

Abtheilung für Haut- und Geschlechts-Krankheiten von Dr. med.
A. Elsenberg am Israelitischen Krankenhause in Warschau.

Zur Casuistik der Spätsyphilis.

Von

Dr. W. Sterling,

Assistent der Abtheilung.

Der Verbreitung und leichteren Zugänglichkeit ärztlicher Hilfe, vielleicht auch dem Fortschritte in der Syphilistherapie verdanken wir den Umstand, dass uns jetzt vernachlässigte, ungenügend oder ganz ungeheilte Formen der sog. „Syphilis mutilans“ älterer Autoren immer seltener entgegentreten.

Dem Fortschritte der Civilisation von Westen nach Osten und den sie begleitenden, soeben erwähnten Factoren gemäss, finden wir diese Formen bei uns und in Russland weit häufiger als z. B. in Deutschland oder in Frankreich, dennoch sind diese Syphilisformen, die bösartigen ausgenommen, in den heutigen Verhältnissen so selten geworden, dass sie schon aus diesem Grunde beschrieben zu werden verdienen.

Da das Tertiärstadium uns in der Regel derartiges Material liefert, so ist nicht ohne Interesse die Beziehung des tertiären zum Secundärstadium der Syphilis zu untersuchen. Offenbar ist nur die Statistik im Stande, diese Frage, wenn nicht ganz positiv zu lösen, so kann sie doch wenigstens einige Winke geben, welche auf die Frage ein gewisses Licht werfen. Wir müssen aber im Voraus auf mangelhafte Resultate gefasst sein, wenn wir die Forderungen, welche die Statistik zu erfüllen hat und die dabei zu Tage tretenden Schwierigkeiten berücksichtigen.

So sagt Mauriac:¹⁾ „unter allen von Syphilis befallenen Kranken gibt es eine verhältnissmässig geringe Anzahl solcher,

¹⁾ Syphilis tertiaire et Syph. héréditaire par. Charles Mauriac. Paris 1890, pag. 100.

bei denen Symptome des Tertiärstadiums zu constatiren wären. Das ist Alles, was gesagt werden kann. Was die Lieferung genauer Angaben über die Beziehungen betrifft, so ist dies zur Zeit Sache der Unmöglichkeit.“

Damit die Statistik sichere Resultate ergebe, muss sie eine recht grosse Anzahl von Syphilitikern, welche in mehr oder weniger gleichen Zeit- und Raumverhältnissen leben, bis zu ihrem Tod sie beobachtend, umfassen. Obgleich auch dann die Statistik nicht ganz einwandsfrei wäre, da in Fällen z. B. vom frühzeitigen Tode, wo letzterer gar nicht durch Syphilis bedingt war, wir fragen dürfen, ob nicht auch diese Fälle beim Fortleben einmal Symptome des Tertiärstadiums aufweisen konnten? Ferner, wie häufig bleiben innere Krankheiten, auf syphilitischem Boden entstanden, nicht erkannt, und vice versa, wie oft werden Krankheiten ganz anderer Herkunft für syphilitische erklärt.

Da wir aber keine vollkommen einwandsfreien statistischen Angaben erhalten können, so müssen wir uns mit der Spitalstatistik begnügen, oder auf eine aus der Privatpraxis erhobene verlassen.

Nach Mauriac schwankt die Zahl der Syphilitiker mit Tertiärveränderungen zwischen 5—15%, was von mehr oder minder rationeller Therapie abhängt. Diday¹⁾ gibt eine ungefähre Zahl von 6—12% an. Rollet²⁾ dagegen hat bei 5% der behandelten Syphilitiker und bei 15% der nicht behandelten tertiäre Veränderungen gefunden.

Vajda³⁾ fand unter 9739 Syphilitikern bei 632 Symptome des Tertiärstadiums (Spitalpraxis) vor, was 6·8% ausmacht. Haslund⁴⁾ hat auf 5636 Fälle 618 Mal, was 10·9% beträgt, Raff⁵⁾ auf 850 Fälle 78 Mal, was 9·1% ausmacht, Tertiär-

¹⁾ L. c. pag. 103.

²⁾ L. c. pag. 102.

³⁾ Comptes rendus du Congrès International de Dermat. et Syphil. 1889, pag. 299.

⁴⁾ Verhandlungen d. X. Internation. med. Congress. Bd. IV, Abth. XIII. Berlin 1892, pag. 64.

⁵⁾ Zur Statistik d. tert. Syphil. Archiv f. Dermat. u. Syphilis Bd. XXXVI, pag. 22.

symptome gefunden. Neumann¹⁾ beobachtete bei 9742 Syphilitikern 665 Mal tertiäre Syphilissymptome, was 6·82% beträgt.

Die auf unserer Abtheilung behandelten 1800 Syphilisfälle sind in 3 Kategorien zu trennen:

243	Fälle mit Primär,	was ca. 13·5%	beträgt
746	„ „ Secundär, „ „	41·5%	„
811	„ „ Tertiär, „ „	45·0%	„
<u>1800</u>			

Wenn wir die Angaben einzelner Autoren zusammenstellen, so erhalten wir folgende Tabelle:

Vajda	6·8	auf 100	(9739 — 632)
Neumann	6·8	„ „	(9742 — 665)
Raff	9·1	„ „	(850 — 78)
Haslund	10·9	„ „	(5636 — 616)
Diday	12·—	„ „	— —
Mauriac	15·—	„ „	— —
Rollet	15·—	„ „	— —
Unsere Abtheilung	45·—	„ „	(1800 — 811)

Die enorme Anzahl von 26.130 Syphilisfällen, von den vier ersten Autoren gesammelt, ergibt eine Durchschnittszahl von 8·4% der Spätsyphilis; französische Autoren taxiren dieselbe auf 12—15%. Die 1800 Fälle unserer Abtheilung zeigen eine verhältnissmässig beträchtliche Zahl von 811 Fällen der tertiären Syphilis, was 45% beträgt. Das augenfällige Uebergewicht von Spätsyphilis in unserem Krankenhause ist vor allem dadurch erklärlich, dass wir den allerärmsten Theil der Bevölkerung, welcher sich schlecht ernährt, elend wohnt u. dgl., zur Behandlung bekommen. Ferner finden wir gar oft darunter irrationell behandelte Fälle um so mehr, als das grösste Contingent der Patienten nicht Warschauer Einwohner, sondern aus den entferntesten Gegenden des Landes herkommende Kranke bilden. Für solche Kranke ist eben die Cur mit so grossen Ausgaben und Unannehmlichkeiten verbunden, dass sie nicht immer sich solchen Luxus erlauben können. Vielleicht spielt hier übrigens die geringe physische Widerstandsfähigkeit der Rasse eine Rolle.

¹⁾ 11. Internation. derm. Congr. in Wien. 1892, pag. 68.

Derartige das Tertiärstadium der Syphilis betreffende Zahlenwerthe liefert uns also die Statistik. Wir wenden uns jetzt den qualitativen Angaben zu.

Jullien¹⁾ citirt 237 Fälle von Tertiärsyphilis, die er angesichts der Häufigkeit der Symptome folgendermassen gruppirt:

Veränderungen der Haut und des Unterhautgewebes	54·3%
" " Knochen	27·7%
" " Hoden	11·3%
" des Centralnervensystems	8·3%

Der classisch bearbeiteten Fournier'schen²⁾ Statistik, welche eine beträchtliche Zahl von Fällen enthält, entnehmen wir einige Daten:

Veränderungen der Haut und der Schleimhäute	48·8%
" " Knochen	12·3%
" des Centralnervensystems	31·6%
" der inneren Organe	3·4%
" " Hoden	4·2%
" " Muskeln	0·4%

Haslund³⁾ liefert folgende Angaben:

Veränderungen der Haut und der Schleimhäute	56·6%
" " Knochen	20·1%
" des Centralnervensystems	19·6%
" der inneren Organe	3·3%

Die Ehlers'sche⁴⁾ Statistik zeigt:

Veränderungen der Haut	29·0%
" " Knochen	23·1%
" des Centralnervensystems	20·1%

Aus unseren 811 Fällen mit tertiären Veränderungen habe ich 530 gewählt, die sich der Qualität nach folgendermassen verhalten:

¹⁾ Recherches sur l'etiologie de la Syph. tertiaire.

²⁾ Comptes rendus de Congr. internat. de Derm. et de Syph. à Paris 1889.

³⁾ L. c. pag. 66.

⁴⁾ Neue Statistik über 1501 Fälle von tert. Syph. Verhandl. der deutschen dermat. Gesellsch. IV. Congr. 1894, pag. 301

Veränderungen der Haut u. d. Schleimhäute	273 d. h.	51·5%
„ „ Knochen	209 „ „	39·4%
„ „ Hoden	16 „ „	3·0%
„ des Centralnervensystems . .	17 „ „	3·2%
„ der Muskeln	15 „ „	2·9%
	530	

Aus der Zusammenstellung der Angaben einzelner Autoren resultirt folgende Tabelle (Tab. I), welche die Befunde der Untersuchungen von 237 Fällen von Jullien, „ „ 3429 „ „ Fournier, „ „ 818 „ „ Haslund, „ „ 1501 „ „ Ehlers, „ „ 530 „ „ unserer Abtheilung, sowie auch die Qualität derselben illustriert; diese Tabelle wurde zur Vergleichung zusammengestellt, die zweite drückt das Nämliche in Procenten aus.

I. Tabelle.

Name des Autors	Haut u. Schleimhäute	Knochen	Nerven	Muskeln	Innere Organe	Hoden
Jullien	127	65	26	—	—	19
Fournier	1675	523	1035	15	117	145
Haslund	463	165	163	—	27	—
Ehlers	438	348	302	—	—	—
Unsere Abtheilung . .	273	209	17	15	—	16

II. Tabelle.

Name des Autors	Haut u. Schleimhäute %	Knochen %	Nerven %	Muskeln %	Innere Organe %	Hoden %
Jullien	54·3	27·7	8·3	—	—	11·3
Fournier	48·8	12·3	31·6	0·4	3·4	4·2
Haslund	56·6	20·1	19·6	—	3·3	—
Ehlers	29·0	23·1	20·1	—	—	—
Durchschnittlich . .	47·2	20·8	19·9	0·4	3·35	7·7
Unsere Abtheilung . .	51·5	39·4	3·2	2·9	—	3·0

Wenn wir die aus dem Material unserer Abtheilung resultirenden Angaben mit anderen vergleichen, so ersehen wir, dass die Erkrankungen der Haut und der Schleimhäute bezüglich der Häufigkeit fast keinen Unterschied zeigen. Hingegen ist in keiner der von den verschiedenen Autoren angeführten Statistik die Zahl der Knochenleiden so hoch gestiegen, wie dies in unserer Anstalt der Fall ist, wo sie fast um's Doppelte die Durchschnittszahl übersteigt. Dieser Umstand kann sonderbar erscheinen, wenn man z. B. die Meinung von Mauriac: „Die Fälle mit tertiären Knochenveränderungen sind viel seltener geworden,“ berücksichtigt. Die Erklärung dafür müssen wir in den schon im Vorherstehenden, bei Besprechung der Beziehung der Tertiärsyphilis zur Gesamtzahl der Syphilisfälle erwähnten Verhältnisse suchen. Ferner sehen wir in unserer Statistik einen sehr kleinen Procentsatz der Leiden des Nervensystems. Dies lässt sich durch den Umstand leicht erklären, dass Kranke mit nervösen Symptomen direct auf die Abtheilung für Nervenkrankte befördert werden. Dasselbe gilt auch für Syphilitiker mit Erkrankungen der inneren Organe, welche auf Abtheilungen für innere Krankheiten behandelt werden.

Endlich kommen bei uns die Muskelgummata etwas häufiger, die Erkrankungen der Hoden viel seltener vor, als dies auf den Abtheilungen oben erwähnter Autoren der Fall ist. Diese Bemerkungen sind fast Alles, was ich über Häufigkeit und Qualität der Tertiärsyphilis ausfindig machen konnte. Jetzt will ich zur Beschreibung einer auf unserer Abtheilung beobachteten Fallreihe übergehen; dieselbe verdient wegen der weitreichenden Veränderungen und wegen ihrer seltenen Localisation beschrieben zu werden.

1. Fall. Syphilis (stadium gummosum). Gummata multiplicia cutis, gummata et hyperostoses ossium cranii, hyperostosis ossium nasi, perforatio septi narium ossei.

L. Z., Handelsmann, 49 Jahre alt, den 9./VI. 1896 ins Spital aufgenommen (Nr. des Hauptbuches 2823).

Die Infection kam vor 14 Jahren zu Stande. Patient erinnert sich nicht an den Primäraffect. Die Krankheit begann mit einem Gesichtsausschlage, der sich allmählig über Rumpf und Extremitäten ausbreitete. Patient wurde im ersten Jahre seiner Erkrankung in unserem Krankenhaus behandelt. Er besuchte ausserdem zweimal das Busko-Bad: zum ersten Mal vor 13 Jahren, zum zweiten Mal vor fünf Jahren.

Sein gegenwärtiger Zustand ist wie folgt: Ein kleiner, sehr gut gebauter und genährter Mann, das Knochen- und Muskelsystem sind gut entwickelt, das Fettpolster ebenfalls. Die Haut, welche den Schädel bedeckt, ist fast gänzlich narbig, bildet Erhabenheiten und Einsenkungen, nur hie und da sind Haarbüschel verschont geblieben. Am Scheitel und am linken Scheitelbeine sehen wir zahlreiche Gruben von $1\frac{1}{2}$ Cm. Durchmesser und $\frac{3}{4}$ Cm. Tiefe durch Vereinigung einzelner kleinerer entstanden. Die sie bedeckende blassrothe, narbige Haut ist von dilatirten bläulichen Venen in verschiedenen Richtungen durchkreuzt, vollkommen angewachsen, unverschieblich und lässt sich nicht falten. Einige dieser unlängst gebildeten Gruben sind von einer dunkelrothen, frischen, weichen und reichlich vascularisirten Narbe bedeckt, wodurch sie sich von älteren Narben unterscheiden. Mitunter sind zwischen solchen Einsenkungen erbsengrosse oder noch grössere Gummata zerstreut, welche mit im Abfallen begriffenen Borken bedeckt sind. Aehnliche aber ältere Einsenkungen finden wir an der Fronto-temporalgrenze. Der Rest der nicht betroffenen Scheitel- und Schläfenknochen ist reichlich mit Gummiknoten, deren Grösse von Erbsengrösse bis zum Umfange einer Wallnuss variiren und von fester oder weicher Consistenz sind, besät. An der Occipitonuchalgrenze bemerken wir folgendes Bild: Die Grenzlinie, welche zugleich die untere Grenze des erkrankten Theiles darstellt, erscheint in Form eines 2—3 Cm. breiten Gürtels, an welchem der Uebergang der narbigen Haut der Occipitalgegend (wo der krankhafte Process schon erloschen ist) in die betroffene Nackenhaut sichtbar wird. Letztere erscheint als eine flache, trockene, rothe und gefaltete Prominenz, hie und da mit Gummata besät. Einzelne dieser Gummata zeigen im Centrum eine kleine Vertiefung an ihrer Peripherie, dagegen schuppt die Epidermis.

In der Gruppierung der Gummata gewahren wir eine gewisse Ordnung. Je älter der Process ist, d. h. je weiter von der Occipitonuchalgrenze die Gummata zu liegen kommen, um so seltener werden dieselben und sind meistens einzeln vertheilt. Nach unten zu vereinigen sie sich zu mehr oder minder zahlreichen Gruppen. An der Peripherie des erwähnten Gürtels bilden die Gummata eine fast geschlossene Reihe, den Krankheitsprocess somit scharf abgrenzend. Höher an der Occipitalregion stellt die unebene narbige Haut das Resultat des schon hier erloschenen Krankheitsprocesses dar. Dieses Bild ist deswegen einer genauen Beschreibung werth, weil fast alle krankhaften Veränderungen sich hier durch solchen kriechenden Charakter auszeichnen.

Die Stirnhaut ist bis an die Augenbrauenbögen ebenfalls narbig verändert. Zwischen den Stirnhügeln und der Stirnglatze bemerken wir drei Vertiefungen von 3 Cm. Durchmesser und einen halben Cm. Tiefe, deren Grund indurirt und deren Wände uneben sind. Die mittlere Vertiefung zeigt eine grosse Borke, zwischen den zwei übrigen finden sich zwei ziemlich weiche, frische wallnussgrosse Periostalgummata von gerötheter, verschieblicher, in Falten sich legender Haut bedeckt.

Das rechte Ohr ist sehr verunstaltet. Im oberen Muscheltheile, neben dem Schädel, ist eine halbmondförmige Knorpelerosion vorhanden, in welche der kleine Finger leicht gelangt. Das Ohrläppchen ist völlig zerstört. Der Tragus ist torquirt und verkleinert. Am linken Ohr finden wir eine Usur längs der Spina helix und dem Anthelix, dessen verschonte Ueberreste die Gestalt pilzartiger Warzen haben.

Das Gesicht ist, trotz bedeutender Veränderungen an der Nase, verhältnissmässig wenig entstellt. Wir sehen hier nämlich eine Verdickung beider Nasenbeine, eine gewisse Asymmetrie in Folge von grösserer Dicke des linken Nasenbeines, der Nasenrücken ist eingesunken, die Nasenhaut ist stellenweise vernarbt, die Haut des rechten Nasenbeines zeigt einige mit Borken bedeckte kleine Einsenkungen. Durch die dünne Haut des Nasenrückens schimmern kleine gelbliche Gummata hindurch. Dasselbe Verhalten findet man unterhalb des linken Jochbeines. Am restirenden Gesichtstheile sind ausser zahlreichen Narben keine Veränderungen vorhanden.

Die Nasenschleimhaut zeigt beträchtliche Defecte und Usuren. Die Untersuchung ergibt eine Durchlöcherung der knöchernen Nasenscheidewand. Das Secret ist dick und schmutzigrün. Die Schleimhaut der Mundhöhle und des Rachens ist blass und trüb. Die laryngoskopische Untersuchung ergibt: Oedem der wahren und falschen Stimmbänder, Infiltration der Rachenschleimhaut. In der Subhyoidalregion bemerken wir vorn eine Einsenkung in Form eines Säckchens, das von gerötheter, mit spärlichem eitrigem Secrete bedeckter Haut ausgekleidet ist. Der Grund des Säckchens läuft in einen Canal aus, in welchen man eine Sonde 5 Cm. nach links und oben einführen kann. Dies ist wahrscheinlich ein Ueberrest einer Fistel, durch welche ein zerfallenes oder vereitertes Gumma, das vielleicht viel tiefer sass, entfernt wurde. An beiden Seiten des Halses constatiren wir kleine entfärbte Narben nach früheren Gummiknoten.

Der Krankheitsprocess breitet sich vorwiegend der Dorsalfäche des Rumpfes entlang aus. Auf der ganzen Strecke von der Suprascapularregion bis zum Kreuz sehen wir eine ausgedehnte Hautvernarbung, von solcher anderer Körperregionen dadurch unterschieden, dass hier die Haut viel rauher, unregelmässig dicker und mit grösseren Erhabenheiten und Vertiefungen, Grübchen und dergl. besät ist. Diese Veränderungen schreiten in der Richtung von oben nach unten vorwärts.

An der Infrascapularregion sehen wir einen unregelmässigen Herd, der 10 Cm. breit und 20 Cm. lang ist; in der Mitte desselben ist lediglich eine breite unförmige Narbe zu finden, die Peripherie stellt eine rothe, mit Syphilomen besäete Erhabenheit dar, welche sich nach aussen durch eine neue zu einem Walle confluirende Gummareihe abgrenzt.

In ähnlicher Weise schreiten die krankhaften Veränderungen auch in der Lumbalgegend vor; der oben erwähnte, restirende Theil der narbigen Haut zeigt hie und da unregelmässig gestaltete, verschieden grosse Gummagruppen, wahrscheinlich durch Confluenz einzelner kleinerer

Knötchen entstanden, mit ausgesprochener Tendenz peripher sich zu verbreiten. Ausserdem finden wir mitunter einzelne weiche, im Centrum zerfallene Syphilome, einige derselben sind mit bräunlichrothen Borken bedeckt. Nach Abheben der Borken entleert sich theils zerfallende, theils vereiterte Masse des Gummas.

Die Beschreibung der seitlichen und vorderen Rumpfwände bietet uns folgendes Bild: Rechts reicht die narbige Haut mehr oder minder gleichmässig bis zur Mittellinie der Seitenwand, links ist die ganze Seitenwand des Rumpfes betroffen, von da aus verbreitet sich der Krankheitsprocess über die subcostale, supraumbilicale und umbilicale Region. Der Charakter dieser Veränderungen gleicht durchaus den oben beschriebenen an der Haut des Rückens und anderen Hautstellen. An der Glutealgegend sind hie und da Gummata einzeln oder zu mehreren gruppirt, bis zu Wallnussgrösse herangewachsen, zerstreut.

Extremitäten. Von der rechten Rumpfseite geht die narbige Haut auf die obere Extremität über, indem sie vorn bis zum Ellbogengelenk, lateral und dorsal noch weiter reicht. Die linke obere Extremität ist bis zur Hälfte des Vorderarmes betroffen. Der Krankheitsprocess verhält sich hier ähnlich wie oben.

An der rechten unteren Extremität, vom Tuberculum fibulae bis zur Fusssohle, sehen wir eine mächtige Verdickung und Infiltration der Haut, die auf den ersten Blick den Eindruck einer elephantiasischen Haut macht. Auf diesem Boden findet sich eine Menge ziemlich tiefer Ulcerationen von 1—3½ Cm. Durchmesser, mit unterminirten Rändern, mit von graugelblichem Belage und spärlichem eitrigem Secrete bedecktem, unebenem Boden. Diese Ulcerationen sind bald rund, bald, infolge von Confluenz mehrerer Geschwüre, unregelmässig gestaltet. Um einiger dieser Geschwüre herum bemerken wir einen ziemlich hohen Wall aus neugebildetem, üppigen Hautgewebe, welcher kleine Erosionen zeigt. Durch einzelne Geschwüre erreicht die Sonde den unentblösten Knochen. Die tiefsten Geschwüre, die zwar nicht zahlreich sind, finden sich an der Innenseite der rechten Tibia und erreichen sogar das Periost. Zwischen denselben sind reichlich Gummata zerstreut. Von der Hälfte der Fibula an bis zum Fuss sind die Knochen verdickt. Die Hüfte und die ganze linke untere Extremität zeigen keine Veränderungen. Die rechte Inguinal- und Axillardrüsen sind infolge der Hautveränderungen verdickt. Die inneren Organe zeigen bei der Untersuchung keine Veränderungen. Der Harn enthält kein Eiweiss, keinen Zucker.

Functionelle Veränderungen: Patient klagt über chronischen und hartnäckigen Nasenkatarrh und über anhaltende Heiserkeit.

Nach Jodoformverband und Sublimatpülungen traten Symptome eines nässenden Eczemes ein, nämlich diffuse Hautröthe, zerstreute Bläschen an der Hautperipherie, reichliche Secretion seröser Flüssigkeit, Gefühl von Brennen und Schmerz. Gleichzeitig damit bedeckten sich die syphilitischen Ulcerationen wieder mit graugelbem Belage. Wir wären daher genöthigt, beide Verbandmittel zu verwerfen und zu

Resorcinwaschungen und zum Bestreuen der Geschwüre mit Europhen oder Aiol zu schreiten. Letztere Mittel bedingten keine Reizung, das Eczem ging allmählig zurück, die Geschwüre bedeckten sich mit gesunden Granulationen. Der Kranke wurde mit gemischter spezifischer Therapie behandelt, ihre Einwirkung brachte die Gummata zur Resorption, die Geschwüre vernarbten ziemlich schnell, Patient konnte somit in ziemlich befriedigendem Zustande das Spital verlassen.

Ich will nur hinzufügen, dass bei so hochgradigen Hautveränderungen von einer Schmiercur keine Rede sein konnte, es wurde ihm daher jede 5—8 Tage 0,08 Quecksilber-Sozodol in Jodkali gelöst, injicirt.

2. Fall. Syphilis mutilans faciei.

Z. S., Kaufmann, 42 Jahre alt, den 22./II. ins Spital aufgenommen (Nr. 1153 des Hauptbuches). Die Infection kam vor 8 Jahren zu Stande, am Penis war ein Ulcus durum vorhanden. Der Ausschlag, dessen Charakter Patient nicht zu bestimmen vermag, trat einige Monate nach der Infection am ganzen Körper, das Gesicht ausgenommen, auf. Patient wurde damals circa einen Monat im Spital behandelt. Vor 3 Jahren traten am Gesichte und an der Hand Gummata und Ulcerationen auf, was den Patienten bewog, sich abermals auf unsere Abtheilung aufnehmen zu lassen und er verweilte hier eine Zeitlang. Endlich liess er sich den 2./II. zum dritten Male hier aufnehmen.

Am Kopfe und Gesichte des Patienten sind sehr ausgedehnte Zerstörungen vorhanden. Die rechte Supraciliargegend von Epidermis ganz entblösst, ist mit gerötheter, glänzender Haut bedeckt, die in Form eines Lappens auf die Stirn übergeht und die Hälfte derselben nach oben zu einnimmt. Nach unten dagegen geht sie vom Supraorbitalrand auf das rechte Augenlid über, wandelt sich dort in üppiges, leicht blutendes Granulationsgewebe um, was zur Verunstaltung des Lides bedeutend beiträgt und das Schliessen und Oeffnen des Auges behindert. Der ganze Herd ist von einem breiten entzündlichen Hautstreifen von unregelmässiger Oberfläche umgeben, indem sich hier Gummata in verschiedenen Stadien des Zerfalls entwickelt haben.

Neben dem äusseren Augenwinkel, im Bereiche des rechten Jochbeines, finden wir eine Gruppe von Geschwüren, wahrscheinlich aus Vereinigung zahlreicher kleinerer entstanden. Die Geschwüre zeigen ziemlich reichliche, eitrige, stinkende Secretion; durch einige dieser Geschwüre erreicht die Sonde das Periost, sie nehmen mehr oder weniger genau die Jochbeingegegend ein.

An der Cornea des rechten Auges findet sich eine ziemlich ausgedehnte Narbe nach einem Cornealulcus.

Die Wimpern und die Brauen beider Augen sind völlig ausgefallen. Die Kopfbehaarung ist eine sehr geringe; nur an den Scheitelbeinen sind Haarbüschel verschont geblieben, sonst ist der ganze Kopf kahl infolge dessen, dass fast die ganze Haut hier in tiefe, nach Hautgummen zurückgebliebene Narben umgewandelt ist. Die Haut der rechten Gesichtshälfte

ist von der Stirn an bis zum Kinn fast vollständig tiefen Veränderungen unterlegen. Die ganze Strecke, von einem breiten entzündlichen Hautstreifen umgeben, erscheint als ein grosses Geschwür aus Confluenz zahlreicher kleinerer entstanden. Infolge dessen sieht der Grund des Geschwüres so aus, als ob derselbe aus über einen halben Centimeter tiefen, bald runden, bald unregelmässigen Geschwüren zusammengesetzt wäre. Die Ränder des Ulcus sind sehr uneben, stark unterminirt, der Grund desselben ist infiltrirt, zerfallen, mit spärlichem, eitrigem Secrete bedeckt; nur an einzelnen Stellen ist das Secret so reichlich, dass es vollständig die Einsenkung ausfüllt. Der Rest des Gesichtes ist fast ganz mit narbiger Haut bedeckt, an welcher man stellenweise einzelne verschont gebliebene Haare des Schnurrbartes und des Bartes bemerkt.

Am Kinn sehen wir zwischen den derben, ausgedehnten Narben einige verschieden grosse Gummaknoten von Erbsen- bis zu Wallnussgrösse.

Ich habe hier eine genaue objective Beschreibung der Hautveränderungen am Gesichte und Kopfe angeführt, sie stellt jedoch kein genaues Bild dar, das wenigstens theilweise auf den Leser derartige Wirkung auszuüben im Stande wäre, wie dies bei uns der Fall war, wo wir alltäglich den Patienten beobachteten, dennoch blieb die ausgeübte Wirkung trotz des wiederholten Ansehens des Patienten immer gleich und höchst unangenehm. S. ist ein mittलगrosser, gut gebauter Mann, aber anämisch, schlecht genährt und mager, der Leib ist stark aufgetrieben, zeigt Fluctuation, welche für das Vorhandensein einer ziemlich grossen Menge serösen Exsudates im Peritoneum spricht. Patient hat seit lange her ungeschorenes Haar und willigte in das Abschneiden desselben nicht ein, er machte somit, trotz des humanen Mitleidsgefühles, einen höchst unangenehmen, ja widerlichen Eindruck. Am Kopfe sind lediglich am Scheitel feine Haarbüschel langer, schwarzer Haare geblieben. Mitten am kahlen Kopfe, dessen Haut eine Mischung von confluirenden Narben, Ulcerationen und Knoten darstellt, sind nur diese wenig zahlreichen Haarbüschel sichtbar. Wir müssen noch hinzufügen, dass die rechte Gesichtshälfte, Lippen und Bart von langem, schwarzem Haar bewachsen war, dagegen ist die linke Gesichtshälfte ausser wenigen Haaren des Schnurrbartes und Bartes und des Backenbartes völlig beraubt, so dass Narben und Ulcerationen die ganze Strecke einnehmen. Den Lidern fehlen die Cilien, die Augenbrauen sind ohne Vibrissen, an der linken Cornea bemerkt man einen Fleck, das rechte Auge scheint infolge der halbgeschlossenen Lider stark vergrössert und mit üppigem, rothem und blutendem Granulationsgewebe bedeckt. Dies ist ein annäherndes Bild des Aussehens dieses Lazarus.

Die Entstehung grösserer Herde aus der Vereinigung kleinerer ist das Merkmal, welches auch die übrigen Veränderungen kennzeichnet, welche Veränderungen sich lediglich durch die Intensität des Krankheitsprocesses unterscheiden.

Wir sehen also eine ausgedehnte Ulceration, welche die Vorderfläche des linken Armes vom äusseren Clavicularrande bis zum Ellbogengelenk einnimmt, mit ihrem Grunde im Unterhautgewebe gelagert. Der Knochen ist auf dieser ganzen Strecke etwas verdickt, jedoch kann man durch die Ulceration keine Sonde einführen. An der rechten oberen Extremität ist nur die Vorderfläche des Vorderarmes, ungefähr dessen mittleres Drittel betroffen. Das Secret hat einen charakteristischen Geruch. Die Sonde erreicht auf grosser Strecke den entblösten und ausgeagten Radius. Die Haut der linken Infrascapularregion ist von einem 10 Cm. messenden Ulcus eingenommen. Die Haut der Vorderfläche der rechten Tibia ist narbig verändert.

Die Schleimhaut der Mundhöhle und des Rachens ist unverändert. Die Lymphdrüsen sind nicht vergrössert. Die Untersuchung ergibt in den inneren Organen ausser Aufblähung des Leibes und Anwesenheit einer ziemlich grossen Exsudatmenge im Peritoneum, nichts abnormes. Der Harn enthält kein Eiweiss und keinen Zucker.

Infolge der hochgradigen Anämie, der heruntergekommenen Ernährung und der Schwäche des Patienten war die Quecksilber-, resp. Jodbehandlung contraindicirt. Die Cur wurde daher mit Injectionen von Quecksilberserum von Prof. M. Nencki zu 10.0, jede 4—5 Tage, eingeleitet. Nach vier Injectionen hat sich die Ernährung des Patienten merklich gehoben, die Flüssigkeit in der Peritonealhöhle wurde völlig resorbirt, Patient bekam Einreibungen von 2.0 grauer Salbe. Nachdem nach 28 Einreibungen der Allgemeinzustand sich besserte, die Geschwüre vernarbten u. s. w., wurden dem Kranken 8 Injectionen von Soziodol-Quecksilber zu 8 Centigr. wöchentlich gemacht, den 2./VI wurde er in ganz befriedigendem Zustande mit vernarbten Ulcerationen vom Spital entlassen.

3. Fall. Syphilis (stad. gummosum). Gummata multiplicia crurum. Kelomata. Hyperostosis ossium cruris dextri.

P. S., 30 Jahre alt, Lohnarbeiterin (Nr. 3100 des Hauptbuches), wurde den 21./VI. 1896 auf die innere Abtheilung aufgenommen, klagte über Leibschmerzen, die angeblich seit dem Heiraten der Patientin, d. h. seit einem Jahre datiren; den 2./VIII. wurde sie auf unsere Abtheilung translocirt. Patientin war vor 20 Jahren auf unserer Abtheilung behandelt worden, sie kann die Krankheitssymptome nicht bestimmen.

Ebensowenig kann man von ihr etwas über ein Primärlus oder einen Ausschlag erfahren. Vor 2 Jahren begannen die Füsse der Patientin anzuschwellen, an der linken Tibia traten Ulcera auf. Patientin menstruiert nicht seit 2 Monaten, sie lebt jetzt mit dem Manne nicht beisammen. Patientin ist mittelgross, von mässigem Körperbaue. Fieberloser Zustand. Lungen und Herz zeigen nichts Abnormes. 90 Pulse. Das Abdomen ist weich, wenig empfindlich. Untere Lebergrenze ist stumpf, derb, vier Finger unterhalb des Rippenbogens zu fühlen; die Geschlechtsorgane zeigen keine Veränderung.

Von Localveränderungen sind nur solche an der unteren Extremität, vom Kniegelenke beginnend, zu sehen.

Vom Tuberculum fibulae der linken Extremität an erscheint der Umfang der Tibia bedeutend vergrössert, ihre Dimensionen zeigen im Vergleich mit symmetrischen Stellen der rechten Extremität eine Differenz, die zwischen 15—25 Cm. schwankt. Die Haut der Tibia ist verdickt, glänzend, sehr schwer faltbar, von derber, elastischer Consistenz, macht den Eindruck elephantastischer Haut. In der Richtung gegen den Fuss nimmt die Tibia bis zur Furche des Talocrural-Gelenkes immer grössere Dimensionen an; dagegen sehen wir an der Dorsalfäche des Fusses einen kinderkopfgrossen Tumor. Ungefähr die gleichen Eigenschaften wie die Haut der Tibia besitzt auch diejenige des Tumors, der Unterschied ist lediglich ein quantitativer, nur ist hier die Haut dicker, die Consistenz noch derber. An der Mitte der dorsalen Fussfläche endigt die Geschwulst und hier sehen wir den scharfen Uebergang der veränderten Haut in normale, die ebenso wie die Haut der Fussfinger geschwellt und teigig ist. Diese Veränderungen erstrecken sich, ähnlich wie oben, in der Richtung von oben nach unten zu, sie breiten sich nach aussen ungleichmässig aus, indem sie sich stellenweise bis zur Hälfte der Aussenfläche der Tibia ziehen, nach innen sind sie schwächer ausgebildet. Die Läsionen haben die Tendenz, sich excentrisch zu verbreiten, wobei die Ränder des beschriebenen Bezirkes auf relativ frische Veränderungen hindeuten, der restirende Theil dagegen bietet Ueberreste des erloschenen Krankheitsprocesses dar. Die obere Grenze, welche einen ziemlich scharfen Uebergang der normalen Haut in die krankhaft veränderte bildet, erscheint in Form eines 2—6 Cm. breiten, ulcerirenden Gürtels, der die ganze Tibia umgibt. Diese Ulceration ist aus Vereinigung mehrerer kleinerer entstanden, hat einen mit zahlreichen Einsenkungen versehenen, unebenen Grund und unebene, unterminirte Ränder. Da der Krankheitsprocess hier nicht gleichzeitig verlief, so finden wir eine grosse Mannigfaltigkeit, mitunter sehen wir noch unzerfallene Gummata, mitunter Vertiefungen mit eitrigem Secrete gefüllt, mitunter beginnen diese Vertiefungen sich mit Granulationen zu decken. Durch einige der Ulcerationen erreicht die eingeführte Sonde den Knochen, welcher jedoch nicht entblösst ist.

Unterhalb des beschriebenen Gürtels sehen wir eine Keloidnarbe, welche sich über die Vorder- und Seitenflächen der Tibia ausbreitet und der Länge nach ca. 12 Cm. misst. Dieselbe ist wallartig, derb, von Fingerdicke und mit schuppender Epidermis bedeckt. Hinter dem Walle findet sich eine concentrische Vertiefung, welche ihrerseits eine im Centrum vorhandene gummöse, mit Borken bedeckte Erhabenheit umgibt. An der Innenfläche der Tibia und etwas höher findet sich eine nachgiebige Narbe, die jedoch kleinere Dimensionen ca. 6 Cm. Durchmesser zeigt. Neben dem inneren Knöchel bemerken wir eine tiefe, den entblössten Knochen erreichende, usurirte Ulceration, welche fünffrankenstück-gross ist und putriden Eiter absondert.

An der rechten unteren Extremität vom Knie bis zum unteren Drittel der Tibia sehen wir lediglich ausgedehnte Vernarbung der Haut, die stark indurirt ist. Ausserdem fühlen wir eine erhebliche, druckempfindliche Verdickung beider Knochen in ihren mittleren Theilen auf einer Strecke von 12 Cm. (hyperostosis ossium crur. dextr.). Die inguinalen Lymphdrüsen sind etwas verdickt.

Unter dem Einflusse von Jodkali und von 34 Einreibungen zu 4·0 grauer Salbe resorbirten sich die Gummata vollständig, die Ulcera bedeckten sich mit dauernden Narben, das Oedem der Extremitäten ging zurück, die Kelomata verkleinerten sich bedeutend, ebenso nahm die Dicke und Derbheit der Haut der linken Tibia erheblich ab, jedoch hat die Haut die normalen Eigenschaften nicht wiedergewonnen.

In solchem Zustande verliess Pat. d. 16./VIII. das Spital, sie konnte schon ziemlich frei gehen.

Ich habe hier diesen Fall weniger mit Rücksicht auf die ausgedehnten und zahlreichen Veränderungen der Tibia, die hier kleinere Dimensionen als z. B. in den zwei oben angeführten Fällen annehmen, beschrieben, als vielmehr, weil dieser Fall uns belehrt, dass veraltete syphilitische Veränderungen hochgradige Elephantiasis der Tibia herbeiführen können, ferner dass sich ausgedehnte Kelomata ausbilden können und endlich dass die spezifische Therapie sämtliche Veränderungen in hohem Grade günstig beeinflussen im Stande ist.

4. Fall. Syphilis (st. gummosum) gummata multiplicita cutis, hyperostosis ossium.

S. B., 16 Jahre alt, ohne Beruf (Nr. 5149 des Hauptbuches), bemerkte vor ca. 7 Jahren an der linken Wange ein schnell wachsendes Knötchen. Die Eltern des Pat. suchten ärztliche Hilfe auf, was die Entfernung des Knötchens zur Folge hatte. Allein kurz darauf traten neue Knötchen auf, zuerst an der linken Wange, nachher am linken Arm, später auch am rechten, ferner am Schädel, an der rechten Wange und allmählig breiteten sich dieselben über die verschiedensten Körperregionen aus; überall ulcerirten die Knötchen nach einer gewissen Zeit.

Patient war dreimal im Bade Solec gewesen, bekam Jodkali, dagegen hat er Quecksilber in keiner Form zu sich genommen. Patient ist zum ersten Mal im Spital. Er ist erblich nicht belastet.

Patient zeigt ausgesprochene Merkmale der Cachexie. Seine Grösse entspricht seinem Alter, er ist sehr schlecht genährt, abgemagert, blass und schwach. Die Haut des Schädels ist fast gänzlich kahl, nur stellenweise sind Bündel dünner Haare zu sehen. Die Haut ist hier narbig, blass, schwer verschieblich, noch schwerer faltbar, erinnert an Pergament. Stellenweise sehen wir noch frische Herde vorwiegend an den Scheitelbeinen und am Hinterhauptbeine, welche Herde das Aussehen von gerötheten leicht erhabenen Stellen von weicher Consistenz haben und mit relativ dicken Borken bedeckt sind. Nach Abheben der Borken bemerkt man ziemlich seichte, aber breite Ulcerationen von erhabenen unterminirten Rändern mit unebenem Grunde, welcher mit spärlichem, eitrigem Secrete

bedeckt sind. Zwischen diesen Herden, die das mittlere Stadium des Leidens darstellen, dessen Endstadium die oben beschriebene Narbe bildet, sind zahlreiche zerstreute Gummata — das frischeste Stadium vorhanden. Diese Gummata, welche von verschiedener Grösse Erbsen bis bohnegross sind, zeigen verschiedene Consistenz, welche den Uebergang von elastischer Härte zur speckigen Weichheit zeigt. Am stärksten breitet sich der Process, sowohl in Bezug auf die Zahl der Herde, wie auch in Bezug auf die Zahl der Gummata an der Occipitonuchal-Grenze aus, wo die krankhaft veränderte Haut in gesunde übergeht. An der Stirn oder eigentlich an der Glabella beobachten wir eine unregelmässige Einsenkung von ungefähr 5 Cm. Umfang, welche mit dünner, blasser, narbiger Haut bedeckt und an den usurirten Knochen angewachsen ist. Der Grund selbst ist derb und hat eine rauhe unregelmässige Oberfläche. Rechts unter dem Tuber frontalis sehen wir ein wallnussgrosses Gumma mit unveränderter Haut bedeckt; das Gumma ist derb, elastisch und geht vom Periost aus. Gehen wir weiter nach rechts, parallel dem Jochbein, so finden wir im Stirnbeine eine Grube, welche dessen laterale Fläche einnimmt, analog der oben beschriebenen Grube. Die Mitte der linken Wange zeigt eine tiefe, gefaltete Narbe, nach der Operation entstanden.

Etwas tiefer ist eine kleinere aber tiefe Narbe vorhanden, von der aus, als von einem Centrum zahlreiche Narben strahlenartig abgehen. Ferner finden wir an der linken Kinnseite Narben, welche als Spuren des erloschenen Krankheitsprocesses anzusehen sind. Das linke untere Lid ist geröthet und geschwellt. Neben dem rechten äusseren Augenwinkel findet sich ein Säckchen, das mit reifer Haut bekleidet ist und blind endet; eine Sonde dringt in dasselbe $1\frac{1}{2}$ Cm. tief ein. Gleich daneben ist ein zweites ähnliches Säckchen vorhanden, nur ist letzteres viel kleiner und seichter. Etwas darunter sehen wir auf dem Boden einer contrahirten, difformen Narbe zahlreiche, unregelmässige, warzenartige, bindegewebige Bildungen, die durch die abnorme Narbenentwicklung bedingt sind. Die Hautregion hinter dem rechten Kiefer ist ebenfalls narbig verändert.

Brustkorb. Vom rechten Schlüsselbeine bis zur Brustwarze erstreckt sich eine grosse Narbe, welche nach aussen die Axillarlinie, nach innen das Sternum erreicht. Diese Narbe bald blass, bald dunkel verfärbt, zeigt eine sehr ungleichartige, von Erhabenheiten und Einsenkungen verschiedenster Art besäete Oberfläche, was wahrscheinlich davon herrührt, dass genannte Narbe sich aus Confluenz vieler kleinerer, ungleichzeitig entstandener Herde herausbildete. An der hinteren Wand des Brustkorbes bemerken wir der rechten Scapularlinie entlang im Bereiche der 7. und 11. Rippen eine umfangreiche veraltete Narbe. An den übrigen Rumpfteilen ist die Haut unverändert geblieben.

Rechte obere Extremität. Die veränderte Haut greift von der rechten Clavicula auf den Arm über. An der dem Humeruskopfe entsprechenden Gegend ist eine Gruppe von Gummaknoten in verschiedenen Entwicklungsphasen zu sehen. Die spätesten derselben, meistens

einzelnen angeordnet, sind hart, elastisch und mit unveränderter, verschieblicher Haut bekleidet. Die älteren zeigen viel weichere, teigige Consistenz, die sie bedeckende Haut ist roth, infiltrirt, lässt sich weder verschieben, noch falten, die Gummata selbst bilden oft Gruppen. Die allerältesten endlich treten in Folge von ausgesetzten Zerfallsveränderungen als Ulcerationen mit unregelmässiger Peripherie, unterminirten Rändern mit unebenem, bald mit spärlichem speckigem Secrete, bald mit üppigen Granulationen bedecktem Grunde hervor. Dieser Herd nimmt einen ungefähr handflachgrossen Raum ein. Am oberen Armdrittel sehen wir an dessen Vorder- und Aussenfläche mehrere Einsenkungen von 1—1½ Cm. Durchmesser und einen ½ Cm. Tiefe; sie machen den Eindruck, als ob sie aus dem Muskelgewebe dieses Bezirkes mit einem scharfen Messer ausgeschnitten wären und bilden eine regelmässige, halbmondförmige Rinne. Jede dieser Einsenkungen scheint an den Knochen angezogen zu sein, weil der Grund derselben ohne Muskellage an das Periost anliegt und mit ihm verwachsen ist. Weiter nach unten erscheint der Arm in der Richtung gegen das Ellbogengelenk immer dicker und verunstaltet. An der Dorsalfläche des Armes sind frischere Stadien des Krankheitsprocesses zu sehen, wo derselbe sich höchst mannigfaltig, den einzelnen Stadien entsprechend, gestaltet hat. Vorwiegend aber begegnen uns umfangreiche Ulcerationen mit ihren gewöhnlichen Merkmalen, welche Ulcerationen, offenbar aus der Vereinigung einzelner kleinerer Herde, entstanden sind. Beachtenswerth ist der Umstand, dass die Granulationen an einzelnen Stellen Wucherungen bilden, die sich über die Hautoberfläche erheben und etwa Wallnussgrösse erreichen. Die Vorder- und Seitenflächen sind mit gerötheter, stellenweise narbiger Haut bekleidet.

Linke obere Extremität. Das obere Armdrittel ist fast vollständig mit Ulcerationen bedeckt, welche aus einzelnen herdweise zugeordneten, oder aber aus miteinander confluirenden Ulcerationen bestehen. In der Richtung gegen das Ellbogengelenk finden wir eine Verdickung des Armes, die allmähig zunimmt. Dieselbe hängt vor Allem vom Umfang und Vergrösserung der Weichtheile ab; unabhängig davon fühlen wir eine bedeutende Humerusverdickung in toto, welche druckempfindlich ist. Von der Hälfte des Humerus erstreckt sich ein breiter Streifen frischen Narbengewebes, indem es hinten bis zur Hälfte des Vorderarmes, vorn dagegen den ganzen Vorderarm entlang bis zur Hand reicht. Die ungleichmässig verfärbte Haut zeigt hier bald frischere, bald ältere Veränderungen. Das gleichzeitige Bestehen von weitgreifenden Veränderungen der Weichtheile und der Knochen verursachte eine eigenartige Verunstaltung des linken Vorderarmes. Wir sehen nämlich folgendes Bild: das obere Drittel ist vom Ellbogengelenk an verdickt, das mittlere bildet eine bogenförmige Einsenkung mit der Biegung nach unten gerichtet, das untere endlich nimmt unweit dem Handgelenke normale Richtung an. An der Vorderfläche des Vorderarmes zieht, wie schon erwähnt, ein Streifen narbiger Haut, an den Hinter- und Seitenflächen dagegen sind hie und da einzelne Gummata zerstreut.

Die Knochen der Vorderarme sind erheblich verändert, wodurch die bald tumorartige, bald in Form von Einsenkungen, Grübchen und dergl. Verunstaltung bedingt ist.

Die Durchmesser beider oberen Extremitäten sind wie folgt:

	Rechter	Linker
der untere Armumfang	18 Cm.	15 Cm.
der Umfang des Ellbogengelenkes	21 „	20 „
der grösste Umfang des Ellbogengelenkes	29 „	26 „
der obere Umfang des Vorderarmes	12 „	17 „

Rechte untere Extremität. Die Veränderungen beginnen erst mit der Kniegelenkregion. Vor Allem constatirt man hier eine Verdickung der Extremität so weit nachweisbar, von einer Vergrösserung des Umfanges der Weichtheile herrührend. Die Schwellung ist mit röthlich-blauer gespannter Haut bedeckt, die sich weder falten, noch verschieben lässt. Stellenweise nimmt man unter der Haut ziemlich reichlich zerstreute Gummigruppen wahr, oder aber man findet isolirte Gummata von vorwiegend derber, elastischer Consistenz, minder derbe, etwas teigige Consistenz zeigen dagegen nur die grösseren Herde.

Die untere Grenze der oben beschriebenen Gegend ist mit verschiedenen grossen Ulcerationen bedeckt, welche in Form eines durch Brücken verschonten Gewebes stellenweise unterbrochenen Gürtels die Fibula etwas oberhalb des Knöchels umringen, das Gelenk selbst ist, unempfindlich, es war wahrscheinlich früher ebenfalls betroffen, da die Gelenkenden beider Knochen verdickt, ihre Gelenkflächen sehr breit sind, wodurch die Bewegungen dermassen beschränkt sind, dass Patient infolge von fast völliger Unmöglichkeit die Extremität zu biegen, das Bein beim Gehen nachschleppt. Etwas unterhalb des inneren Knöchels fühlen wir eine taubeneigrosse Erhabenheit; dieselbe stellt eine aus dem Perioste der Fusssohle ausgehende Gruppe von unverschieblichen derben und elastischen Gummiknoten dar; die bedeckende Haut zeigt hier keine krankhaften Veränderungen.

Linke untere Extremität. Auch hier localisiren sich die krankhaften Veränderungen in der Gegend des Kniegelenkes, jedoch in der Richtung nach oben und unten zu eine grössere Strecke einnehmend. Die ganze Gegend ist mit narbiger, glatter, gespannter, glänzender und unfaltbarer Haut bedeckt. Das Gelenk selbst ist geschwellt, an den Condylen des Femur und an der Fibula nimmt man Verdickungen wahr. An der Aussenfläche der Fibula, ganz in der Nähe der Kniescheibe, sehen wir einen hohlhandgrossen zerfallenden Herd, dessen Grund reichlich mit eitrigem Secrete bedeckt ist. Die Ränder des Herdes bilden bald frische, bald zerfallende Gummata, deren Grund den Ausgangspunkt für üppig wuchernde Granulationen, welche stellenweise grosse difforme Auswüchse zeigen, abgibt. An der Innenfläche, ungefähr im gleichen Niveau wie oben, bemerken wir eine circa $1\frac{1}{2}$ Cm. messende Vertiefung. Dieselbe ist mit einer Narbe bedeckt, von welcher aus, wie von einem Centrum, narbige Streifen strahlenartig abgehen.

An der Vorderfläche, am oberen Fibularabschnitte sind reichlich zerstreute Gummata bald einzeln, bald gruppenweise angeordnet, frische oder zerfallende, endlich in Form von Ulcerationen, die mit üppig wuchernden Granulationen bedeckt sind, zu finden.

Endlich fühlen wir der Crista fibulae entlang zahlreiche Exostosen.

Die Bewegungen im Kniegelenke sind etwas ausgiebiger als diejenigen an der entgegengesetzten Seite, allein völlige Beugung ist unmöglich.

Die Umfangsdurchmesser beider unteren Extremitäten in der beschriebenen Gegend schwanken zwischen 27 und 32 Cm. Die inneren Organe bieten keine Veränderungen dar; ebensowenig entdeckt man bei laryngoskopischer Untersuchung etwas Patoiogisches.

Der Harn ist eiweiss- und zuckerfrei und ohne Flocken.

Durch die spezifische sorgfältig angewandte Therapie und bei entsprechender Ernährung besserte sich der Zustand des Patienten bedeutend. Die Ernährung hob sich dermassen, dass Patient sehr an Gewicht zunahm, die Ulcerationen vernarbt, die Gummata wurden resorbiert der Umfang der Kniee und des rechten Ellbogens verminderte sich insofern, dass die Bewegungen der Extremitäten, obschon sie nicht normal sind und es nicht mehr werden können, (infolge von Veränderungen der Gelenkflächen der Knochen), dennoch so ausgiebig sind, dass Patient im Stande ist ziemlich frei zu gehen und die Hand zu bewegen.

Die zwei nachfolgenden Fälle sind nicht so sehr der schweren Form wegen, als mit Rücksicht auf die Seltenheit der Muskelgummata bemerkenswerth. Jullien¹⁾ fand dieselben auf 214 Fälle 6 Mal, was 2·8% ausmacht. Es ist somit ein relativ seltenes Leiden. Was die Localisation betrifft, so ist eine Prädisposition der langen Muskeln zu verzeichnen: 3 Patienten hatten Gummata der Hüftmuskeln, andere wieder solche der Muskeln des Vorderarmes und der Tibia, ferner werden die Rumpfmuskeln befallen. Nach Elsenberg²⁾ sind Gummata der Lungen- und Lippenmuskulatur die häufigsten, ebenso häufig sind die Gummata des Sternocleidomastoideus zu treffen, ferner folgen der Häufigkeit nach die Muskelgummata des Masseter, des Temporalis und des Herzens; Murchison beschreibt sogar solche des Zwerchfells. Mauriac³⁾ äussert sich über die Häufigkeit der Muskelveränderungen: „Sie

¹⁾ Traité pratique des maladies vénériennes. II. édit. Paris, pag. 922.

²⁾ Ein Fall von Syph. Gum. der Kehlkopfmuskeln. Sonderabdruck der „Gazeta lekarska“ 1894.

³⁾ L. c. pag. 468.

spielen in der gesammten Syphilispathologie eine relativ untergeordnete Rolle.“ Er unterscheidet: ¹⁾ I. myopathies gommeuses précoces — die sehr selten sind, und II. myop. gom. tardives, die grosse Dimensionen erreichen können und sehr schwer durch Behandlung rückgängig zu machen sind.

5. Fall. Syphilis (stad. gummosum), gummata musculorum: pectoralis majoris sin. et tricipitis brachii dextri.

E. G., 33jährige, verheiratete Frau, den 21./X, 1896 auf die Abtheilung aufgenommen (Nr. 4770). Patientin erinnert sich weder eines Primäraffectes, noch eines Ausschlages. Sie ist seit 3 Jahren verheiratet, hat einmal vor einem Jahre geboren; sie menstruiert ohne Störungen, hat nie abortirt, ist hereditär nicht belastet.

Ungefähr vor einem Jahre, bald nach ihrer Entbindung, bemerkte sie das Auftreten schnell wachsender, sich vermehrender, etwas schmerzhafter Knötchen in der Gegend des Tuberkulum fibulae und an der Innenfläche des rechten Kniegelenkes, das Knie selbst begann in der Gelenkgegend anzuschwellen.

Patientin ist von mittlerem Wuchse, schwachem Baue, cachectisch. Die Haut und die sichtbaren Schleimhäute sind gelblich verfärbt. An den oben erwähnten Stellen des rechten Kniegelenkes finden wir folgende Veränderungen: ziemlich zahlreiche, taubeneigrosse und noch grössere Gummiknoten, die derb, elastisch und mit lividröthlicher Haut bedeckt sind; dieselben sind auf Druck empfindlich, stellenweise mit der Haut verwachsen, stellenweise dagegen sind sie nicht verwachsen; in letzterem Falle ist die Haut unverändert, lässt sich weder falten noch verschieben. Beide Condylen des Femurs und der Tibia sind verdickt und druckempfindlich. Die Bewegungen des Kniegelenkes sind ziemlich frei, es lässt sich hier kein Exsudat constatiren.

An der Innenfläche der linken Fibula in der Mitte ihrer Länge fühlen wir eine etwas infiltrierte, druckempfindliche Stelle. Die Haut ist hier unverändert, der Knochen ist glatt und etwas verdickt.

Der Umfangsunterschied der symmetrischen Stellen an beiden Extremitäten schwankt in den Grenzen des Kniegelenkes zwischen 4 bis 10 Cm.

An der Vorderfläche des Brustkorbes sehen wir zwischen der 2. und 4. linken Rippe und zwischen der Mammillar- und Sternallinie eine Erhabenheit, die bei näherer Untersuchung sich als eine Gruppe verschieden grosser (erbsen- bis walnussgrosser), derber, elastischer Knoten zeigt. Dieselben sind miteinander verschmolzen, lassen sich sammt dem Muskel verschieben; die diese Erhabenheit bekleidende Haut ist blass, faltbar und unabhängig von den Knoten verschieblich. Am Manubrium sterni fühlen wir eine zweite kleinere Gruppe von Gummiknoten, die viel weicher sind, vom Perioste ausgehen und die sich nicht verschieben

¹⁾ L. c. pag. 449, 452.

lassen. In der Gegend der in der Muskelschicht (*pectoralis major*) gelagerten Knoten sind die Rippen auf Druck unempfindlich, das Manubrium sterni dagegen ist schmerzhaft und etwas verdickt.

Rechts neben der 2. Rippe finden wir ein pflaumengrosses Gumma, das mit der Rippe verwachsen, unverschieblich und mit gerötheter verschieblicher und faltbarer Haut bekleidet ist. Die Rippe selbst ist etwas verdickt und druckempfindlich.

An der Hinterfläche des rechten Armes, an dessen unterem Drittel sehen wir eine spindelförmige Verdickung, die hart, auf leichtem Druck unempfindlich, auf stärkerem, in der Knochenrichtung ausgeübten Druck empfindlich ist.

Diese Verdickung stellt eine Gruppe einzelner miteinander zusammenhängender Knoten dar, welche in die Muskelschicht des *Triceps* eingelagert sind und mit dem Muskel zusammen sich über dem Knochen verschieben lassen. Diese Knochen sind verschieden gross, derb, elastisch und als solche unempfindlich.

Die Haut zeigt hier normale Beschaffenheit. Der Knochen selbst ist nur im Bereiche der Induration schmerzhaft, sonst aber erscheint er unempfindlich und in der Condylengegend verdickt.

An der Aussenfläche des linken Vorderarmes findet sich eine Verdickung des Radius in der Handgelenkregion, welche Verdickung druckempfindlich ist.

Die Umfangsdifferenz der symmetrischen Stellen an beiden oberen Extremitäten schwankt zwischen 2—8 Cm.

Zwischen dem rechten *Processus coracoideus*, dem Aussenrande der *Scapula* und dem *Humerusköpfe* sehen wir mehrere confluirende Ulcerationen mit unterminirten Rändern, speckigem Grunde von serpiginösem Charakter. Nach Abwischen des speckigen Belages bemerken wir am Grunde der Ulceration einzelne atonische Granulationen.

In den inneren Organen finden sich folgende nennenswerthe Veränderungen: der untere Leberrand ragt 3 Finger breit unter dem Rippenbogen hervor, ist hart, uneben; die Vorderfläche der Leber zeigt ebenfalls Unebenheiten. Die Unterfläche dagegen, zu der wir mit den Fingern gelangen, ist vollkommen glatt. Die Milz, deren Unterrand handbreit unter dem Rippenbogen hervorragt, ist derb und ziemlich beweglich, hat eine glatte Oberfläche und lässt sich nach oben emporheben. Endlich finden wir etwas Flüssigkeit in der Peritonealhöhle. Der Harn enthält kein Eiweiss.

Unter dem Einflusse der gemischten specifischen Therapie sind die syphilitischen Veränderungen ziemlich schnell geschwunden; die Gummata wurden resorbirt, die Ulcerationen verheilten, nur in den Muskeln sind kleine narbige Indurationen anstatt der vorhandenen Gummiknoten zurückgeblieben.

6. Fall. Syphilis (stad. gummosum) Gummata musculorum antibrachii.

T. S., 42 Jahre alt, Schneider, den 12./XI. 1896 auf die Abtheilung aufgenommen (Nr. 5129 des Hauptb.). Patient bekam im 12. Lebensjahre um den Anus herum einen Ausschlag, welcher unter Aetzung mit Lapis schwand. Vor ca. 5 Jahren trat an der rechten Hinterbacke eine kleine Wunde auf, die allmählig aber stetig zunehmend, den gegenwärtigen Zustand erreichte. Etwas später entwickelten sich in ähnlicher Weise die übrigen Krankheitsherde. Frau und Kinder sind gesund. Die Frau hat nie abortirt.

Status praesens. Die Gegend des linken Ellbogengelenkes ist an deren Streckseite auf einer etwa hohlhandbreiten Strecke mit dünner, lividrother, narbiger Haut bedeckt. Die Haut erscheint hier im Centrum etwas blasser, als an der Peripherie, die Ränder des Herdes sind bedeutend erhaben und mit gelblichen Borken belegt. Zwischen den Borken fühlt man mitunter ziemlich derbe, elastische, umschriebene Tumoren von verschiedener Grösse; sie sind erbsen- bis wallnussgross, auf Druck unempfindlich und lassen sich en masse mit der Haut verschieben. Da die erwähnte Narbe ziemlich oberflächlich zu liegen kommt, so sind die passiven und activen Bewegungen des Gelenkes freigeblieben.

An der rechten Hinterbacke sehen wir einen isolirten Herd, der die ganze untere Hinterbackenhälfte in die Breite einnimmt. Der Krankheitsprocess hat auch hier, ähnlich wie oben, die Tendenz, sich peripher auszubreiten. Infolge davon finden wir auch hier im Centrum des Herdes eine narbige, noch weit unebenere, rauhe, gefurchte Haut, was auf einen viel tiefer greifenden Charakter der hier stattgefundenen Veränderungen hindeutet. Die Peripherie nimmt eine Ulceration ein, welche die oben erwähnte Narbe mit einem 2—4 Cm. breiten Streifen umringt. Die Ulceration zeigt einen unebenen Grund (weil derselbe aus Confluenz zahlreicher kleinere Ulcerationen entstanden ist), letzterer ist mit spärlichem, gelblich speckigem resp. eitrigem Secrete bedeckt und hat unterminirte Ränder. Indessen zieht die aus dem Centrum des Herdes ausgehende Narbe an einer Stelle, nämlich unweit vom Anus über einen ulcerirten Streifen hinweg weiter und erreicht beinahe den Sphincter externus, den Charakter compacten Bindegewebes verrathend. Dies deutet darauf hin, dass der Krankheitsprocess eben von dieser Stelle seinen Anfang nahm und von da aus sich weiter verbreitete. Der Sphincter ist vollkommen verschont geblieben. An der Innenfläche des linken Vorderarmes bemerken wir an dessen oberem und mittlerem Drittel eine geringe Verdickung; dieselbe zeigte in der Muskelschicht des Supinator longus et Radialis internus eine Reihe der elastischen, umschriebenen Knoten, die wallnussgross und etwas druckempfindlich sind. Die diese Knoten bekleidende Haut ist blass, faltbar und lässt sich unabhängig von den Knoten verschieben, welche letztere mit den Muskeln zusammen verschiebbar sind. Einzelne dieser Knoten nehmen den sehnigen Theil der Muskeln ein, andere dagegen sind von der Insertion entfernt gelagert.

Etwas nach aussen und nach vorn fühlen wir einen einzelnen runden, bohnergrossen Knoten, der mit entzündlicher, gerötheter, mit dem

Knoten verwachsener Haut bedeckt und daher auch mit diesem gleichzeitig verschiebbar ist, während die darunter liegenden Muskeln dabei unbetroffen geblieben sind. In der Nase, im Rachen und im Kehlkopfe entdeckt die Untersuchung keine Veränderungen.

Die rechten Inguinaldrüsen sind bedeutend vergrößert und ziemlich derb. Die inneren Organe zeigen, eine geringe Lebervergrößerung ausgenommen, keine Veränderungen. Der Harn ist eiweissfrei. Die spezifische gemischte Therapie führte eine Resorption der Gummata und eine dauernde Vernarbung der Ulceration herbei.
