleibung geschieht durch intravenöse Infusion 0,3–0,4–0,6 der schwach alkalisierten Lösung in täglich frisch destilliertem Wasser + 0,6 Natr. chlorat., 200 ccm und in einer intramuskulären Injektion von saurer Lösung in möglichst kleiner, konzentrierter Menge. Wir injizieren 0,6 Salvarsan mit vier Tropfen Glyzerin und 4 ccm heißen destillierten Wassers gelöst, mit feiner Nadel tief in die Muskeln und weit oben außen am Becken (Duhotscher Punkt). Gangrän sahen wir nie. Wenigstens nicht bei Erwachsenen. Bei mageren Säuglingen ist es in drei Fällen zur Nekrose der Haut gekommen. Schmerzen sehr verschieden, häufig überhaupt fast keine, meistens am vierten bis fünften Tage mehr oder weniger heftig.

Während ich früher zuerst die intravenöse Infusion und fünf bis sechs Tage später die Injektion der sauren Lösung machte, lasse ich jetzt die Depotbehandlung vorangehen. Verschiedene Erwägungen haben mich dazu veranlaßt. Erstens hat sich aus den in unserem Krankenhause ausgeführten Versuchen Bornsteins¹⁾ ergeben, daß auch die Infusion eine Depotbehandlung darstellt, insofern die großen Eingeweideparenchyme das Salvarsan aufspeichern. Es ist somit das Raisonement und die Befürchtung hinfällig, daß Depot als erstes und Infusion als zweites gefährlicher wirken könnte als

umgekehrt, weil vielleicht aus dem Depot in der Muskulatur und der nachfolgenden Infusion zu gleicher Zeit das Salvarsan frei werden und dann in zu großer Dosis wirken könne. Weiter haben die kühnen großen Dosen mancher Versucher gezeigt, daß auch für diesen Fall unsere Gesamtdosis von 1 g die Maximaldosis nicht erreicht. Zweitens aber, und das ist ein rein praktischer Grund, erscheint es zweckmäßiger, das entschieden außerordentlich wirksame saure Depot am Anfange des Krankenhausaufenthaltes zu geben, weil im Falle auftretender Schmerzen und vorübergehender Bewegungsbeeinträchtigung des Beins dieses Stadium im Krankenhause abgemacht wird und nicht, wie wenn das Depot am Schlusse der Behandlung gegeben wird, zu einer Arbeitsbeeinträchtigung beim Abgange führen kann.

Wir beginnen also jetzt gleichzeitig mit Quecksilberschmierkur und der muskulären Injektion der ganz konzentrierten sauren Lösung und schließen am zehnten Tage die intravenöse Infusion an. Am 14.–16. Tage durchschnittlich verlassen dann die Kranken, frei von Krankheitssymptomen, und fast alle ohne Beschwerden seitens des Depots, das Krankenhaus. Sie erhalten bei der Entlassung eine mündliche Belehrung über ihre Krankheit und die Weisung, sich nach Ablauf von zehn bis zwölf Wochen wieder vorzustellen. Dann erst wird neben der klinischen Nachuntersuchung auch das Blut wieder serologisch geprüft. Vor Ablauf dieser Zeit die Wassermannprobe anzustellen, hat sich uns als nicht zweckmäßig erwiesen, da die Resultate vorher weniger günstig sind.

Leider ist die Zahl der sich zur Nachuntersuchung wieder Vorstellenden verhältnismäßig ungemein klein. Gerade das fluktuierende seefahrende Element, das einen so großen Prozentsatz der Kranken meiner Abteilung bildet, ist schwer zu einer Nachkontrolle zu verwenden. Alle zwei bis drei Monate werden gedruckte Formulare an die von den Kranken angegebenen Adressen versendet unter verschlossenem Briefkuvert, des Inhalts, sie möchten sich zu einer Nachuntersuchung im Krankenhaus melden. Der größte Teil dieser Aufforderungen kommt von der Post als unbestellbar zurück. Besser sind die Nachprüfungsbedingungen bei meiner weiblichen Station, trotzdem sie die leichter zu kontrollierenden Puellen nicht einschließt, sondern im wesentlichen Dienstmädchen, Verkäuferinnen und in der Ehe infizierte Frauen enthält. Ebenso ist natürlich auch die Privatpraxis in bezug auf die Nachkontrollierung der erreichten Resultate recht brauchbar.

Ich will nun in kurzem über die Erfolge der Abortivkuren berichten, die wir bei primärer und frisch sekundärer Syphilis erreicht zu haben hoffen, soweit wir dies durch klinische und serologische Nachprüfung kontrollieren können.

Es gelten für diese Zählung also nur solche Fälle, die mit Primäraffekten allein oder mit Primäraffekten und ersten sekundären Erscheinungen zur kombinierten Salvarsan-Quecksilberbehandlung gekommen sind.

Leider sind aus der über 500 Fälle zählenden Kategorie dieser Kranken nur 71 zur Nachuntersuchung gekommen. Diese Nachuntersuchung ist im Durchschnitt vier Monate nach der Behandlung vorgenommen worden, der längste Termin betrug elf Monate. Eine ganze Reihe von Patienten sind mehrfach kontrolliert worden.

Von den 71 nachuntersuchten Fällen waren 45 Fälle reiner primärer Syphilis, also Patienten, die im zweiten Latenzstadium zur Behandlung kamen; 26 hatten neben dem Primäraffekt schon erste Sekundärerkrankungen. Das wahrhaft Ueberraschende aber ist, daß alle diese 71 Nachuntersuchten frei von jedem klinischen Symptome von Syphilis, in trefflicher Allgemeingesundheit und bei der serologischen Untersuchung Wassermann negativ gefunden wurden.

Das ist für jeden Unbefangenen, der sine ira et studio sein Material kritisch prüft, ein durch Quecksilber allein oder Quecksilber und Jod nicht erreichbares Resultat. Und es ist auch wohl ohne Zweifel eine Schlußfolgerung erlaubt, die sich auf das nicht zur Nachrevision gekommene, im Frühstadium behandelte Material bezieht. Wenn alle 67 wieder untersuchten Fälle klinisch und serologisch frei befunden worden sind, ohne eine einzige Ausnahme, so wird man doch sicherlich folgern dürfen, daß auch eine große Zahl, wenn nicht die

¹⁾ Deutsche medizinische Wochenschrift 1911, No. 3.

größte Zahl der Hunderte nicht revidierter Fälle von abortiv behandelter primärer Lues ebenfalls freigeblieben ist. Außerdem ist anzunehmen, daß ein großer Teil dieser Kategorie von Patienten uns von ihren Kassenärzten oder Reedereiärzten wieder zugeschickt wäre, wenn Rezidive aufgetreten wären. In einem Falle hat uns die Natur sogar den Beweis geliefert, daß die erste Lues abortiv ausgeheilt war. Ein mit Primäraffekt im November behandelter Patient, der inzwischen frei von Symptomen und bei Wassermannscher Reaktion negativ befunden war, erkrankte im Februar wieder mit einem typischen neuen Primäraffekt. Ueber den Fall wird gesondert berichtet werden.

Bei schon älterer und behandelter Syphilis der Sekundär- und Tertiärperiode ist der Erfolg nicht immer eine glatte Ausheilung, wenschon auch hier in den weitaus meisten Fällen der Erfolg dauerhafter zu sein scheint als zur Zeit vor dem Salvarsan.

Ausgesprochene klinische Rezidive habe ich bei 1600 Fällen in 30 Fällen beobachtet. Davon waren 16 Fälle eigener Behandlung, 14 waren von anderer Seite mit Salvarsan, zum Teil mit ungenügenden Dosen, behandelt. Immerhin glaube ich, schon allein aus der Veränderung des Bildes der Privatpraxis nach einer sich über mehr als ein Jahr erstreckenden Erfahrung mit Salvarsan, auch bei den später als im Primär- und Frühsekundärstadium zur Behandlung kommenden Fällen auf einen ganz gewaltigen Fortschritt unserer Therapie durch Ehrlichs Werk schließen zu dürfen.

Unsere sekundären Syphilitiker wurden früher doch meistens für einige Jahre trotz energischer intermittierender Hg- und Jodtherapie Stammgäste unserer Sprechstunde zwecks lokaler Behandlung, besonders der Schleimhauterscheinungen. Das hat sich mit einem Schlage ganz verändert. Man sieht jetzt nach einer energischen Salvarsanquecksilbertherapie seine Patienten monatelang nicht wieder. Sie kommen nicht, weil sie unserer nicht bedürfen! Und darin liegt meines Erachtens nach ein so gewaltiger hygienischer Erfolg der neuen Therapie, daß Ehrlichs Tat auch dann zum Segen der Menschheit reichen wird, falls bei noch längerer Beobachtung die Hoffnung auf eine abortive Behandlung in der Primärperiode als trügerisch sich erweisen sollte. Die schnelle Abheilung der Infektionspforten der Syphilis, ich möchte sagen, der Ausfallspforten des Giftes, der nässenden Papeln der Sekundärperiode, unter dem Einflusse des Salvarsans, ist an sich allein ein Faktor, der, rein hygienisch-epidemiologisch gedacht, auch ohne Berücksichtigung der Dauer des therapeutischen Erfolges, einen Einfluß auf die Verbreitung der Syphilis haben muß. Es ist absolut bestimmt anzunehmen, daß mit der schnelleren Schließung dieser Infektionspforten schon in wenigen Jahren eine Abnahme der Syphilis dort sich zeigen wird, wo der Kampf mit der neuen Waffe generell aufgenommen wird, und das allein ist schon eine Errungenschaft, die sich würdig an die Jennersche Tat der Vakzinationseinführung stellen darf.

Ob durch die guten Erfolge in der Frühperiode auch die sogenannten metasymphilitischen Erkrankungen eingeschränkt werden dürften, ist natürlich noch garnicht abzusehen. Jedenfalls werden pro rata der Einschränkung der Syphilis überhaupt, die, wie gesagt, schon bald sich zeigen wird, auch diese Geißeln der Menschheit mehr in den Hintergrund treten.

Resümee. Die Erfolge einer kombinierten Quecksilber-Salvarsanbehandlung in der Primärperiode der Syphilis scheinen ausgezeichnet zu sein. Auf die Kombination beider Mittel und Anwendung des Salvarsans in saurer Lösung wird Gewicht gelegt.