

Von Wichtigkeit ist ja natürlich auch die Art der angewandten Methodik, die manche Differenz in dem Befunde erklären kann: Wir prüften den Liquor auf Wassermann in den üblichen Auswertungen von 0,1—1,0, stellten den Leukocytengehalt fest, beobachteten die Druckverhältnisse und stellten auch die üblichen chemischen Reaktionen an (Nonne-Apelt, Pandy, Nissl).

Meine verhältnismäßig selten positiven Zellenbefunde sind gelegentlich aufgefallen, doch kann hier ein Fehler in der Technik nicht gut vorliegen: denn bei Neurorezidiven und einwandsfreien Fällen von Lues cerebri, überhaupt bei Lues des zentralen Nervensystems, hatten wir damals sowohl, wie vor allem auch bei späteren Untersuchungsreihen zum Teil ganz außerordentliche hohe Werte, durchaus den Erfahrungen anderer Autoren entsprechend.

Auch nach 1918, in den letzten beiden Jahren, haben wir einen großen Teil unseres Luesmaterials weiter lumbalpunktiert und fortlaufend untersucht. Eine genaue Zusammenstellung dieser Fälle ist nicht erfolgt, doch kann ich schon jetzt mitteilen, daß unsere gesamtpositiven Befunde noch unter unserer seinerzeit berechneten und publizierten Zahl liegen, das gilt auch für die Zellenbefunde. Ob das Überwiegen weiblicher Patienten dabei eine Rolle spielt, ist nicht mit Sicherheit zu sagen, zumal wir bei unserer ersten Untersuchungsserie diesen Eindruck nicht ohne weiteres gewinnen konnten.

Wichtig ist, daß auch unsere Untersuchungen der letzten Jahre den gleichen Eindruck wie früher ergaben, daß die positiven Liquorbefunde der frischen, infektiösen Fälle — die größere Mehrzahl der weiterhin Untersuchten — genau wie vordem wesentlich schneller auf das Normalmaß zurückgeführt werden konnten als die positiven Befunde bei älterer Lues. Ganz besonders hartnäckig erwiesen sich bezüglich der Rückbildung des Liquorbefundes die Fälle von eigentlicher Nervenlues, bei denen trotz intensiver Behandlung — bis zu 8 g Salvarsan — gelegentlich ein Normalwerden des Liquors nicht erzielt werden konnte. Wir werden über diese Befunde später noch berichten.

Herr Kyrle-Wien: Schlußwort.

Herr Buschke hat von dem günstigen Syphilisverlauf bei Kranken berichtet, die während der Behandlung eine Salvarsandermatitis überstanden haben; diese Beobachtungen Buschkes finden wir an dem Material der Fingerschen Klinik durchaus bestätigt; wir haben im Laufe der letzten Jahre eine ganze Reihe von Salvarsandermatitiden mit langdauerndem Fieberverlauf gesehen und hierbei durchwegs den Eindruck gewonnen, daß diese für den Kranken zunächst böse Komplikation in der weiteren Auswirkung zum besten Enderfolg führt. Über Jahre hinausreichende Beobachtungen zeigten bei diesen Kranken dauernd negative Seroreaktion und freien Liquor. Wir kennen auch einen Fall von Reinfektion nach überstandener Dermatitis. Auf welchen Faktor diese günstige Beeinflussung des Ablaufs der Erkrankung zu beziehen ist, läßt sich nicht sicher entscheiden, insbesondere nicht, ob die Dermatitis hierbei die Hauptrolle spielt oder ob nicht etwa nur der langdauernde Fieberzustand als Ausdruck einer tiefgreifenden biologischen Umwälzung im Organismus das Maßgebende darstellt. Für letztere Auffassung scheint der Um-

stand zu sprechen, daß man gleich günstige Effekte bei Kranken sehen kann, die während einer Kur aus irgendwelchen Gründen längere Zeit hoch fiebern, ohne daß an der Haut Entzündungserscheinungen gewesen wären. Über dèrartige Beobachtungen verfügen wir in größerer Zahl und sie waren ja auch mitbestimmend, daß wir an der Fingerschen Klinik seit Jahren der Fiebertherapie bei Syphilis unser besonderes Augenmerk zugewendet haben und die Vaccine- und Protein-körpertherapie als Adjuvans zur spezifischen im reichen Maße üben. Die Wirkung protrahierter Fieberzustände ist immer wieder erstaunlich; ganz geringe spezifische Behandlung, von langdauernden hohen Temperaturen gefolgt, sehen wir oft beste Dauerresultate bringen; wir meinen, daß der Fiebertherapie bei Syphilis große Bedeutung zukommt, sie verdient höchste Beachtung von seiten der Syphilidologen.

Herr Ullmann hat angefragt, wie man sich in der Praxis hinsichtlich des Zeitpunktes, zu dem die Liquorkontrolle durchgeführt werden soll, zu verhalten hat? Unseren diesbezüglichen Standpunkt möchte ich kurz folgendermaßen präzisieren: Zu punktieren ist jeder Latentluische, auch wenn er seit Jahren negative Seroreaktion hat und frei von irgendwelchen nervösen Stigmata ist. Bestehen nervöse Krankheitssymptome, gleichgültig in welchem Ausmaße, so wird die Lumbalpunktion für die richtige Einschätzung derselben wertvollen Aufschluß bringen. Im ersten Jahre der Syphilisinfektion ist die Liquoruntersuchung nicht unbedingt nötig, in dieser Periode kann von ihr abgesehen werden. Weder mit den positiven noch negativen Befunden läßt sich zu dieser Zeit, insbesondere in prognostischer Hinsicht, allzu viel anfangen, davon wurde ja im Referat ausführlich gesprochen. Energische Behandlung muß hier an und für sich stattfinden, zunächst ohne besondere Rücksicht auf den Liquor. Ähnliches gilt auch noch für das zweite Krankheitsjahr, wenigstens für den ersten Teil desselben. Lues, die über 2 Jahre alt ist, soll punktiert werden, hier befinden wir uns einerseits schon in der Zeit, wo das Hervorkommen von Liquorveränderungen selten wird, die bestehenden hingegen schon vielfach den Charakter von fixen Läsionen aufweisen, aber in der Regel doch noch therapeutisch zu beeinflussen sind. Wartet man mit der Punktion längere Zeit zu, etwa über das 3. Jahr hinaus bis in das 4., und deckt dann erst einen positiven Liquor auf, so wird die Chance, hier befriedigende therapeutische Effekte zu erreichen, schon sehr gering und damit verliert die Punktion den Wert, der ihr als prophylaktische Methode hinsichtlich möglichst rechtzeitigen Erkennens der Anfänge von syphilogenen Nervenerkrankungen zgedacht ist. Ravaut empfiehlt bekanntlich das 4. Jahr zur Punktion. Aus den angeführten Gründen halte ich diesen Termin für zu spät gewählt; vielleicht sind die therapeutischen Resultate Ravauts, der durchweg endolumbal

behandelt, deshalb auch zu dieser Zeit noch befriedigend, das kann ich nicht entscheiden; für die bei uns zu Lande geübte intravenöse Salvarsanbehandlung kann ich aus reicher Erfahrung sagen, daß man um das 4. Jahr positiven Liquor trotz noch so intensiver und langdauernder Therapie vielfach nicht mehr zu sanieren in der Lage ist. Als Regel für die Praxis wäre jedenfalls zu fordern, daß ein Sekundärsyphilitischer am Ende der systematischen Behandlung der Liquorkontrolle unterzogen wird. Natürlich läßt sich mit einem Schema, wie ich es hier in kurzen Umrissen aufgestellt habe, nicht in allen Fällen auskommen, das versteht sich von selbst — aber für viele wird es genügen und Ersprießliches zu leisten vermögen.

Die Frage Herrn Lessers, ob positiver Liquor im Sekundärstadium unter allen Umständen ein übles Prognostikum für die Zukunft darstellt, wurde von mir eigentlich schon im Referate beantwortet. Ein sicherer Entscheid hierüber wird erst nach jahrelanger Beobachtung möglich werden. Daß der Liquor erst sehr spät positiv werden kann, daß mithin die Grundlagen für die Metalues erst mehrere Jahre post infectionem gelegt werden, halte ich für die größte Ausnahme. Ich selbst kenne keinen Fall. Daß es in Fällen so gehen kann, wie Herr Frühwald dies mitgeteilt hat, ist klar, daß demnach ein Fall, der im Sekundärstadium liquorpositiv war (Meningo-Neurorezidive) und negativ geworden ist, später doch metaluische Symptome mit positivem Liquor aufweist. Ganz ähnliches habe ich zu beobachten Gelegenheit gehabt. Schwer zu entscheiden ist bei solchen Kranken in der Regel nur, wann der Liquor wieder positiv geworden ist, ob tatsächlich ein jahrelanges negatives Intervall bestanden hat, oder ob nicht schon sehr bald, nachdem unter der Behandlung die negative Phase erreicht worden war, das Umschlagen nach Plus erfolgt ist. Meiner Erfahrung nach spricht ein durch mehrere Jahre negativ gebliebener Liquor (auch Goldsol negativ!) mit großer Wahrscheinlichkeit für das endgültige Erloschensein der meningealen Infektion.

Herrn Nast kann ich antworten, daß das Material, an dem unsere Liquorstudien gemacht werden konnten, ein gemischtes, aus Männern und Frauen bestehendes gewesen ist.

Über die endolumbale Behandlung, auf die Herr Gennerich zu sprechen kam, weiß ich keinen Bescheid zu geben. Wir haben sie an der Klinik, wie im Referat schon betont, nicht geübt; wir halten sie für keine Methode, die selbst, wenn sie wesentlich leistungsfähiger wäre als die anderen, jenen Eingang in die Praxis finden könnte, der notwendig wäre, um damit der Zahl nach nennenswerte Erfolge zu erreichen. Die endolumbale Behandlung wird stets ein Verfahren bleiben, das an wenigen Spezialinstituten und von einer geringen Zahl besonders ausgebildeter Fachärzte geübt werden kann. Unserer Meinung nach

ist die Aufgabe jeder weiteren klinischen Arbeit aber darin gelegen, die allgemein gangbaren therapeutischen Wege auszubauen und jene Mittel zu finden, die bei leichter Anwendung noch bessere therapeutische Erfolge zu bringen vermögen.

Herr Kafka-Hamburg: Schlußwort.

Verschiedene Bemerkungen der Herren Diskussionsredner haben mir gezeigt, wie notwendig es ist, immer wieder auf eine genauere Analyse des Liquorbefundes hinzuweisen. Vor allem war es der Satz von Herrn Lesser, daß der positive Liquor im Frühstadium der Lues nicht für Paralyse und Tabes spricht, sondern ein Zeichen für Erwerbung der Organimmunität ist. Ein „positiver Liquor“ kann nun vieles sein und bedeuten. Es kommt darauf an, ob er plötzlich oder schleichend auftritt, worauf schon Herr Kyrle hingewiesen hat, ferner wie die quantitativen Verhältnisse, schließlich wie die qualitativen Charakteristika und Korrelationen der Liquorveränderungen sind. Ein Liquor aus dem seronegativen Primärstadium, bei dem eine positive Hämolsinreaktion das einzige pathologische Symptom ist, sagt etwas ganz anderes, als ein gewöhnlicher pathologischer Liquorbefund mit Pleocytose und positiver Phase I; überwiegen die entzündlichen Reaktionen bei weitem, liegen besonders charakterisierte Eiweißkörper vor, so sind solche Befunde in ihrer Eigenheit zu bewerten. Außerdem wissen wir noch gar nicht, welche Reaktionen reine Abwehr bedeuten, welche Zeichen eines spezifischen Prozesses sind, aber wir bekommen jetzt durch genaue Analyse eines mit einer genügenden Anzahl von Reaktionen erhobenen Liquorbefundes schon Anhaltspunkte dafür. Auf diese Umstände, auf diese neuen Ziele, aus den Liquorbefunden nicht nur diagnostische, sondern auch prognostische und pathogenetische Hilfen zu gewinnen, habe ich in meinem Referate besonders hingewiesen. Daß auch ein genaueres Eingehen auf die Technik nicht zwecklos war, haben mir die Bemerkungen der Herren Zieler und Frühwald gezeigt. Herr Zieler hat gefunden, daß in pathologischen Fällen schon Sp. Opal. bei Phase I zu verwerthen ist, Herr Frühwald sah Phase I früher als Pleocytose auftreten. Da die Meinungen der Autoren über die Grenzen zwischen normalen und pathologischen Zellbefund verschieden sind, liegt hier vielleicht kein wesentlicher Unterschied vor gegenüber den Ergebnissen der Untersucher, für die Zellvermehrung das erste Anzeichen eines pathologischen Liquors ist. Eine weitere Verfeinerung unserer Technik wird es hoffentlich bald möglich machen, eine pathologische Sp. Opaleszenz bei Phase I von einer normalen zu unterscheiden; denn es ist sehr wichtig, auch hier die Grenzen normal-pathologisch festzulegen, um pathologische Befunde möglichst frühzeitig zu erkennen.
