

# Venerische Krankheiten.

(Redigirt von Prof. **Neisser** und Primararzt **Jadassohn** in Breslau.)

---

## Haut, Schleimhaut, Knochen und Gelenke.

1. **Escaude**. Sur un cas de Syphilis tert. du sein. *Midi méd.* 21. Mai 1893.
2. **Cordier**. Lymphangite syphilitique secondaire. Société des sciences médicales de Lyon. *Journal des maladies cutanées et syphilitiques.* 1892. Nr. 2, p. 90.
3. **Garel**. Sur la valeur de la dysphagie dans le diagnostic de l'arrière-gorge. *Lyon médical.* 1892.
4. **Oussas**. Chancre induré de l'amygdale droite et du pilier postérieur. Société russe de syphiligr. et de dermatol. 29. Febr. 1892. *Journ. des mal. cut. et syph.* 1892, p. 271.
5. **Bulkley**, Duncan. Chancre of the tonsil with an analysis of fifteen cases. *The Boston medical and surgical journal.* 1893.
6. **Gaube**. Chancre syphilitique de l'amygdale. *Union méd. du Nord-Est.* 1893. Nr. 2.
7. **Ravogli**, A. Syphilit. Plaques. *Monatsh. f. pr. Derm.* Bd. XVI. Nr. 2.
8. **Ravogli**, A. Syphilitic Plaques. *The St. Louis Med. and Surg. Journ.* December 1892.
9. **Labit**. Syphilis secondaire de l'amygdale linguale. *Revue de laryngol du Dr. Moure.* 1. Dec. 1891. Ref. im *Journ. des mal. cut. et syph.* 1892, p. 299.
10. **Alexander**, S. Case of Syphilis of the tongue. *New York dermat. soc.* 211. reg. meeting. *The Journ. of cut. and gen.-urin. dis.* April 1893.
11. **Bacelli**, Guido. Sifiloma della lingua. *Il Raccoglitore medico.* 20. Juli 1893. Vol. VI. Nr. 2, p. 58.
12. **Erb**, W. Bemerkungen über Plaquesnarben („Epitheltrübungen“, „Leucoplakie“) der Mundhöhle und ihre Ursachen. *Münchener medic. Wochenschr.* 1892. Nr. 42, p. 739.
13. **Borgzinner**. Ueber Leucoplakia oris. *Inaug.-Dissert.* Würzburg 1891.
14. **Semon**, T. Syphilis of the larynx. *The Practitioner.* Nr. 299. Mai 1893, p. 384.
15. **Gouguenheim**. Laryngite syphilitique secondaire. *Leçon rec. par Mendel.* *Union méd.* 1892. Nr. 90.
16. **Lacoarret**. Tumeurs condylomateuses du larynx. (Papillomes syphilitiques.) *Annales de la policlin. de Bordeaux.* I. 4. Juli 1890. Refer. nach *Schmidts Jahrbüchern.* Bd. 232.

17. **Gouguenheim.** De la laryngite tertiaire. Union méd. 1892. Nr. 118/119.
18. **Lazarus, J.** Syphilitische Kehlkopfstenose. Demonstration im Verein für innere Medicin in Berlin. Berl. klin. Wochenschr. 1893. Nr. 7.
19. **Bryan, J. H.** Syph. der oberen Luftwege. Med. News 1893. LXX. Nr. 22.
20. **Guillaume.** Syphilis. Ulcères spécifiques. Rétrécissement syphilitique de la trachée. Trachéotomie. Mort. Revue médicale belge. 3. März 1891. Ref. im Journ. des mal. cut. et syph. 1892, p. 304.
21. **Trapeznikof.** Un cas de plaque muqueuse de la conjonctive oculaire. Wratsch. Nr. 35. 1891. Ref. im Journ. des mal. cut. et syph. 1892. Nr. 3, p. 136.
22. **Silex.** Gummigeschwür auf der Schleimhaut des oberen Lides. Berl. med. Gesellsch. 1893. Deutsche med. Wochenschr. 1893. Nr. 6, p. 139.
23. **Fischer.** A syphilitic gumma of upper eyelid resembling a dislocated larymal gland. The journal of the American medical association. Vol. XX. Nr. 22. 3. Juni 1893.
24. **Crouzat.** Rigidité du col chez les syphilitiques. Société obstétricale de France. Deuxième session tenue à Paris les 5, 6 et 7 Avril 1893. La Semaine médicale. 1893. Nr. 27. 29. April, p. 212.
25. **Blanc.** Rigidité syphilitique du col de l'utérus. Journ. de méd. et de chir. pratiques. Ref. im Journ. des mal. cut. et syph. 1892, p. 306.
26. **Pauly.** Gomme du méat urinaire. Société des sciences médicales de Lyon. Journ. des mal. cut. et syph. 1892, p. 343.
27. **Tuttle, James P.** Instances of late secondary manifestations of syphilis in the rectum. Journ. of cut. and gen.-urin. dis. Sept. 1893. The am. assoc. of gen.-urin. surgeons. 20—21. Juni 1893.
28. **Thiem.** Luetische Mastdarmstrictur. Medicinischer Verein, Cottbus. Ref. Deutsche Med. Ztg. 1891, p. 927.
29. **Rutherford, Henry.** Specimen of syphilitic stricture of the rectum. Perforation of bowel by bougie. Glasgow Med.-chir. Soc. 12. Mai 1893. The Glasgow medic. Journal. XL. 3. Sept. 1893, p. 229.
30. **Matthews, J. M.** Stricture of the rectum. The medical and surgical reporter. Vol. LXVIII. Nr. 8.
31. **Lasse.** Prolapsus rectal d'origine syphilitique. Wratsch 1891. Nr. 12, p. 309. Ref. Annales de dermatol. et de syphil. 1891, p. 987.
32. **Viennois.** De l'amputation spontanée des orteils chez les syphilitiques. Ann. de dermat. et de syphiligr. 1891, p. 689 u. f.
33. **Moncorvo.** Sur la pseudo-paralysis syphilitique ou maladie de Parrot à propos de quatre nouveaux cas de guérisons. La Gazette hebdomadaire de Médec. et de Chirurgie. XL. 6.
34. **Chrétien, Ed.** Un cas d'ostéo-arthropathie hypertrophiante chez une syphilitique. Rev. de méd. 1893. 10. April, p. 321.
35. **Elliot, George, T.** Syphilitic nodes of the hyoid bone. Read bef. the New York derm. soc. Nov. 1892. The Journ. of cut. and gen.-urin. dis. Januar 1893.
36. **Priklowski.** Deux cas d'arthrite syphilitique. Medicinskoë Obozr. Nr. 12. Ref. im Journ. des mal. cut. et syph. 1892, p. 578.

37. **Duplay.** Idartrosi cronica sifilitica. Gazzetta degli Ospitali. 1893. 17. Oct. Nr. 124, p. 1309.

(1) Die 44jähr. Patientin *Escaudes*, in deren Anamnese multiple Aborte und Polyletalität der Kinder aufzufinden waren, erkrankte neben heftigen Kopfschmerzen an einer Fissur an der Brustwarze, welche ohne jedoch zu Tumorbildung zu führen, sich in ein scharfbegrenztes grosses Ulcus verwandelte, das unter specifischer Behandlung schnell heilte.

Jadassohn.

(2) *Cordier* berichtet über vier Fälle von secundär-syphilitischer Lymphangitis. Die Lymphangitis betraf zweimal die Kniekehle, einmal die Gegend der Trochlea und einmal das Dorsum penis. Alle vier Fälle waren durch mässige, Nachts nicht exacerbirende Schmerzen und prompte Reaction auf specifische Behandlung ausgezeichnet. Der Verlauf der Syphilis war in allen 4 Fällen ein schwerer.

Paul Neisser.

(3) *Garel* legt grossen Werth auf das Symptom der Dysphagie bei der Lues, nur wenige andere Erkrankungen gibt es, bei denen es längere Zeit (wenigstens 3 Wochen) vorhanden sei. Die Syphilis aber begleite es sowohl bei den Sclerosen, als bei den secundären und tertiären Läsionen des Rachens.

(4) *Oussas* stellte eine Patientin mit einem Primäraffect auf der rechten Tonsille und dem hinteren Gaumenbogen vor; der Mann der Patientin ist seit mindestens 2 Jahren syphilitisch.

Paul Neisser.

(5) *Bulkley* berichtet über seine Beobachtungen von Tonsillenschanker, dessen Vorkommen sicher häufiger ist, als angenommen wird. Die charakteristischen Symptome bestehen in Anschwellung bei sehr grosser Härte, fast Steinhärte der Mandel, oberflächlicher, scharf umrandeter Ulceration, die mit fest anhaftendem Beleg bedeckt ist, und regionärer Drüsenschwellung. Gegen die mögliche Verwechslung mit Carcinom schützt die Härte der Tonsille, die man deshalb palpiren soll. In der Discussion betonen die Redner übereinstimmend die Chronicität des Verlaufs und die Härte als charakteristisch; trotzdem gibt es Fälle, die zur Sicherung der Diagnose ein Abwarten secundärer Allgemeinerscheinungen wünschenswerth erscheinen lassen.

Koch.

(6) *Gaube* berichtet über einen Fall von Tonsillarschanker und bespricht die Differentialdiagnose (Diphtherie, Gumma, Abscess, Tuberculose, Epitheliom).

(7—8) *Ravogli* kommt in seiner Arbeit zu folgenden Schlüssen: Die Plaque muqueuse ist eine für Syphilis charakteristische Läsion. Dieselbe tritt gewöhnlich während der frühen Stadien der syphilitischen Affection auf. Sie kehrt auch im Spätstadium der Syphilis, jedoch nicht so häufig, wieder. Während der gummösen Periode der Lues findet sie sich niemals. Plaques muqueuses sind hochgradig contagiös und bilden die gefährlichsten Läsionen in Bezug auf die Uebertragung der Syphilis. In den späteren Stadien ist die Syphilis wegen des Verschwindens gerade dieser Condylome auf dem gewöhnlichen Wege nicht mehr übertragbar.

Sternthal.

(9) Labit berichtet über einen Patienten, welcher ausser verschiedenen anderen Symptomen von Lues, Röthung der Gaumenbogen, Plaques mnqueuses am Velum und an den vorderen Gaumenbögen, Schwellung der ary-epiglottischen Falten und Stimmbänder eine merkwürdige Affection der Zungentonsille zeigte; an der Wurzel der Zunge war die Gegend hinter den Papillae circumvallatae geschwellt, die Follikel in kleinere und grössere, durch Furchen von einander getrennte, röthliche Tumoren verwandelt, von denen einige exulcerirt und grau belegt waren, wodurch heftige Schmerzen beim Schlingact hervorgerufen wurden. Unter Hg.-Behandlung und localer Application von Jodpräparaten sah Verf. gute Resultate bei dieser Affection.

Paul Neisser.

(10) Alexander stellt einen 30jährigen jungen Mann vor, der vor 8 Jahren syphilitisch inficirt, bei sorgfältiger Behandlung nur wenige specifische, meist condylomatöse Erscheinungen gezeigt hatte. Vor 2 Jahren traten Rhagaden und weisse Plaques, die zeitweise exulcerirten, auf der Zunge auf. Als A. den Kranken im letzten Sommer in Behandlung bekam, waren die Papillen sehr gross und prominent, die Oberfläche der Zunge zeigte Rhagaden und Erosionen, besonders an der rechten Seite, die zeitweise stark schmerzten. Die Schmerzen wurden namentlich beim Rauchen und beim Genuss heisser Speisen gesteigert.

Quecksilber und Jodide sowohl allein, als auch combinirt gegeben blieben ohne Wirkung. Locale Behandlung der mannigfachsten Art, einschliesslich des salpetersauren Quecksilbers führten gleichfalls keine Besserung herbei.

In der Discussion bezweifelt Allen nicht die syphilitische Natur der Affection. Er glaubt, dass gummatöse Infiltrationen auf der Zunge bei ihrer Resolution Fissuren zurückgelassen haben, in denen sich jetzt neue papillomatöse Geschwülste bilden, welche die Fissuren allmählig ausfüllen.

Sherwell hat einen ähnlichen Fall gesehen, der zu ihm alle 1 bis 2 Monate mit Recidiven kam, die, wenn sie mit specifischen internen Mitteln oder local mit verdünntem Hydrargyrum nitratum behandelt wurden, verschwanden, um bald nach dem Aussetzen der Medication oder aus anderen Ursachen z. B. in Folge von Rauchen wieder zu erscheinen.

Klotz hat eine Reihe von ähnlichen Fällen beobachtet; bei einem blieben die warzigen Massen jahrelang stationär.

Fox sieht nichts für Syphilis Charakteristisches bei dieser Affection und leitet sie von anderen Ursachen, wie Rauchen und Gastritis her.

Klotz stimmt insofern mit Fox überein, als er eine Heilung der Affection erst erwartet, wenn der Patient das Rauchen und Trinken aufgibt, aber er betont, dass solche Erscheinungen nie bei jemand auftreten würden, der nicht vorher syphilitisch gewesen ist. Elliot schlägt Inunctionen und local den Pacquelin vor.

Ledermann.

(11) Baccelli berichtet die Krankengeschichte eines Mannes, der 1870 die ersten Zeichen einer Allgemein-Infection darbot; schon damals ein indolenter Knoten in der Mitte der Raphe der Zunge. 1891 Ulceration desselben; unter localer Behandlung Verschlimmerung: die Zunge durch einen kolossal tiefen, schmierig belegten Riss gespalten, derb, unförmig geschwollen. Sprache und Nahrungsaufnahme schwer gestört. Schnelle Heilung durch 24 intravenöse Injectionen von Sublimat (im Ganzen 12 Ctr.).

Jadassohn.

(12) Auf Grund von 240 gesammelten Fällen mit Plaquesnarben, kommt Erb zu folgenden Schlüssen:

1. „Dass sowohl die Syphilis allein, wie das Rauchen allein im Stande sind, die Plaquesnarben (Milchflecken, Leukoplakie) in der Mundhöhle hervorzurufen, und zwar ungefähr in der gleichen Häufigkeit. 2. Dass aber in einer grösseren Zahl der Fälle diese Dinge auf das Zusammenwirken der genannten beiden Schädlichkeiten zurückzuführen sind. 3. Dass die Plaquesnarben nur äusserst selten vorkommen ohne eine der beiden Ursachen, dass also die übrigen etwa in Frage kommenden Schädlichkeiten wohl nur eine untergeordnete Rolle spielen. 4. Dass das Rauchen allein in der Regel die Leukoplakie nur dann erzeugt, wenn es im Uebermasse betrieben, wenn sehr viele oder sehr starke Cigarren geraucht werden. 5. Dass dagegen bei vorhanden gewesener Syphilis schon ein sehr viel geringeres Mass des Rauchens genügt, um die Mundschleimhaut zu verändern.“

A. Grünfeld.

(13) Borgzinner hat 8 Fälle von Leukoplakia oris beobachtet, die alle Männer von 27—62 Jahren betrafen; 5 davon waren syphilitisch, alle starke Raucher. Einmal fanden sich schmerzhaftes Einrisse, sonst waren die Beschwerden nur sehr unbedeutend. Therapeutisch wurden verwendet: Jodcarbolycerin, Milch-, Chromsäure, Cauterisation etc. Nach Seiffert vermindert Hg-Gebrauch die Widerstandsfähigkeit der Schleimhaut und disponirt zu Leukoplakie.

(14) Nach Semon zeigt der Kehlkopf, je nachdem es sich um Früh- oder Spätsyphilis handelt, entweder nur einfachen Katarrh (Lewin's Erythem) oder Schleimpapeln einerseits oder andererseits diffuse Infiltration, Gummata, Geschwüre, Narben, Perichondritis und Paralysen. Ulcerationen finden sich indess, wenn auch in verschiedenen Graden in jedem Stadium. Die schwersten Fälle kommen bei denjenigen vor, die ihre Stimme professionell verwerthen. Differentialdiagnostisch bez. Tuberculose und Krebs kommen Farbe, Art der Entwicklung, Sitz, Tiefe und Begrenzung des Geschwüres oder der Neubildung in Betracht. Therapeutisch empfiehlt sich eine systematische Hg.-Inunctionscur.

Loeser.

(15) Nach den Erfahrungen Gouguenheims kann in der Secundärperiode die Kehlkopfschleimhaut zugleich mit der Schleimhaut der benachbarten Organe und zugleich mit der Haut, oder isolirt erkranken. Von den 50 Fällen von Kehlkopflues, die unter 140 Syphilitikern gefunden wurden, war bei der Hälfte fast der gesammte Larynx, bei den anderen nur einzelne Theile erkrankt und zwar die Epiglottis 13mal, die Chordae vocales

inff. ebenfalls 13mal allein, die Arytanoidealregion 7mal erkrankt, meist zugleich mit der Epiglottis. Röthung, Schwellung, kleine Geschwüre, Papeln setzen das Krankheitsbild zusammen; die Diagnose ist meist leicht.

(16) Als Beweis für das Vorkommen syphilit. Papillome im Kehlkopf veröffentlicht Lacoarret einen Fall, in dem er im 2. Jahre post infect. neben Schleimhautplaques an den Tonsillen warzige Gebilde, die von rother Schleimhaut überzogen waren, am Zungengrund und in der Regio interarytanoidea constatiren konnte.

(17) Von der tertiären Larynxlues unterscheidet Gouguenheim 2 Formen: die acute, seltener, einseitig, sich schnell entwickelnd und oft auch sich schnell lösend; die chronische, häufiger, localisirt und mit Vorliebe die Epiglottis befallend, oder den ganzen Kehlkopf ausfüllend, mit wirklichen Gummen, die ev. geschwürig zerfallen, mit Pachydermie in der Subglottis, Verdickung, Geschwüren, Wucherungen auf den Stimmbändern. Von den Gummen können tiefgreifende Zerstörungen, Stenosirungen, Durchbrüche nach dem Oesophagus ausgehen. Bei den chronischen Formen muss auch local, bei den acuten soll nur allgemein behandelt werden.

(18) J. Lazarus zeigte im Verein für innere Medicin in Berlin einen Kehlkopf, in dessen unterem Viertel eine narbige Stenose bestand, welche die Lichtung der Luftröhre zu Federspulendicke zusammengezogen hatte. Vor 26 Jahren hatte der Patient an „Gonorrhoe mit Drüsen“ gelitten. Nach Jodkaliumgebrauch hatte sich die Schwellung des l. Stimmbandes, die zuerst vorhanden gewesen war, gebessert. Lewin bemerkt hierzu, dass für die Diagnose Syphilis der Schwund der Balgdrüsen der Zungenwurzel von Wichtigkeit sei. Ferner wurde in der Discussion hervorgehoben, dass Verengerungen des Larynx auch auf Aneurysmen beruhen können.

Karl Herxheimer.

(19) In „The American Laryngological Association“ sprach J. H. Bryan über einige Erscheinungen der Syphilis der oberen Luftwege. Er berichtete über 3 Fälle, von denen der erste eine Kehlkopfstenose auf Grund luetischer Erkrankung, der zweite eine Tonsillitis mit Vereiterung betraf. Der dritte war ein Fall von congenitaler Lues des Pharynx und Larynx bei einem 12jährigen Mädchen mit Keratitis interstitialis und Taubheit. — In der Discussion wurde daran gezweifelt, ob es sich bei der Vereiterung der Tonsille um einen luetischen Process gehandelt habe.

(20) Die Patientin Guillaume's, welche vor 10 und 2 Jahren wegen syphilitischer Ulcerationen in Behandlung war, musste wegen heftiger Athemnoth tracheotomirt werden. Da die Athemnoth aber trotzdem stieg, wurde versucht, die Trachea mit dünnen Sonden zu dilatiren; man stiess jedoch schon unterhalb der Tracheotomiewunde auf ein unüberwindliches Hinderniss. Die Obduction ergab eine durch ein vernarbtes Ulcus verursachte bedeutende Verengerung der Trachea.

Paul Neisser.

(21) Der 21jährige Patient Trapeznikof's, ein Soldat, welcher in seinem 12. Jahre luetisch inficirt worden war, zeigte ausser Ptoxis, starker

Conjunctivis, chronischer Iritis und Trübungen der vorderen Linsenkapsel am inneren, unteren, rechten Augenwinkel auf der Conjunctiva bulbi eine 7 Mm. lange und 5 Mm. hohe Ulceration mit etwas elevirten Rändern und weisslichem Belage. Unter Hg-Behandlung nach 4 Wochen völlige Heilung.

Paul Neisser.

(22) Der Fall, den Silex demonstriert — ein Gummigeschwür auf der Conjunctiva des oberen Lides — stellt eine seltene Localisation dar, bietet aber sonst nichts Besonderes.

(23) Fischer berichtet über ein 16jähriges Mädchen mit interstitieller Keratitis; auf dem oberen Augenlid entwickelte sich ein Tumor, der sich nach oben in die Fossa lacrimalis verschieben liess und für eine dislocirte Thränendrüse gehalten wurde. Nach vierteljährigem Bestehen verschwand schliesslich der Tumor zugleich mit der Keratitis auf fortgesetzten Gebrauch von Jodkali.

Koch.

(24) Crouzat berichtet im Namen Stieber's (Toulouse), dass bei einer syphilitischen Patientin die Blase vorzeitig sprang; das Kind starb während der Entbindung, die Mutter ging an Septicaemie zu Grunde.

Pinard theilte in der Discussion mit, dass er in einem Falle, in dem noch ein Schanker auf der vorderen Muttermundslippe bestand, als sich der Muttermund nicht erweiterte, sofort die Zange als kräftigstes Dilatationsmittel mit Erfolg verwendete. Auch Maygrier fürchtet die Induration der Cervix, welche von einem Schanker zurückbleibt, viel mehr aber die fatalen Sklerosen des Cervicalcanals, welche zu einer Stenose desselben (wie des Rectums) führen und tertiärer Natur sind.

Jadassohn.

(25) Blanc bespricht die durchluetische Affectionen hervorgerufenen Rigiditäten des Collum uteri, welche bei Geburten hinderlich sein und zu tiefen Incisionen nöthigen können. Dieselben können sowohl durch die Sklerose selbst, welche eine Induration hinterlässt, wie auch durch secundäre Erscheinungen, papulo-erosive Plaques und tertiäre Erscheinungen hervorgerufen sein.

Paul Neisser.

(26) Der Patient Pauly's leidet seit einem Monat an einer indolenten Induration der Harnröhre, verbunden mit beiderseitiger Inguinaldrüsenanschwellung. Die Anamnese ergibt, dass er vor 20 Jahrenluetisch inficirt, vor 3 Jahren schon an einer ähnlichen, auf Jodkali verschwindenden Affection gelitten habe. Vortragender stellt also die Diagnose: Gumma der Harnröhre mit tertiärer Adenitis inguinalis.

Paul Neisser.

(27) Tuttle weist darauf hin, dass die sogen. secundären Symptome der Syphilis ebenso oft in einer späteren Periode der Krankheit sich einstellen, wie tertiäre in einer früheren Zeit. Er verwirft daher die zeitliche Eintheilung von primärer, secundärer und tertiärer Periode. Er berichtet dann über 2 Fälle von syphilitischen Mastdarmgeschwüren. In dem ersten lag die Zeit der Infection und Mercurbehandlung 15 Jahre zurück. Der Pat. hatte nur an einem primären Geschwür, nie an Hauteruptionen gelitten. Das Mastdarmgeschwür lag oberhalb des Sphincter externus. In dem zweiten Fall datirte die syphilitische Infection 5 Jahre zurück. Das

kraterförmige Geschwür lag an der hinteren Rectalwand. Drei Wochen später erschien eine Roseola an dem ganzen Rumpf und den Beinen und in der Analfalte bildete sich eine typische „Plaque porcelanique“. Zum Schluss warnt Verf. vor Operationen am Penis und Rectum bei Syphilitischen.

Taylor macht in der Discussion darauf aufmerksam, dass bei Syphilitischen zahlreiche Läsionen nicht syphilitischen Ursprungs auftreten können. So glaubt er, dass in beiden Fällen die rectalen Geschwüre in keinem Zusammenhang mit der Lues stehen. Was die Frage der Operationen bei Syphilitischen betrifft, so betont er, dass trotz der grösseren Vulnerabilität bei genügender interner Behandlung und peinlichster Antisepsis die Wunden der Syphilitischen ebenso gut heilen, wie bei anderen Leuten.

Ledermann.

(28) Thiem's 48jährige Patientin war mit einer hochgradigen Stricture, Geschwulst und Geschwürsbildung im Rectum zur Behandlung gekommen. Es wurde, da die stricturierte Stelle kaum passirbar war, ein Anus praeternaturalis angelegt. Aus einer gleichzeitig bestehenden Iritis schloss T. auf dieluetische Natur der Affection und leitete eine antisymphilitische Behandlung ein. Gleichzeitig wurde das Rectum allmählig durch Bougiren erweitert, so dass schliesslich ein Mastdarmbougie von 2 Cm. Durchmesser eingeführt werden konnte. Alsdann wurde der Anus praeternaturalis wieder geschlossen. (Mit Hilfe einer Laparatomie.) — Patientin erholte sich in kurzer Zeit sehr gut.

Ernst Bender.

(29) Das anatomische Präparat von syphilitischer Mastdarmstricture, das Rutterford demonstrierte und das nichts besonderes aufwies, stammte von einer 29jährigen Frau, welche seit 5 Jahren an Obstipation litt und im Anschluss an die Anwendung von Bougies an Peritonitis starb.

Jadassohn.

(30) Matthews berichtet über einen Fall von Rectumstricture bei einer Frau, die er für einige Monate durch gewaltsame Dehnung der Stricture von ihrer Obstipation befreite. Trotzdem sich dann ausser einer neuen Stricture an der alten Stelle ein ausgedehntes Uteruscarcinom vorfand, glaubt Matthews doch auf Grund der Anamnese, des Krankheitsverlaufes sowie der klinischen Eigenthümlichkeiten der Stricture (völlige Unnachgiebigkeit, weder Blutung noch Geruch) an seiner ersten Diagnose „syphilitische Stricture“ festhalten zu sollen (?). Später sei allerdings vielleicht auch eine carcinomatöse Degeneration der Stricture hinzugekommen. In der Discussion traten keine wesentlich neuen Gesichtspunkte zu Tage.

Raff.

(31) Lasse's 17jähriger Patient litt seit seinem 6. Lebensjahre an Symptomen einer hereditären Lues. Ein Abscess in der linken Scapulargegend, der allen therapeutischen Massnahmen trotzte, und nach Ansicht Lasse's ein ulcerirtes Gumma war, ferner Haarausfall, Kopfschmerzen besonders bei Nacht, indolente Lymphdrüsenanschwellungen am Halse und in den Inguinalgegenden. Der Prolaps wurde deshalb als ein auf syphilitischer Basis entstandener diagnosticirt, die Diagnose durch erfolg-

reiche antisypilitische Behandlung bestätigt. Nach 89 Einreibungen aa 2 Gr. und Verabreichung von 210 Gr. Jodkali verschwand der Prolaps vollständig, der „Abscess“ in der Scapulargegend verheilte, die Drüsen wurden bedeutend kleiner und die Kopfschmerzen verschwanden. — Da weder im perirectalen Gewebe, noch in den Muskeln (Sphincter und Levator) Gummata nachweisbar waren, so führt Verfasser den Prolaps auf syphilitische Proliferationsvorgänge in dem perirectalen Bindegewebe und den beiden Muskeln zurück, Proliferationsvorgänge, wie sie im Beginn der tertiären Periode nicht selten seien. Ernst Bender.

(32) Viennois's 43jähr. Patient stammt aus einer syphilitischen Ehe (Vater und Mutter litten an Syphilis). Er selbst hat eine gesunde Frau und ein gesundes Kind. Die ersten tertiären (hereditär-) syphilitischen Erscheinungen traten im achten Lebensjahre des Patienten am linken Unterschenkel in Form ulcerirter Gummata auf und wiederholten sich im 13., 20. und 32. Lebensjahre. In der Zwischenzeit erfreute sich Patient völliger Gesundheit. Die letzten Gummata (im 32. Lebensjahre) führten nach 6 Jahren zur spontanen Gangraen und Abstossung der zweiten und dritten Zehe des linken Fusses. Gleichzeitig trat auf der Fusssohle ein grosses serpiginöses Geschwür auf. Patient war bis zu seinem 43. Lebensjahr niemals antisypilitisch behandelt worden. Eine nunmehr eingeleitete specifische Behandlung scheiterte anfangs (nach Ansicht des Verfassers) an den schlechten hygienischen Bedingungen, unter denen sich Patient befand. Nachdem letztere beseitigt waren, und der Patient eine geeignete Spitalpflege gefunden hatte, vernarbte unter dem Gebrauch von Jodkali und einer Inunctionscur in 28 Tagen dieses 10 Jahre lang bestehende Geschwür. Viennois fügt dieser Krankengeschichte eine weitere ganz ähnliche aus dem „Hôtel Dieu de Lyon“ bei. Er bemerkt ausdrücklich, dass die Autoren, die früher Fälle von Mumification als Folge von Syphilis veröffentlichten, sie stets auf eine, durch syphilitische Arteritis hervorgerufene Gangraena sicca zurückführten. Nur vereinzelt finden sich die Fälle, bei denen die Mumification sich auf Finger oder Zehen beschränkt, während viel häufiger die der Gangraen nachfolgende Mumification weiter auf die Extremitäten übergriff.

Die beiden mitgetheilten Krankengeschichten illustriren Fälle von Gangraena humida. Prognostisch scheint diese günstiger zu sein. Doch fordert Verfasser zu weiteren pathologisch-anatomischen Studien auf behufs Sicherstellung der Pathogenese solcher Spontanamputation von Gliedern als Folge des feuchten Brandes. Ernst Bender.

(33) Im Anschluss an eine frühere Veröffentlichung (Gazett. hebdom., Jan. 1892, dieses Archiv, 1893, p. 1027) theilt Moncorvo 4 weitere Fälle mit, in denen hereditär-syphilitische Kinder entweder ohne vorhergegangene oder nach höchst geringen Traumen Fracturen oder Infracturen erlitten. In allen Fällen erzielte der Verf. enorm schnelle Heilung durch Anwendung von Quecksilber. Die Wiedergabe der ausführlichen, interessanten Krankengeschichten würde den Rahmen eines Referates überschreiten. Lasch.

(34) Die Kranke Chrétien's starb an einer Herzerkrankung ohne Lungenaffection; bei der Section fand sich Leberlues. Die Osteo-Arthropathie, an welcher die Frau litt, bot die gewöhnlichen Symptome dar: Vergrößerung der Endphalangen der Zehen und Finger, Nägelverkrümmung, Auftreibung der unteren Epiphysen der Tibiae, geringe Vergrößerung des Oberkiefers. (Vgl. die analogen Fälle von Schmidt und Smirnoff: Osteoarthropathie bei Lues ohne Lungenerkrankung.)

(35) Elliot beobachtete in letzter Zeit 5 luetische Patienten, welche über heftige Schmerzen beim Schlucken, Sprechen und bei bestimmten Hals- oder Kopfbewegungen klagten. Die Schmerzen konnten nicht genau definirt werden und wurden hauptsächlich auf die Gegend des Schlundes bezogen. Da intralaryngeale und pharyngeale Affectionen, sowie specifische Muskelfiltrationen ausgeschlossen werden konnte, so wurde die Regio hyoidea untersucht und dort in jedem Falle die Gegenwart eines oder mehrerer Knoten des Zungenbeins constatirt, welche entweder allein bestanden oder mit einer Chondritis oder Epichondritis des angrenzenden Theils des Schildknorpels vergesellschaftet waren. Zwei von diesen 5 Fällen werden eingehend besprochen und verdienen mit Rücksicht auf die ungewöhnliche Localisation eine speciellere Berücksichtigung. In dem ersten Fall (26jähriges Mädchen) zeigte sich 11 Monate nach der Infection, nachdem deutliche Allgemeinerscheinungen unter interner Sublimatbehandlung beseitigt waren, unter den genannten subjectiven Begleiterscheinungen ein erbsengrosses Knötchen an der linken Seite des Zungenbeins und ging unter Jodkalibehandlung bald zurück. Der zweite Fall zeichnet sich dadurch aus, dass mit Ausnahme leichter Allgemeinerscheinungen ausschliesslich die Knochen der Sitz der syphilitischen Erkrankung waren. Dieser Fall ist auch dadurch bemerkenswerth, dass die am Beginn der Schwangerschaft inficirte Frau bei sorgfältiger specifischer Behandlung ein ausgetragenes Kind zur Welt brachte, das bisher von syphilitischen Erscheinungen frei geblieben ist. Am interessantesten ist jedoch die Thatsache, dass diese Frau bei dem Gebrauch von Jodkali jedesmal eine Leukorrhoe bekam, die nach Aussetzen des Medicamentes sistirte.

Ledermann.

(36) Prikowski berichtet über 2 Fälle von syphilitischer Gonarthrit. In beiden Fällen war eine beträchtliche Schwellung des Kniegelenks mit Verdickung der Epiphysen, fast völlige Beweglichkeit, in dem einen Falle gar keine, in dem zweiten nur geringe Schmerzhaftigkeit zu constatiren. Bei beiden Patientinnen waren ausserdem noch zahlreiche tertiäre Erscheinungen vorhanden. Da der zweite Fall hoch fieberte, auch Fluctuation zu constatiren war, wurde eine Incision gemacht, nach der sich etwa  $\frac{1}{2}$  Liter blutig-eitriger Flüssigkeit, welche weder Gonococcen, noch Tuberkelbacillen enthielt, entleerte. Beide Fälle wurden unter Jodkalibehandlung bedeutend gebessert.

Paul Neisser.

(37) Duplay stellte in einem Falle von chronischem Hydrarthros des Knies mit starker Flüssigkeitsansammlung im Gelenk, mit Schwellung der Gelenkkapsel, mit einem halbkugeligen Tumor vor dem Köpfchen der

Fibula, bei vollständig gutem Allgemeinbefinden und geringer Schmerzhaftigkeit per exclusionem die Diagnose auf eine syphilitische (gummöse?) Gelenkentzündung. Jadassohn.

## Syphilis des Nervensystems und der Sinnesorgane.

1. **Fournier**, Neurasthénie syphilitique. La médecine moderne. Nr. 77. 27. September 1893.
2. **Fournier**, Hystéro-syphilis. Annales de Psychiatrie et d'hypnologie. Jan. 1892. Ref. im Journal des malad. cutanées et syphilitiques. 1892. Nr. 2, p. 76.
3. **Regnier**. Un cas d'hystéro-syphilis. Soc. méd. de Nancy. 25. Nov. 1891. Journ. des mal. cut. et syph. 1892. Nr. 5, p. 256.
4. **Bristowe**, J. S. Syphilitic affections of the nervous system. Lecture I. General pathology of syphilis: arterial disease. Lecture II. Syphilitic arteritis and phlebitis: Gummata. Lecture III. Gummata and Pachymeningitis. The Lancet. 14. und 28. Jän. und 11. Febr. 1893 und als „An abstract of the Lettsomian lectures delivered before the „Medical society of London“ in The Brit. Med. Journ. 14. und 28. Januar und 11. Febr. 1893.
5. **Kowalewski**. Geistesstörungen bei Syphilis. Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. L. Heft I—II. 1893.
6. **Oebeke**. Zur Syphilis des Centralnervensystems und der Psychosen. Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. XLVIII. 1892.
7. **Hags**. Cerebral Syphilis. The Medical and Surgical Reporter. LXVIII. 3. 21. Jänner 1893.
8. **Corminas**. Zwei Fälle von Hirnsyphilis. Revista de ciencias medicas de Barcelona. Nr. 17. September 1891. Ref. im Journal des maladies cutanées et syphilitiques. 1892. Nr. 2, p. 73.
9. **Bernheim**. Epilepsie jacksonienne syphilitique. La Méd. moderne. 1893. Nr. 5.
10. **Pagazza**. Hirntumor auf syphilitischer Basis. La cronica medica. Lima. März 1891, p. 62. Ref. im Journ. des mal. cut. et syph. 1892. Nr. 4. p. 212.
11. **Hergott**. Quelques faits de syphilis cérébrale. Soc. méd. Nancy. 11. Nov. 1891. Journ. des mal. cut. et syph. 1892. Nr. 5, p. 254.
12. **Francesco**, Gennaro de. Un caso di sífilide cerebrale precoce. Gazz. degli ospitali. 15. Juli 1893. Nr. 84, p. 878.
13. **Brousse**. Artérite syphilitique cérébrale. La méd. mod. 1893. IV. 66.
14. **Brasch**, Martin. Ein unter dem Bilde der tabischen Paralyse verlauf. Fall von Syphilis des Centralnervensystems. Aus der Klinik und dem Laborat. des Prof. Dr. Mendel. Neurolog. Centralbl. 1891. Nr. 16, 17, 18.

15. **Commandeur.** Diplégie faciale au cours de la syphilis secondaire. La province médicale. 13. Mai 1893.
16. **Le Boeuf.** Pachyméningite cervicale hypertrophique d'origine syphilitique. Journal de méd. et de chirurg. de Bruxelles. 12. Aug. 1893. Nr. 32, p. 513.
17. **Charcot.** Méningo-myélite syphilitique et rachialgie nocturne. La méd. moderne. Nr. 48. 17. Juni 1893.
18. **Lamy.** De la méningo-myélite syphilitique. Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière. 1893. Nr. 3.
19. **Londe.** Méningo-myélite syphilitique avec rachialgie nocturne. La méd. moderne. IV. 59. 26. Juli 1893.
20. **Brousse.** A case of cerebral syphilis. The American. journal of the medical sciences. Nov. 1893.
21. **Tompkins.** Syphilis cérébro-spinale. Virginia medical monthly. Jan. 1892. Ref. im Journal des mal. cut. et syph. 1892. Nr. 5, p. 257.
22. **Morel-Lavalle.** Paralyse générale et Syphilis. Revue de Med. 2. 1893.
23. **Niconlau.** Les causes de la paralysie générale. Statistique de l'asile Saint-You. Annal. méd.-psych. 1893. I., II.
24. **Kiernan, Jac. G.** Paretic dementia and syphilis. Alienist and Neurologist. I. 1893.
25. **Félliatre.** Des antécédents syphilitiques chez quelques paralytiques généraux. Ann. méd.-psych. Mai-Juni. 1893.
26. **Oebeke.** Ueber die Pupillenreaction und einige andere Erscheinungen bei der allgem. fortschreitenden Paralyse mit Berücksichtigung der Syphilisfrage. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. 1893. Bd. L. Heft 1—2.
27. **Goldflam.** Ueber Rückenmarksyphilis. Wiener Klinik. 2. März 1893.
28. **Mourek, Heinrich.** Ein Beitrag zur Kenntniss der syphilit. Erkrankungen des Rückenmarkes. Monatsh. f. prakt. Derm. Bd. XVII. Nr. 5.
29. **Berg.** Tabes und Syphilis. Gesellsch. prakt. Aerzte zu Riga. 2. Sept. 1892. St. Petersburg. Med. Woch. 1892. Nr. 49.
30. **Sachs.** Tabes and Syphilis. New York Med. Journ. 12. August 1893.
31. **Courtois-Suffit.** Tabes et paralysie générale. Gaz. des hôp, 1893. Nr. 6.
32. **Lewin.** Syphilitischer Tabetiker mit Geschwülsten der Zungenwurzel und des Kehlkopfes. Berliner laryngol. Gesellschaft. 24. April 1891. Deutsche med. Wochenschr. 1892. Nr. 14, p. 316.
33. **Dinkler.** Ein Fall von syphilitischer Tabes. X. Wanderversammlung südwestdeutscher Neurolog. und Irrenärzte. 28. Mai 1892.
34. **Pauly.** Observation de tabes syphilit. précoce. Lyon méd. 1892. 12. Juni.
35. **Rivington, Walter.** Fracture in connexion with tabes dorsalis, syphilis and paraplegia. Royal medic. and surg. society. The Lancet. 4. März 1893.
36. **Fournier.** Gangrène foudroyante d'un membre inférieur au cours d'une ataxie locomotrice. Le Mercredi médical. 1893. XXVIII.
37. **Déjerine.** Atrophie musculaire des ataxiques; syphilis médullaire précoce. Annales de médecine. 9. März 1892, p. 73. Ref. im Journ. des mal. cut. et syph. 1892. Nr. 5, p. 254.

38. **Marrin.** Specific lesion. The Medico-chirurgic. Soc. of Louisville. 25. Nov. 1892. The Medic. and surgic. Reporter. 31. Dec. 1892. Vol. LXVII. Nr. 27.
39. **Friedmann, M.** Ueber recidivirende (wahrscheinlich luetische) sogen. spastische Spinalparalyse im Kindesalter. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. Bd. III. Heft 1—3.
40. **Sidney Kuh.** Die Paralysis spinalis syphilitica (Erb) und verwandte Krankheitsformen. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. Bd. III. Nr. 6.
41. **Glorieuse.** Un cas de paralysie spinale syphilitique. Annal. de la polielin. de Paris. 1893. Nr. 8, p. 267.
42. **Baulloche.** Contribution à l'étude des par aplegies d'orgine syphilitique. Ann. de dermat. et de syphiligr. 1891, p. 753.
43. **Richter.** Meningitis spinalis syphilitica bei einem Paralytiker. Berl. Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. 9. Januar 1893. Neurolog. Centralbl. 1893. Nr. 3, p. 111.
44. **Raymond.** Sur quelques cas d'atrophie musculaire à marche progressive chez les syphilitiques. Relations éventuelles de la syphilis avec l'évolution de la maladie. Méningo-myélite vasculaire diffuse constatée à l'autopsie dans un des cas. La Méd. moderne. IV. 10. 4. Feb. 1893.
45. **Unthoff.** Ueber die Augenstörungen bei Hirnsyphilis. Vortrag, geh. in der XII. Versamml. der ophthalmolog. Gesellschaft zu Heidelberg. 1892. Ref. im Centralbl. für Augenheilkunde. Supplementb. zu 1892.
46. **Dalichow, A.** Die Aetiologie und ätiolog. Diagnostik der Oculomotoriusparalyse mit Berücksichtigung der patholog. Anatomie. Zwei neue Fälle einseitiger, isolirter, localer Oculomotoriusparalyse. Zeitschrift f. klin. Medicin. 1893. Bd. 22, Heft 4 und 5.
47. **Froehlich, Conrad.** Die Syphilis des Auges. Der ärztl. Prakt. 1892. 31.
48. **Parker.** Interesting manifestations of Syphilis in the Eye and Throat: Ulcers of the epiglottis, strabismus and Paralysis of Ocular Muscles. Medical News. 29. April 1893.
49. **Hippel.** Ueber Keratitis parenchymatosa. Verhandlungen des naturhistor. Vereins zu Heidelberg. Centralblatt für prakt. Augenheilkunde. 1893. Juni p. 174.
50. **Panas.** Sur les nodules de l'iris. Syphilis ou tuberculose. Journ. de méd. et de chir. prat. 10. Mai 1893, p. 335.
51. **Wadziusky, P. J.** Ein Fall von gummöser Geschwulst der Sclera. Wjestnik oftalmologii. 1892. Nov.-Dec. Ref. im Centralbl. für prakt. Augenheilkunde. 1893. Febr., p. 60.
52. **Samelson.** Du glaucome syphilitique. Progr. médic. 20. 1893.
53. **Hirschberg, J.** Grünsehen auf einem Auge. Centralblatt für prakt. Augenheilkunde. 1893. IV. p. 110.
54. **Charagac.** Otitis interna syphilitica. Revue de laryngol. et d'otologie. 15. Juni 1892.

55. **Toeplitz.** Clinical contribution to the study of aural syphilis. The New-York medical journal. Vol. LVIII. Nr. 15. 7. Oct. 1893.

(1) Fournier weist auf die Häufigkeit der syphilitischen Neurasthenie hin und auf die differentielle Diagnose zwischen ihr und der Hirn- und Rückenmarkssyphilis. Das Fehlen aller organischen Läsionen und die Mannigfaltigkeit und Unbestimmtheit der rein subjectiven Symptome lassen diese Erkrankung von der Tabes und von der Paralyse unterscheiden. Andererseits trifft man sie oft bei Syphilis und dass dies keine zufällige Coincidenz ist, beweisen folgende Punkte: 1. Die Neurasthenie zeigt sich oft während eines syphilitischen Exanthems. 2. Eine andere Aetiologie als die Syphilis fehlt oft. 3. Diese Neurasthenie ist bei der Syphilis sehr häufig. 4. Die Syphilis als Infektionskrankheit ist wohl dazu angethan, eine Neurasthenie hervorzubringen; sie übt manchmal einen beträchtlichen psychischen Einfluss aus. Unter 3429 Syphilitischen hatte Fournier 787 Fälle mit Symptomen von Seiten der Haut, 1085 mit Symptomen von Seite des Nervensystems.

Raff.

(2) Der von Fournier vorgestellte Patient zeigte drei Monate nach der Infection mit Lues das typische Bild einer Hysterie. Nach einigen leichten Vorboten trat plötzlich über Nacht eine linksseitige Hemiparese ein, welche bald nach specifischer Behandlung wieder verschwand. Kurze Zeit darauf zeigten sich bei ihm reichliche Plaques muqueuses, und gleichzeitig trat auch die Hysterie wieder auf, die auch diesmal in häufigen, unaufhaltbaren, durch glänzende Gegenstände, einen Uhrdeckel, eine brennende Flamme u. s. w. verursachten Lachausbrüchen, verbunden mit heftigen Beklemmungen über die Brust, äusserten. Seit er wieder im Spital ist, tritt täglich zu einer bestimmten Stunde eine völlige Verwirrung seines Geistes ein, in welcher er schon einmal mit einem Messer einen Angriff auf einen anderen Patienten gemacht hat. Fournier steht nicht an, diese bei einem gesunden, nicht nervöbelasteten Individuum plötzlich aufgetretene Hysterie als auf syphilitischer Basis beruhend zu erklären.

Paul Neisser.

(3) Der vor 7 Jahren syphilitisch inficirte Patient Regnier's erkrankte unter den untrüglichsten Anzeichen der Hysterie mit Erbrechen, Globusgefühl, Hyperästhesien, Lach- und Weinkrämpfen, bisweilen eintretenden Sprach-, Seh- und Gehörstörungen und wurde durch Suggestion völlig geheilt. Kurze Zeit darauf erkrankte er an epileptiformen Anfällen, die auf eine specifische Behandlung verschwanden. Vortragender macht nun einen genauen Unterschied zwischen der ersten Erkrankung, die durch die Hystero-Syphilis und der zweiten, die durch eine organische Hirnsyphilis verursacht sei.

Paul Neisser.

(4) Bristowe ist der Ansicht, dass die specifischen Läsionen der erworbenen Syphilis in allen ihren Stadien ebenso wie die der congenitalen Syphilis irritative oder entzündliche Wucherungen wären, veranlasst durch die thätige Gegenwart eines specifischen, lebenden Organismus. Die Differenz in der specifischen Neigung, gewisse Gewebe zu befallen, die das secundäre und tertiäre Stadium unterscheidet, schreibt

er Veränderungen in der relativen Empfindlichkeit des Nährbodens zu, Veränderungen, die dem schützenden oder modificirenden Einflusse zu verdanken sind, den frühere Stadien in den Geweben hinterlassen haben. Bei der hereditären Syphilis wirkt zwar dieselbe Ursache, aber die Differenz in der Vulnerabilität der foetalen Gewebe verglichen mit denen des Erwachsenen und das Dazwischentreten jener sich entwickelnden Veränderungen, die im frühen Lebensalter vor sich gehen, geben ein anderes Bild. Bristowe glaubt, dass jedes Gewebe, das der Sitz eines activen, syphilitischen Processes ist, die Infection anderen übermitteln kann und bringt Fälle zur Unterstützung der Meinung herbei, dass viscerele Läsionen des tertiären Stadiums unter Bedingungen, die eine Contagion möglich machen, infectiös sein können. Verf. bespricht nun die syphilitischen Erkrankungen des Centralnervensystems in 3 Hauptabtheilungen, nämlich 1. Erkrankungen der Blutgefässe, 2. Gummata, 3. entzündliche Infiltration der Gewebe.

Bei der syphilitischen Erkrankung der Arterien bespricht Verfasser die bekannten Veränderungen der Arterienwandungen und schildert deren Folgen an geeigneten Fällen. Während aber allgemein angenommen war, dass nach der Verlegung einer Cerebralarterie das von ihr versorgte Gebiet der Erweichung anheimfiele, der Sitz einer Hämorrhagie werden könnte und, wofern es nicht ein sehr kleines Gebiet wäre, niemals wieder hergestellt würde, gibt Verf. Ausnahmen davon an. Von diesen ist namentlich ein Fall bemerkenswerth, bei dem trotz ausgedehnter Obliteration beider Art. carotides communes und Art. basillares, keine Erweichung bestand. Ferner tritt umgekehrt oft Erweichung in Gegenden ein, deren zuführende Arterien gesund zu sein scheinen. Es ist offenbar, dass die nutritiven Störungen hier weniger durch Erkrankung der grösseren als der kleineren Gefässe herbeigeführt sind, die zu dem afficirten Bezirk führen und sich in ihm verzweigen. Auf die syphilitischen Erkrankungen der Venen hat man wenig geachtet. Hutchinson hat eine kurze Darstellung der Periphlebitis als einer Folge der Syphilis gegeben, und der Vortragende hat einige Male diese Affection gefunden. Die cerebralen venösen Sinus waren oft bei dem Vorschreiten der gummösen Erkrankung der Dura mater mit ergriffen; in einem Falle war der Sinus cavernosus derartig erkrankt und verschlossen.

Gummata, die von Stecknadelkopfgrösse bis zu der eines Taubeneies wechseln können, entwickeln sich hauptsächlich von der Dura mater oder den anderen Hirnhäuten aus, können später in der Gehirnsubstanz ausgebreitet sein, die Nerven befallen und den venösen Sinus und sogar die Arterien mit einbegreifen. Bei ihrem Entstehen und Fortschreiten verbinden sie sich gern mit einem Process, der einer gewöhnlichen Entzündung mit Exsudation um das Gumma gleicht, und Verdickung und Adhäsionen der Häute hervorruft und Infiltration des benachbarten, nervösen Gewebes. Dieser Entzündungsprocess ist höchst wahrscheinlich meistens, wenn nicht immer, specifischer Natur. Bristowe gibt 7 interessante Fälle, von denen besonders einer die Schwierigkeit der Diagnose

gut illustriert. Es handelte sich um eine 49jährige, verheiratete Frau, die seit 7 Jahren taub war. Das erste Anzeichen ihrer tödtlich endenden Erkrankung war März 1884 Schwierigkeit beim Schlucken. Im Juni fand Dr. Semon Paralyse der Abductoren des linken Stimmbandes. Man stellte die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf eine intrathoracale Erkrankung. Im Juli konnte sie das linke Auge nicht mehr öffnen und innerhalb der nächsten 3 Wochen dehnte sich die Erkrankung rapide über die Gehirnnerven aus, so dass am Ende dieser Periode bestand: Vollständige Ptoſis links, beiderseitiges Schielen nach innen, Corneal-Nebulae, Schwäche der Empfindung im Vertheilungsbezirk des linken Quintus, Schwäche des linken Musc. temporalis und Masseter mit Verschiebung des Kinns nach links, wenn der Mund weit geöffnet war. Abschwächung der Geruchsempfindung in der linken Nase und des Geschmackes auf der linken Hälfte der Zunge; Paralyse, hauptsächlich der Abductoren, des linken Stimmbandes; heisere Stimme; erschwertes Schlucken. Schwindel und Schmerzen in der Scheitelgegend und der linken Gesichtshälfte. Später wurden Paralyse der linken Hälfte des weichen Gaumens, Anaesthesie der linken Zungenhälfte und der linken Hälfte des Mundes und Rachens und abgeschwächte Sensibilität der Epiglottis und des Larynx, hauptsächlich links, notirt. Nach vorübergehender Besserung traten im November 3 Ohnmachtsanfälle auf und danach bildete sich das alte Bild wieder aus, bis am 31. Januar 1885 der Tod eintrat. Bei der Section fand sich starke Verdickung der Dura mater über der mittleren Schädelgrube, über der Sella turcica und über den Process basilar. An der linken Seite war der Knochen erodirt. Der 3., 4., 5. und 6. Nerv lagen in der Verdickung eingebettet, links war der Process weiter vorgeschritten, so dass man hier die Nerven nur mühsam erkennen und verfolgen konnte. Der Vagus, Glosso-pharyngeus und der Accessorius an seiner Vereinigung mit dem Vagus waren links in eine feste, fibröse Masse eingebettet, weniger rechts. Der linke Sinus cavernosus war verschlossen. Die Nerven in den Orbitae gesund; ebenso Pia mater und Gefäße und Substanz von Gehirn und Rückenmark. Im äusseren und unteren Theile des rechten Oberlappens der Lunge ein erweichtes Gumma. Keine Tuberculose daselbst.

Bristowe beobachtete, dass echte Gummata im Gehirn sich gern umgeben mit oder eingebettet liegen in Narbengewebe, das man nicht von jenem unterscheiden kann, das aus einfachen, nicht specifischen Entzündungen hervorgeht. Solche Narbenzüge können oft das einzige Anzeichen der Syphilis sein. Auch hierfür führte er Beispiele an. Dann geht der Vortragende auf die Schwierigkeit der Differentialdiagnose zwischen den Symptomen ein, die durch Syphilis der Cerebralarterien, intracranielle Gummata und specifische Entzündung der Häute oder der Gehirnsubstanz hervorgerufen werden. Gefässverschlüssung aus anderen Ursachen erzeugt plötzliche Paralyse, während das Wachsthum eines Tumors längere oder kürzere Zeit Anzeichen macht. Bei allen syphilitischen Gefässverschlüssungen aber setzen die Symptome allmählig ein, während in einer nicht unbeträchtlichen Anzahl syphilitischer Gehirntumoren keine

wahrnehmbaren Symptome erzeugt werden, bis der Patient plötzlich von einem epileptischen Anfall oder irgend einer anderen Attaque ergriffen wird. Andererseits muss man im Auge behalten, dass Arteritis, Gummata und Pachymeningitis sich auch gleichzeitig entwickeln können. Gummata und Pachymeningitis treten hauptsächlich an der Basis auf und ergreifen auch die Gehirnnerven; letzteres geschieht progressiv. Man darf auch nicht vergessen, dass die syphilitische Gefässverschlüssung jede beliebige Gehirnarterie befallen, dass folglich auch Erweichung des Pons oder der Crura cerebri auftreten kann und nebst stärkerer oder schwächerer Hemiplegie die Erkrankung einiger Nerven, so dass der Zustand jenem gleichen kann, der eine Folge basaler Gummata ist. Für die Behandlung ist die differentielle Diagnose nicht von grosser Wichtigkeit. Im Wirbelcanale können dieselben Erkrankungen wie im Schädel auftreten. Ueber syphilitische Nerven-Erkrankungen ausserhalb des Gehirnes und Rückenmarkes hat Verf. keine Erfahrungen; nimmt aber an, dass die Nerven an jeder Stelle ihres peripheren Verlaufes nicht nur von syphilitischen Läsionen der Nachbarschaft mit ergriffen werden können, sondern auch selbst den Sitz gummöser Infiltration von beschränkter Ausdehnung abgeben. Solche Fälle sind beschrieben worden und sind wahrscheinlich nicht ganz selten. Localisirte Anaesthesie, Neuralgie oder Paralyse bei Syphilitikern müssen den Argwohn erregen, als ob sie auf degenerativer Neuritis syphilitischen Ursprungs beruhten und müssen dementsprechend behandelt werden. Symmetrische periphere Neuritis, die bei einem Syphilitiker auftritt, kann Verf. nicht als syphilitischen Ursprungs anerkennen.

Sternthal.

(5) Der weitaus grösste Theil der Arbeit Kowalewski's beschäftigt sich naturgemäss mit der Frage nach dem Zusammenhange zwischen der progressiven Paralyse und der Syphilis, während den Betrachtungen über die Syphilis als ätiologisches Moment für die übrigen Geisteskrankheiten nur ein kleiner Raum gewidmet ist. Auch beschränkt sich K. in diesem Theile fast ausschliesslich darauf, referirend eine ausführliche Literaturzusammenstellung zu geben, der er einzelne eigene Beobachtungen einreicht.

(Es gibt keine Psychose, die nicht im Gefolge der Syphilis auftreten könnte. Es wird naturgemäss wie bei sehr vielen Visceralerkrankungen, bei denen wir einen Zusammenhang mit der Syphilis anzunehmen geneigt sind, ohne ihn durch pathologisch-anatomische Befunde oder sonst beweisen zu können, auch hier sehr schwer sein nachzuweisen, ob die Syphilis wirklich für den Ausbruch resp. das Zustandekommen der Psychose verantwortlich zu machen ist, oder ob nur zufällig bei einem syphilitischen Individuum eine Psychose entsteht. D. Ref.) Diese Schwierigkeit existirt für K. nicht, da er ein absolut sicheres Unterscheidungsmerkmal gefunden zu haben glaubt. Es haben sowohl die in der Literatur mitgetheilten Fälle wie auch eigene Beobachtungen ihm gezeigt, dass den syph. Psychosen ein bestimmter Charakterzug anhaftet, der sich bei allen Formen syphilit. Geisteskrankheiten wieder findet; es ist das die bald mehr, bald minder ausgesprochene Dementia. Alle Psychosen der Hirnsy-

philis tragen einen starken Zug von dementer Fassungsunfähigkeit, Gedankenlosigkeit, Erinnerungsdefecten, Unsauberkeit etc. Dies ist der Fall bei der syphil. Melancholie und Hypochondrie, welche letztere sich ganz besonders häufig unter dem Bilde der Syphilidophobie zeigt. Dies ist der Fall bei der häufiger als die syph. Melancholie vorkommenden syphil. Manie, die als reine Form der Manie daher nur sehr selten vorkommt, weil sich mit dem maniakal. Zustand immer auch die Amentia verbindet. In der Dementia der syphilitischen Psychosen liegt der Grund für das seltene Vorkommen der syphilit. Paranoia, weil das logische Delirium, das die Paranoia darstellt, durch die Symptome von Schwachsinn und Amentia gestört wird. Viel häufiger dagegen findet sich die Amentia bei Syphilis und es sind die spärlichen Angaben darüber in der Literatur nur darauf zurückzuführen, dass das Krankheitsbild der Amentia ein verhältnissmässig noch junges ist. K. citirt aus der Arbeit von Lebedoff eine sehr interessante, hierher gehörige Krankengeschichte. Dass der Idiotismus anscheinend so selten als Folge hereditärer Syphilis auftritt, liegt ausser an der grossen Sterblichkeit hereditär syphilit. Kinder auch daran, dass man nur die reine Hirnsyphilis in Gestalt syphilit. Cachexie oder Dyskrasie als ätiologisches Moment für den Idiotismus betrachtet. Es gehören aber hierher alle Fälle, in denen hereditäre Syphilis in früher Kindheit Eclampsie, Hydrocephalus, Epilepsie, Meningitis hervorruft, welche ihrerseits Anhalten der intellectuellen Entwicklung und nachfolgenden Idiotismus im Gefolge haben.

Was nun die Frage über den Zusammenhang zwischen Syphilis und progressiver Paralyse anlangt, so steht K. auf dem Standpunkte, dass die Syphilis eines der wichtigsten der Momente ist, welche die progressive Paralyse veranlassen, aber nicht das einzige. Er kennt keinen einzigen Fall, den nur die Syphilis verursacht hätte. „Syphilitiker gibt es sehr viele; Paralytiker werden von ihnen nur diejenigen, welche dazu eine persönliche Neigung haben.“ Er theilt alle Fälle der progr. Paralyse in ihrer Beziehung zur Lues in 4 Gruppen: 1. Fälle von progr. Paralyse ohne jede Beziehung zur Syphilis. 2. Fälle progressiver Paralyse, welche während des Lebens der Kranken gar keine Beziehungen zur Syphilis zu haben scheinen, doch aber bei der Section auf Hirnlues hinweisen. 3. Fälle von progr. Paralyse mit Syphilis in der Anamnese, die aber doch ihren Ursprung andern Ursachen verdanken. 4. Fälle progr. Paralyse, welche durch Syphilis verursacht sind.

Der V. theilt alle Fälle der allgem. progr. Paralyse dem klin. Bilde nach in 3 Gruppen: Die acute progr. Paralyse, die chron. progr. Paralyse und die Dementia paralytica. Sehr ausführlich beschreibt der V. die einzelnen Formen immer mit besonderer Berücksichtigung derjenigen Züge, die ihren Ursprung in der Syphilis nehmen.

Was die acute progr. Paralyse anlangt, so verlaufen die unter Einwirkung von Hirnlues sich entwickelnden Fälle ungewöhnlich stürmisch mit ausgesprochenem Grössenwahn und charakteristischen motor. Störungen.

Der V. führt sehr interessante Fälle an, die in Genesung ausgingen in Folge von Behandlung mit Jod, Hg., Schwefelbädern und Elektrizität.

Bei der chron. progr. Paralyse unterscheidet der Verf. zwischen typischer progr. Paralyse, die sehr oft durch Syphilis — und atypischer, die stets durch Syphilis hervorgerufen ist (Pseudoparalyse). Bei der letzteren sind stets anamnestisch Erscheinungen von Hirnlues zu verzeichnen, die oft viele Jahre zurückgehen: Kopfschmerz, hartnäckige Schlaflosigkeit, Uebelkeit, transitorische Lähmungen, epileptiforme Anfälle etc. Im Verlaufe der Pseudoparalyse fällt wiederum das Vorwiegen der Demenzercheinungen auf.

Drittens die Dement. paralyt. syphil. primaria (im Gegensatze zu der sich aus primären syphilitischen Psychosen und Neurosen entwickelnden Dement) zeigt alle Erscheinungen der Pseudoparalyse aber viel schwächer ausgeprägt. Die intellektuelle Activität dieser Kranken ist tief alterirt, die paretischen und Wahnerscheinungen viel weniger intensiv als bei der Pseudoparalyse. Diese Form trifft man gewöhnlich in den niederen Classen bei ungebildeten, unentwickelten, etwas stumpfen Individuen.

Zum Schlusse erwähnt K. noch die Syphilis maligna praecox nervosa (Fournier). Hierher gehörige Fälle treten sehr früh in der Periode der secundären Erscheinungen auf, verlaufen meist sehr stürmisch und oft letal.

Lasch.

(6) Unter 320 an Erkrankungen des Centralnervensystems incl. Psychosen leidenden Männern fand O e b e r 72, bei denen in der Anamnese Syphilis und zwar fast in allen Fällen mit secundären Symptomen festgestellt wurde. Unter den 320 Patienten waren 70 Paralytiker und unter diesen 40, d. h. 57½% mit syphilitischer Nervenerkrankung. Der Verfasser veröffentlicht dann recht ausführlich zwei sehr interessante Krankengeschichten, die im Originale nachgelesen werden müssen und hier nur in kurzem Resumé wiedergegeben werden können. I. Fall. Kräftiger, hereditär in keiner Weise krankhaft belasteter Mann acquirirt eine Lues, die in den letzten 2 Jahren wegen häufiger recidivirender Symptome wiederholt mit Hg und Jod behandelt wurde. In den nächsten Jahren häufigere Knochenaufreibungen, die auf Jodgebrauch stets bald zurückgingen. 10 Jahre post infect. die ersten krankhaften Symptome von Seiten des Gehirns: Schwindel, Ohnmacht, Reizbarkeit, Gedächtnisschwäche. Darauf Kur in Baden. Inunctionskur 100 Einreibungen à 5·0 gr., Besserung. 7 Monate später erster apoplect. Anfall, im Anschluss an den ein ziemlich schneller geistiger und körperlicher Verfall eintritt. Nach 4 Monaten ein zweiter Anfall. Die somatischen Erscheinungen bilden sich überraschend günstig fast vollkommen zurück; während der psychische Verfall weiter geht und allmählig zur vollständigen Verblödung führt. 15 Jahre nach dem Auftritt der ersten cerebralen Krankheitssymptome tritt der Exitus letalis ein und die Section ergibt: Verdickung und Verwachsung der Dura mit der Schädelhöhle, Verdickung und Trübung der Pia und Verwachsung derselben mit der Hirnrinde, Atrophie der Gehirnwindungen, bes. der vorderen Theile, Gehirngewicht 1096 gr., d. h.

Veränderungen, wie sie zum Theile der progressiven Paralyse eigen sind, und ausserdem befremdlicher Weise ziemlich tief gehende Veränderungen des Rückenmarks, die intra vitam nur zu sehr geringen functionellen Störungen geführt hatten. II. Fall: Gesunder, geistig gut beanlagter Mann, frei von erblicher Belastung, inficirt sich im Jahre 1866; in den ersten 2 Jahren Rachengeschwüre, Paronychien, pustulöses Exanthem, Rupia; daher wiederholte Kuren mit Hg und Jod. 1869 im August ein apoplect. Anfall mit Lähmungserscheinungen, die fast zurückgegangen waren, als er im October 1869 einen zweiten Anfall bekam, der eine dauernde rechtsseitige Hemiplegie und eine schwere Schädigung der psychischen Kräfte — so dass der Patient zeitweilig als „blödsinnig“ erschien — zur Folge hatte. Unter wiederholten Schwankungen des geistigen Befindens, die interessanter Weise Hand in Hand mit immer recidivirenden Eruptionen eines syphilit. Ausschlages am Kopfe einhergehen und nach Jodkaliumgebrauch mit dem Ausschlage gleichzeitig besser werden, tritt allmählig eine grössere geistige Klarheit ein, so dass Patient bis auf die bestehen gebliebenen Lähmungserscheinungen und eine Gedächtnisschwäche für Namen als wieder hergestellt gelten konnte. Der Exitus erfolgte im Jahre 1881 an einer Pneumonie. Im zweiten Theile der Arbeit bespricht der Verfasser den Zusammenhang zwischen syphilit. Infection und Psychosen, excl. der Dementia paralyt. Dabei constatirt er, dass von den nicht syphilitischen Kranken 35% in völlige Genesung übergingen, während bei den syphilitischen eine Heilung nur in 15% der Fälle erzielt wurde. Dreimal beobachtete Oebeke während der specifischen Behandlung das Auftreten resp. eine wesentliche Verschlimmerung der Psychose. Als ein dieses auffallende Verhältniss von 15%:35% der Geheilten, je nachdem ob sie syphilitisch waren oder nicht, vielleicht erklärendes Moment, erwähnt der Verfasser die Annahme der post-syphilitischen Degeneration des Centralnervensystems. Lasch.

(7) Zwei Fälle von Gehirnerkrankung auf der Basis frühererluetischer Infectionen berichtet Hags. Beide Fälle weisen ein langes Stadium der Latenz auf, in dem ersten Falle 20, im zweiten 24 Jahre; beide haben nur sehr geringe Frühererscheinungen gehabt und sind in Folge dessen sehr unzureichend behandelt worden. In beiden Fällen handelt es sich um linksseitige Hemiplegien, die durch Jodkalium fast zur Restitutio ad integrum gebracht wurden. Im Anschluss an diese Beobachtungen betont der Verfasser, dass das Quecksilber, welches für die Frühererscheinungen der Syphilis unbedingt anzuwenden sei, für die sogenannten tertiären Erscheinungen nur in zweiter Reihe neben dem für diese Fälle souveränen Mittel, dem Jod, in Betracht komme. Zum Schlusse erinnert Hags noch daran, dass eine verständige, lang fortgesetzte Hg-Behandlung des Frühstadiums vielleicht das Auftreten tertiärer Erscheinungen verhindere. Lasch.

(8) Corminas theilt zwei Fälle von Hirnsyphilis mit, die einiges Interesse haben. In dem ersten Falle handelt es sich um einen Patienten, welcher zehn Jahre nach der Infection an heftigen Kopfschmerzen und Aphasie erkrankte. Unter combinirter Behandlung verschwand nach

10 Tagen die Aphasie, und bald darauf gab Patient die Behandlung auf. 1 1/2 Jahre später wurde Patient plötzlich von tiefem Coma befallen. Unter Sublimatinjectionen und grossen Dosen Jodkali erholte sich Patient allmählig und ist bis jetzt gesund. In dem zweiten Falle traten bald nach der Infection alle ein bis zwei Monate epileptiforme Anfälle auf, während in den Intervallen häufige convulsive Zuckungen des Gesichtes mit leichter Verwirrung des Sensoriums beobachtet wurden. Verfasser will dreimal einige Stunden vor dem Auftreten der Anfälle eine bedeutende, mit Schmerzhaftigkeit verbundene Anschwellung der Inguinaldrüsen beobachtet haben. Unter combinirter Behandlung trat eine leichte Besserung, keine Heilung ein.

Paul Neisser.

(9) Bernheim stellte in der medicinischen Gesellschaft zu Nancy einen Fall von Jackson'scher Epilepsie auf syphilitischer Grundlage vor, welche zuerst durch eine specifische Behandlung geheilt wurde, dann aber recidivirte, und zwar unter dem Einfluss einer Ursache „purement morale“; diese zweite sehr beunruhigende Attaque ging nach einem mehrwöchentlichen Hospitalaufenthalte ohne Weiteres zurück. Bernheim schliesst aus diesem und aus ähnlichen Fällen, dass psychische Erregungen bei Individuen, die eine frühere ausgeheilte Gehirnläsion haben, sich an der Stelle der letzteren gleichsam localisiren, aber im Gegensatz zu ihnen spontan ausheilen können.

Jadassohn.

(10) Nachdem die 58jährige Patientin Pagazza's einige Zeit an Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Schwindel und Ohrensausen gelitten hatte, erkrankte sie plötzlich unter epileptiformen Anfällen, Sprachstörung, Somnolenz, Verlust des Bewusstseins. Es zeigte sich eine Lähmung des rechten Oculomotorius, Ptosis, Diplopie, Strabismus. Unter specifischer Behandlung völlige Heilung.

Paul Neisser.

(11) Hergott berichtet drei Fälle von cerebraler Lues, von denen der erste täglich epileptische Anfälle, der zweite eine Lähmung eines Armes hatte, während der dritte das Bild einer typischen Paralyse darbot. Alle drei wurden unter Jodkaligebrauch und Schmierkur geheilt, wobei Vortragender besonderen Werth auf die erhöhte Zimmertemperatur und das nicht gestattete Wechseln der Wäsche während der ganzen Kur legt. (!)

Paul Neisser.

(12) Francescos Patient litt zuerst 4 Monate nach der Infection an heftigen Kopfschmerzen in der Stirngegend; dann plötzlich epileptiformer Anfall. Besserung durch Hg. Dann Schwindel, wieder epileptiformer Insult, dem sich rechtsseitige Paralyse und Aphasie anschloss. Wieder Besserung durch Hg, wieder heftige Kopfschmerzen, Aphasie, linksseitige Paralyse. In der Epikrise bespricht Francesco die Möglichkeit des Auftretens visceraler Symptome in der Frühperiode; meint dass solche Anfälle häufiger durch Periostitiden ausgelöst werden (daher besser „Syphilis cranica“, als „cerebralis“); erklärt die Recidive durch zu frühzeitiges Aussetzen der Behandlung vor vollständiger Beseitigung der Krankheitssymptome.

Jadassohn.

(13) (Brousse.) Es handelt sich um eine 22jährige Puella publ., die vor 5 Jahren mit Lues inficirt wurde. Im Februar 1893 trat eine linksseitige Hemiplegie auf; die Lähmungserscheinungen waren in Folge der eingeleiteten antiluetischen Behandlung im Zurückgehen, als in den letzten Tagen des April rechtsseitige Krämpfe auftraten. Am 2. Mai Pneumonie, Tod. Bei der Nekroskopie fand sich eine Arteriitis der Art. foss. Sylv. mit einem grossen Erweichungsherd im Centr. semiovale, der die vorderen  $\frac{2}{3}$  des Nucl. caudat. und lentiformis und die Caps. intern. betraf. Ausserdem 2 kleinere centrale Erweichungsherde, welche vielleicht die Ursache der letzten Krampfanfälle waren. Die Hemiplegie war bedingt durch die Arteriitis der Art. foss. Sylv. mit theilweiser Verlegung des Arterienlumens und der Erweichung des von ihr ernährten Bereiches. Lasch.

(14) Der Fall Brasch's betrifft einen 49 Jahre alten Tischler, welcher 1870 ein Ulcus durum acquirirte, secundäre Erscheinungen bekam und specifisch behandelt wurde. Seine Frau abortirte 4mal. Er selbst erkrankte 1889 an Schwäche und Schmerzen in den Beinen, Dysurie, Incont. urin., Obstipation, Impotenz. Im März 1890 wird poliklinisch Tabes diagnosticirt (schwankender Gang, Ataxie, Romberg, Analgesie, Westphal'sches Zeichen, Incont. urin.). Kurz darauf tritt ein Zustand von Verwirrtheit ein, der zu allerlei verkehrten Handlungen führt, und Patient wird Anfang April in die Klinik gebracht. Hier bleibt er unklar und unorientirt; ausser den obengenannten Symptomen wird noch Silbenstolpern und Pupillendifferenz notirt. Unter zunehmender Unruhe und sich bis zum Sopor steigender Bewusstseinsstörung stirbt Patient nach 12 Tagen. Zuletzt Fieber und Rasseln auf beiden Lungen. Die Diagnose war auf tabische Paralyse gestellt, die Section ergab Entzündung der harten und weichen Rückenmarkshäute, Hyperämie des Rückenmarks, Gummata im rechten und linken Temporalappen, in letzterem noch einen Erweichungsherd, eine Blutung in der Brückenhaube, ausserdem noch zahlreiche encephalomalakische Herde im Hirn, diffuse und systemlose Degenerationen in allen Fasersystemen des Rückenmarks, nur die Erkrankung der Hinterstränge im unteren Dorsal- und Lendenmark erinnert an die Befunde bei Tabes. Die Pialveränderungen und Gefässerkrankungen im Hirn und Rückenmark sind die typischen von Heubner als luetisch beschrieben. Auffallend war das Freibleiben des sonst von der Syphilis bevorzugten Basalthells am Gehirn, in dessen Rinde aber andererseits auch der von Tuczek bei Paralytikern beschriebene Schwund der feinen Fasern vermisst wurde. Der Fall ist deshalb als Syphilis des Centralnervensystems aufzufassen und täuschte nur im Verlauf eine Paralyse vor. Als merkwürdig hervorzuheben ist noch ein Befund in der Intima der linken Arteria vertebr. Dort wich das Bild, welches das Mikroskop nach vorgängiger Färbung der Schnitte lieferte, von den Heubner'schen Befunden insofern ab, als die Intima kleine Tumoren beherbergte, welche den Farbstoff (Hämatoxylin) begierig aufnahmen und ganz opak wurden; im ungefärbten Zustand stellte sich der Rand der Neubildung als kernloses, fibrilläres Gewebe dar, das Centrum zeigte eine concentrische Anordnung von Fasern, nirgends waren Rundzellen anzu-

treffen. Diese Befunde weichen also erheblich von den klassischenluetischen Arterienkrankungen ab, sind aber wohl der Syphilis beizuzählen, da nicht ersichtlich ist, welch anderer Art sie sein sollten bei einem Falle, der im Uebrigen alle Kriterien einer syphilitischen Erkrankung darbot. Die beigegebenen Abbildungen sind für die Erkennung der Intimastructur (Fig. 9 A) leider nicht genügend instructiv ausgefallen. (Autoreferat).

(15) Commandeur bringt die Krankengeschichte eines Falles von doppelseitiger Facialisparese, resp. Paralyse, der ausser durch andere nervöse Störungen (Herabsetzung der Gehörsschärfe und der Empfindlichkeit des Pharynx, Pupillenungleichheit und Intercostalneuralgie) durch eine (schon vorher bestehende? Ref.) hochgradige Tachykardie complicirt war. Der Kranke, der eine heftige Erkältung als Ursache angab, hatte eine frische Syphilis acquirirt. Koch.

(16) Der Patient Le Boeuf's, 57 Jahre alt, war plötzlich unter Schmerzen in der Schultergegend an einer Parese beider Beine erkrankt. Weiterhin lancinirende Schmerzen in den Armen, mit leichter Atrophie des Thenar; Ungleichheit der Pupillen (ohne Störung ihrer Reactionsfähigkeit) und Parese der linken Facialis. Schmerz oder Deformität an der Wirbelsäule fehlen. Tod an Pneumonie. Bei der Autopsie fand sich in der Höhe der 3 untersten Hals- und des obersten Brustwirbels ein cariöses Gewebe, in dessen Mitte ein grosser annulärer Tumor lag. Im Rückenmark selbst scleröse Herde und Ectasie des Centralcanals. Aus dem Fehlen der Tuberkelbacillen erschliesst der Verfasser dieluetische Natur des Leidens. Jadassohn.

(17) Charcot scheidet die Tabes und Paralyse streng von den eigentlichen syphilitischen Erkrankungen der nervösen Centralorgane. Was speciell die weniger bekannten spinalen Formen der letzteren anlangt, so treten sie je nach der Localisation des Processes am häufigsten auf unter dem Bilde einer Myelitis transversa, eventuell mit vorwiegend spastisch-paralytischen Symptomen, seltener unter dem einer Brown-Séquard'schen Halbseitenlähmung oder einer Tabes. Ein diagnostisch und prognostisch wichtiges Symptom ist bisher wenig oder gar nicht beachtet, nämlich die in die Schultern und Seiten ausstrahlenden Schmerzen im Verlauf der Wirbelsäule, die zu bestimmten Zeiten, meist des Nachts, auftreten und völlig den der Hirnlues so häufig vorausgehenden Kopfschmerzen entsprechen. Sie sind auf eine Alteration der Meningen zu beziehen und als sichere Vorboten der Zerstörung der Nervensubstanz selbst anzusehen. Charcot hat in letzter Zeit drei derartige Fälle beobachtet, in denen nach vierwöchentlichen heftigen nächtlichen Schmerzen in der Wirbelsäule sich der Symptomencomplex einer spastischen Spinalparalyse resp. Parese ausbildete. In einem vierten von Lamy beobachteten Fall wurde eine energische antiluetische Cur eingeleitet und das Eintreten von Lähmungserscheinungen noch rechtzeitig verhindert. Koch.

(18) Der 26jährige Patient Lamy's, welcher 1 Jahr post infectionem an acut einsetzender, zuerst schlaffer, dann spastischer Paralyse mit Blasenlähmung erkrankte, starb an den Folgen eines rapid fortschreitenden

Decubitus (Erysipel). Es fand sich im oberen Brustmark eine diffuse Sclerose der weissen Substanz, die aus mehreren perivascularären Herden — der Verf. hält die Gefässveränderung für das primäre — entstanden war; überall in diesem Gebiet Periphlebitis und Periarteriitis; ausserdem ein typisches Gumma und oberhalb und unterhalb des grössten den ganzen Querschnitt des Rückenmarkes durchsetzenden Herdes kleinere Herde sowie gummöse Infiltrationen von der Pia aus; endlich intertitielle Hämorrhagien und Degenerationen der Ganglienzellen. Aufsteigende Degeneration der Goll'schen, absteigende der Pyramidenhinterstränge. Ähnliche Veränderungen in den hinteren und vorderen Wurzeln. J.

(19) Londe betont die Bedeutung des bisher wenig beachteten Symptoms nächtlicher Schmerzen im Rückgrat als Prodromalsymptom schwerer Rückenmarkserkrankungen Syphilitischer. Sein Fall ist folgender: Patient inficirte sich im Jahre 1884; er hatte damals Primäraffect, Skleradenitis, Roseola, Plaques muqueuses und wurde mit 30 Hg-Pillen behandelt. Seitdem gebrauchte er, ohne je wieder manifeste Symptome gehabt zu haben, jedes Jahr 1—2 Monate Liq. de van Swieten und 1·0 gr. Jodkalium pro die. 1890 erste Cerebralsymptome: starke Kopfschmerzen und Doppeltsehen, schnelle Heilung auf Jodgebrauch. Im Jahre 1892 wiederum Doppeltsehen, das wieder auf Jodgebrauch verschwand. Februar 1893 schnell vorübergehende Steifigkeit im rechten Arm, April 1893 im linken Arm. Im Mai 1893 traten im Rücken nächtliche Schmerzen auf, intensiv genug, um den Patienten am Schlafen zu hindern. Die Schmerzen waren localisirt etwas links von der Wirbelsäule an der Grenze des Dorsal- und Lumbalmarkes mit bisweilen in das Gebiet der letzten linken Inter-costalnerven ausstrahlenden Pseudoneuralgien. Einen Monat später bei der Aufnahme in das Hospital zeigt der Patient die ausgeprägten Symptome einer Hemiparaplegie mit gekreuzter Hemianästhesie und zwar waren die Störungen der Motilität auf der Seite der Schmerzen d. h. links. Nach Einleitung der combinirten Behandlung (Hg-Inunctionen und Jodkali 6·0 pro die) verschwanden die Schmerzen am 4. Tage. Nach 14 Tagen konnte der Patient ohne Störung gehen. Lasch.

(20) Brousse berichtet über eine mit tertiärer Lues behaftete Frau, die nach mehrfachen epileptiformen Anfällen, die unter Quecksilber und Jod eine vorübergehende Besserung erfuhren, nach Hinzutreten einer Pneumonie zugrunde ging. Bei der Obduction fand sich ausser allgemeinem Oedem der Pia eine Endarteriitis der Art. fossae Sylvii, die an verschiedenen Punkten des Gehirns zu Erweichungen geführt hatte. Die vermutheten gummösen Veränderungen im Gehirn fehlten. Koch.

(21) Der Patient Tompkin's hatte im letzten Jahre zwei unter spezifischer Behandlung schnell vorübergehende Lähmungen durchgemacht. Jetzt leidet er ausser an Gummata am rechten Arm und rechten Bein an Aphasie, heftigen Kopfschmerzen, Verlust des Gedächtnisses, Blasenlähmung. Diagnose: Gummata in cerebro. Paul Neisser.

(22) Morel-Lavallée tritt als eifriger Verfechter der ätiologischen Bedeutung der Syphilis für die allgemeine Paralyse auf. Nach

Besprechung eines statistischen Materials stellt er die Behauptung auf, dass die Dementia paralytica in Gegenden, in denen Syphilis selten ist, wie in einzelnen Theilen Englands, auch selten zur Beobachtung kommt. Es sei ferner in einer grossen Zahl von Fällen ätiologisch überhaupt nichts Anderes zu finden, was die Ursache abgeben könnte, als Syphilis. Und zwar handle es sich gewöhnlich um gutartig verlaufene Lues, so dass später irgend welche Zeichen derselben nicht mehr nachzuweisen sind. M. L. kommt zu dem Schlusse, dass die Syphilis eine geradezu elective Thätigkeit entfaltet, um neuropathologische Prädispositionen, seien sie nun angeboren oder erworben, zur Entwicklung zu bringen. Dies zeige sich bei der Tabes, in gleichem Masse oder noch mehr bei der Paralyse. Er meint hierbei nicht wie Virchow, dass gewisse metastatische Irritationen nach Heilung der Primärserscheinungen im Körper zurückbleiben, ebensowenig folgt er Hutchinson in der Annahme, dass Syphiliskeime im Körper verborgen lagern, vielmehr nimmt er an, dass zunächst ein degenerativer Process, der speciell der Syphilis eigen ist, statt hat, dass dieser aber in der weiteren Entwicklung in nichts von anderen Degenerationen abweicht. Stein.

(23) Nach der Statistik Nicoulau's war unter 128 paralytischen Frauen 27mal eine Anamnese nicht vorhanden, 21 Frauen waren hereditär disponirt, 20 waren Alkoholistinnen, 4 syphilitisch (ev. 14, wenn diejenigen dazu gerechnet werden, welche sexuell excedirt hatten). J.

(24) Kiernau hat 9 Fälle zusammengestellt, in welchen paralytische Patienten sich in Folge ihrer Krankheit einer Infection aussetzten und Syphilis acquirirten. J.

(25) Fêlliâtre hat bei 40 Paralytikern mit Sicherheit 22mal Lues in der Anamnese gefunden (12mal alkoholistische Excesse). In der Discussion bemerkte Voisin, dass er nur sehr selten syphilitische Antecedentien bei Paralytikern gefunden und trotz regelmässiger antisymphilitischer Behandlung nie Erfolge gesehen habe; auch Christian steht auf einem ganz negativen Standpunkt; Vallon legt den Hauptwerth auf den Alcoholmissbrauch, leugnet aber die Bedeutung der Syphilis nicht, und Roubinowitsch meint, dass meist mehrere Umstände zum Zustandekommen der Paralyse beitragen. J.

(26) Bei 93 Paralytikern fand Oebeke 29mal gleiche Weite, 64mal Verschiedenheit der Pupillen und zwar bei den 43 Nichtsyphilitischen 9mal gleich weite und 34mal Ungleichheit, bei den 50 Syphilitischen 20mal gleich weite und 30mal Ungleichheit, so dass die Paralyse ohne Syphilis häufiger Pupillendifferenz zeigt als die syphilitische. Dagegen fand er bei 200 an anderen Psychosen leidenden Patienten nur 4mal vorübergehend ungleich weite Pupillen mit gut erhaltener Reaction beiderseits. Er hält daher die Ungleichheit der Pupillen und reflector. Starre für ein wichtiges Symptom der Paralyse. Im Anschluss hieran bespricht er ausführlich die verschiedenen Ansichten über den Sitz des Centrums für die Pupillenbewegungen.

Unter den 53 syphilit. Paralyt. waren 15 Fälle mit Ptosis

„ „ 47 nichtsyph. „ „ 2 „ „ „

Unter den 53 syphilit. Paralyt. waren 4 Fälle mit Abducens Lähmung  
 " " 47 nichtsyph. " " — " " " "  
 Die oculomotor. Lähmung pflegte in den vom Verfasser beobachteten  
 Fällen meist schnell zu verschwinden, jedoch auch oft zu recidiviren.  
 Ferner beobachtete O. bei seinen Paralytikern Lähmungen des Facialis  
 und Hypoglossus, meist nach paralyt. Anfällen. Von den 47 Nichtsyphilit.  
 zeigten: 1 Fall Melancholie, 34 Fälle Exaltationen, 12 Fälle Demenz.;  
 von den 53 Syphilit. zeigten: 6 Fälle Melancholie, 27 Fälle Exaltationen,  
 20 Fälle Demenz, so dass Melancholie und Demenz häufiger ist bei den  
 syphilit. Paralytikern. Aus einer vergleichenden Zusammenstellung ergibt  
 sich, dass besonders die Fälle mit Exaltation (Manie, Grössenwahn)  
 Pupillendifferenz aufwiesen. Was die paralyt. Anfälle anlangt, so fand sie  
 O. bei 56% der Nichtsyphilit. und bei 30% der Syphilitiker. Remissionen  
 fanden sich bei beiden Gruppen gleich häufig. Die Krankheitsdauer  
 betrug durchschnittlich bei den Nichtsyphilit.: 2 Jahre 8½ Monate, bei  
 Syphilit. 3 Jahre 2 Monate. In Bezug auf die Häufigkeit der ein- resp.  
 doppelseitigen Starre fand O., dass doppelseitige Starre bei den Paraly-  
 tikern mit Syphilis doppelt so oft gefunden wurde als bei den Nicht-  
 syphilitikern, während umgekehrt bei diesen letzteren die einseitige Starre  
 doppelt so oft gefunden wurde. Zum Schlusse erwähnt O. die Beobachtung,  
 dass bei den syphilit. Paralytikern neben der Infection die neuropath.  
 Belastung in der Familie, Strapazen und sexuelle Excesse überwiegen,  
 während bei den Nichtsyphilitikern geistige Ueberanstrengung und Gemüths-  
 bewegungen in dem Vordergrund stehen. Lasch.

(27) Goldflam behauptet, dass für die organischen Erkrankungen  
 der Nervencentra die Syphilis die hauptsächlichste Aetiologie abgibt.  
 Und zwar tritt die Hauptzahl dieser Erkrankungen nicht, wie gewöhnlich  
 angenommen wird, im Tertiärstadium der Lues auf, vielmehr treten die  
 meisten Fälle im 1.—3. Jahre nach der Infection auf. Unter 18 vom Ver-  
 fasser beobachteten Fällen standen 9 im 1. Jahre, 4 im 2. Jahre, und  
 5 im 3. Jahre ihrer Lues. Zumeist handelt es sich um Patienten, bei  
 denen die Initialsymptome unbedeutend waren, so dass sie übersehen und  
 darum ungenügend oder gar nicht behandelt wurden. Verfasser sieht  
 von der syphilitischen Tabes völlig ab und unterscheidet 1. eine  
 Meningitis spinalis et Meningomyelitis syphilitica. Zuerst sind es die  
 Häute, die befallen werden, und in der ganzen Ausdehnung des Rücken-  
 markes gewöhnlich nur ein Abschnitt. Danach richten sich auch die  
 Symptome, die sich in nichts von der Meningitis spinalis anderen  
 Ursprungs unterscheiden. Hauptsymptom ist die Steifigkeit der Wirbel-  
 säule. 2. Myelitis dorsalis syphilitica. Wie für die erste werden auch  
 für diese 2. Hauptgruppe markante Krankheitsfälle erzählt. Während sich  
 in diesen die Krankheit allmählig entwickelt und erst durch geeignete  
 antiluetische Behandlung günstig beeinflussen lässt, gibt es noch eine  
 Anzahl von Fällen, in denen die Erkrankung die Tendenz hat, sich schnell  
 längs der Rückenmarkssäule zu verbreiten und durch Complicationen wie  
 Decubitus, Cystitis, Pyelonephritis, den Exitus herbeizuführen. Verfasser

führt für diese Erkrankungen den Namen *Myelitis acuta* ein und bringt auch hierher gehörige Krankengeschichten. Prognostisch ist die *Meningitis* günstiger; Therapie, *Mercurialsalbe*, *Jodkali* in hohen Dosen, *Bäder*.

Stein.

(28) Mourek theilt einen Fall von *circumscripiter syphilitischer* Erkrankung des Rückenmarkes mit. Der Patient, ein 34 Jahre alter Mann, hatte 1891 constitutionelle Syphilis, die mit intramuskulären Injectionen behandelt, nach 3 Monaten einen Rückfall machte (syphilit. Geschwür auf dem linken Vorderarm). Dieser Rückfall heilte ebenfalls unter Injectionen; seitdem keine Zeichen von Lues. Am 6. Febr. 1892 trat der Patient mit Gummata der Unterschenkel, einem Gumma des linken Vorderarmes und leichtem Icterus in Spitalbehandlung, und wurde einer Inunctionseur mit *Sapo hydrargyr.* Beiersdorf unterzogen. Allmählig traten während der Hospitalbehandlung Zeichen von *Myelitis* auf, die jedoch in ihrer Intensität bedeutenden Schwankungen unterworfen waren. Dann aber ging der Process in einzelnen raschen Schüben vor sich. Auf die völlige Paralyse der unteren Extremitäten folgte bald totale *Incontinentia urinae et alvi*, *Cystitis*, *Pyelitis*, *Pyelonephritis*, grosser *Decubitus*, schliesslich nach 1 1/4 jähriger Krankheit der *Exitus letalis*. Bei der Section fand man im Rückenmarkscanal in der *Pars caudae equinae* in der Nachbarschaft der *Dura mater* ein weitverbreitetes eitriges Infiltrat. Am Ende der *Cauda equina* findet sich, unter der *dura mater* gelegen, eine eiterähnliche Flüssigkeit. In der *Pars lumbalis* nimmt beinahe den ganzen Querschnitt bis auf einen unbedeutenden, sichelförmigen Streifen linkerseits eine Geschwulst von 1 1/2 Ctm. Durchmesser ein von derber Consistenz und graugelbem Aussehen. Das Gewebe des Rückenmarkes oberhalb wie unterhalb erweicht. Diese Erweichung verliert sich ohne scharfe Grenzen diffus in den höheren Partien. Gehirn ohne Besonderheiten. Mikroskopisch liess sich feststellen, dass es sich um eine scharf begrenzte Geschwulst handelte, die ihren Sitz am Ende des 10. Dorsalsegments hatte. Sie hatte kreisförmigen Querschnitt und eiförmigen Längsschnitt und bestand aus zelligem, scheinbar fibrillärem Gewebe, das namentlich rings um die vermehrten und erweiterten Blutgefässe verdichtet war. Die Gefässränder meist hyperplastisch und entartet. Das Geschwulstgewebe stellenweise stark entartet. Vor und über dieser Geschwulst eine zweite, die im Centrum des Rückenmarksquerschnitts befindlich nach oben hin allmählig in das übrige Gewebe übergeht. Sie endet an der Basis des 10. Segmentes; ihre Structur gleicht der ersteren. Die Geschwülste sind aus den Centralgefässen, die in das linke Hinterhorn und in die Hinterstränge eindringen, hervorgegangen. Untersuchung auf Tuberkel- und Syphilisbacillen negativ. In der Nähe dieser Geschwülste, nach oben hin eine Anzahl verschiedener kleiner Geschwulstmassen, die von den Blutgefässen ausgehen. Auch an den Wurzeln der Spinalnerven hie und da grössere Infiltrate. In der Nachbarschaft der Geschwülste vom 8.—12. Dorsalsegment frische und ältere Spuren von Erweichung verschiedenen Grades, zumal der grauen Substanz. In weiterer Entfernung oberhalb wie unterhalb der Geschwülste und in den Partien myelitischen Gewebes

kleinzellige Infiltrate, die sich den centralen und peripheren Gefässen entlang ziehen, und ausserdem eine Degeneration der Gliazellen der weissen Substanz. Dieselben sind 3—4fach vergrössert zu polygonalen Bläschen mit lichtem, feinkörnigem Inhalt. Kern zur Innenseite verdrängt. Bei manchen dieser Zellen trübt sich der Inhalt, wird grobkörnig, die Kerne quellen auf und lassen sich nicht mehr färben. In Folge dieser Wucherung wird das Nachbargewebe gedrückt und verdrängt. Auch die Pia ist bis zum Filum terminale von kleinzelligen Infiltraten durchsetzt, die nicht nur in die Hüllen der Spinalnerven, sondern auch in diese selbst eindringen. Die Gefässe der Pia und der spinalen Wurzeln zeigen grösstentheils verdickte Wandungen. Die hinteren Wurzeln der Spinalnerven, die dem Sitz der Geschwülste entsprechen, sind ganz oder theilweise zu grunde gegangen. Im ganzen Verlaufe des Rückenmarkes, von den gänzlich erweichten Partien anfangen, nach beiden Seiten hin secundäre Degeneration. Nach dem klinischen wie pathologisch-anatomischen Bilde schliesst Verfasser auf einen syphilitischen Process des Rückenmarkes.

Sternthal.

(29) Berg referirt über folgenden Fall: Ein 50jähriger Mann erkrankte 15 Jahre post infectionem an progressiver Paralyse (Gedächtnisschwäche, Sprachstörung, Lähmung der Blase und des Mastdarms, Kräftefall). Nach 6—8 monatl. Behandlung (Jodkali, Schmiercur) konnte Patient wieder am Stocke gehen, Blase und Mastdarm functionirten gut, auch psychisch schien er wieder normal zu sein. In der Discussion erwähnen Dr. Holst und Dr. Tilling, dass sie den Fall nicht zur progressiven Paralyse, sondern zur Hirnsyphilis gerechnet wissen wollen; dies beweise auch das günstige Heilresultat. Dr. Holst bespricht dann eingehend die Pathologie und Therapie der Tabes; er verwirft ebenso wie Dr. Berg die Schwitzcuren in heissem Moor und glaubt, dass Tabes namentlich bei unzureichend und lässig behandelten Luetikern entsteht. Er unterscheidet ferner 2 Arten: Erstens könne Tabes directe Folgeluetischer Erkrankung des Rückenmarkes sein, dann trete sie meist wenige Jahre post inf. auf und verspreche günstige Prognose; zweitens könne aber Tabes 20—30 Jahre post inf. auftreten als selbständige Erkrankung auf dem Boden einer überstandenen Lues, dann sei die Prognose schlecht.

Galewski.

(30) Sachs gibt den Zusammenhang zwischen Tabes und Lues zu, macht aber darauf aufmerksam, dass es falsch ist, die Fälle, in denen man recente syphilitische Krankheitserscheinungen wahrnehmen könnte, zu der Tabes zu rechnen. Gefässveränderungen der Blutgefässe des Rückenmarks hält er für die acute Ursache der Erkrankung. In der Debatte wird die grosse Rolle, die die Syphilis in der Aetiologie der Tabes zu spielen scheine, zugegeben, doch betont, dass eine ganze Anzahl von Tabesfällen ohne vorausgegangene Syphilis bekannt seien.

Lasch.

(31) In einem Artikel über Tabes und Paralyse spricht sich Courtois-Suffit auch über die Bedeutung der Syphilis für die Aetiologie beider Krankheiten aus. Er citirt speciell für die Paralyse eine grosse Anzahl von Autoren und kommt zu dem Resultat, dass Syphilis und hereditäre

oder erworbene nervöse Belastung entweder allein oder in ihrer Combination die Hauptrolle in der Pathogenese der Paralyse spielen.

Jadassohn.

(32) Lewin demonstrirt einen 1876 inficirten und seitdem mehrmals mit Inunctionseur behandelten Kranken. Derselbe kam vor einiger Zeit wegen „Tabes“ in Lewin's Behandlung und wurde einer Sublimat-Injectionseur unterworfen und „bis auf geringe Reste der Krankheit geheilt.“(?) Patient zeigte bei seiner Vorstellung Geschwülste um die Papillae circumvallatae und den Zungengrund, ferner einen halbhaselnussgrossen Tumor, der von dem Reste der zerstörten Epiglottis ausgeht, ausserdem Defecte der Uvula etc. etc. Welcher Art die Geschwülste sind, konnte Lewin nicht bestimmen.

Galewsky.

(33) Dinkler berichtet über einen Fall von Tabes bei einem neuropathisch belastet gewesenen Luetiker 9 Jahre p. inf., der von einer Inunctionseur nicht beeinflusst wurde. Die Section des an Hämorrhagie Verstorbenen ergab typische Hinterstrangsdegeneration, kleine gummöse Veränderungen der Arachnoidea und Pia, disseceirende Aneurysmen, sowie luetische Gefässalterationen an der Basis cerebri. Dinkler glaubt, dass die Hinterstrangsdegeneration der Luetischen nichts Charakteristisches bietet, und hält an dem zweifellosen Zusammenhang von Lues und Tabes fest.

Galewsky.

(34) Pauly fügt den 5 nach seinen Angaben in der französischen Literatur publicirte Fällen von frühzeitig nach der luetischen Infection auftretender Tabes einen 6. hinzu: Sclerose im September 1891; 4 Monate darnach erste Zeichen von Ataxie; nach 5 Monaten typische Tabes. Energische specifische Therapie erfolglos. Auch die ersten luetischen Erscheinungen waren sehr intensiv gewesen (doppelseitige Iritis) und überdauerten das Auftreten der tabischen Symptome.

J.

(35) Rivington erwähnte in seinem Vortrage, dass die sogenannten „spontanen Fracturen“ der langen Röhrenknochen meist durch Gummata entstehen. Früher übersah man die Ursache oft und subsummirte diese Fracturen unter „Fragilitas oder Mollities ossium“. — In der Discussion erwähnte J. Hutchinson jun., dass gummöse Osteomyelitis keine localen Verdickungen zeige und durch äussere Untersuchung nicht zu erkennen sei. Von 27 Fällen tertiärer Syphilis, über die Chiara berichtete, hatten nicht weniger als 9 centrale Gummata in den langen Knochen. Er theilte einen Fall von unvereinigter Fractur am unteren Ende des Radius mit, vergesellschaftet mit einem centralen Gumma, das 4 Jahre bestanden hatte; unter Jodkali erfolgte die Vereinigung in 6 Wochen und wurde so fest, dass die Hand wieder brauchbar wurde. Ueber dem unteren Ende der Ulna war in diesem Falle ein bösartig aussehendes Geschwür, das aber gummös war und gleichzeitig heilte. Neuere Forschungen haben gezeigt, dass die Syphilis nicht direct eine besondere Brüchigkeit der Knochen erzeugt, sondern nur indirect durch Gummata oder Nervenverletzung.

Sternthal.

(36) Fournier berichtet folgenden Fall: Infection 1852; trotz sehr ungenügender Behandlung leichter Verlauf des Frühstadiums: Sclerose, Scleradenitis, Plaques muqueuses, Alopecie. 1865 heftige Kopfschmerzen rechtsseitige Hemiplegie. Nach Einleitung einer gründlichen antiluetischen Behandlung fast vollkommene Wiederherstellung. Dann war der Patient bis 1885 gesund (abgesehen von den „rheumatische Schmerzen“). Damals diagnosticirte F. eine Tabes syphilit. mit folgenden Symptomen: Fehlen der Reflexe, reissende Schmerzen, Vorhandensein des Romberg'schen Phänomens, Ataxie der unteren Extremitäten, Blasenstörungen, vollkommene Lähmung des l. Oculomotorius. F. leitete sofort die Hg-Inunctionscur 4·0 Gr. pro die, und gab 3—4 Gr. Jodkali pro die, darauf bald Besserung. In den folgenden 6 Jahren hat der Patient immer mit Pausen von 3 Monaten Curen von 15—20 Einreibungen und im Anschluss daran mehrwöchentlichen Jodkaliumgebrauch durchgemacht. Das Resultat der Behandlung war: Heilung der Augenmuskellähmung, bedeutende Besserung der Blasenstörung und der Schmerzen, Erhaltung der motorischen Kraft. Nur das Fehlen der Reflexe und die geringe Ataxie hatten der Behandlung getrotzt. Am 26. October 1892 trat bei dem kräftigen Manne mitten im besten Wohlbefinden eine sich rapid ausbreitende Gangrän des linken Fusses ein und innerhalb von wenigen Tagen (1. Nov.) ging der Pat. unter den Erscheinungen allgemeiner Sepsis zu Grunde. Lasch.

(37) Déjerine berichtet zunächst, dass in Bicêtre von 100 Tabikern 20 das Bild der Amyotrophie darboten, welche, sich langsam entwickelnd, zuerst die Muskeln des Fusses, dann der Waden, dann der Hände befiel. Sodann erzählt er die Krankengeschichte eines 26jährigen Mannes, welcher, vor 14 Monaten syphilitisch inficirt, trotz mercurieller Behandlung die Zeichen einer subacuten Myelitis und beginnender Blasenlähmung zeigt.

Paul Neisser.

(38) Marvin stellt einen Fall von locomotorischer Ataxie vor, bei einem Manne, der zugleich auf frische Lues verdächtig war. Die Diagnose konnte nicht sichergestellt werden. Jadassohn.

(39) Friedmann theilt mehrere Krankengeschichten mit, die eine gewisse Aehnlichkeit mit dem bekannten Bild der spastischen doppelseitigen Kinderlähmung darbieten und auch an den Symptomencomplex erinnern, den Erb als syphilitische Spinalparalyse präcisirt hat. Die Friedmann'schen Fälle zeigen das klinische Bild einer rein motorischen spastischen Paraplegie, ausgesprochene Recidiv- und Heilungsfähigkeit der einzelnen Lähmungsanfälle und ätiologisch allem Anscheine nach hereditäre luetische Infection. Verf. bespricht genau die Differentialdiagnose der einschlägigen Krankheitsbilder und führt den Beweis, dass es eine typische Form der spastischen Paraplegie der Beine der Kinder gibt, welche von der sogenannten congenitalen spastischen Paraplegie zu sondern ist, auf hereditär luetischer Basis zu Stande kommt und sich klinisch durch vollständige Heilbarkeit, die Neigung zu Recidiven, endlich durch die Abwesenheit klinischer Gehirnsymptome auszeichnet.

Bielschowsky.

(40) Unter der „syphilit. Spinal-Paralyse“ versteht Erb bekanntlich einen Symptomencomplex, der sich zusammensetzt aus einer spastischen Lähmung der unteren Extremitäten, hochgradig gesteigerten Sehnenreflexen, geringen Muskelspannungen, Störungen der Harn- und Stuhlentleerung, verhältnissmässig geringen Störungen der Sensibilität.

Kuh bringt zunächst neben einem von ihm selbst beobachteten, als Paradigma dienenden Falle 37 mehr weniger ausführliche Krankengeschichten von „reinen Fällen“ (d. h. von Fällen ohne Ataxie oder cerebrale Symptome) und 24 complicirte Fälle. Diese letzteren 61 Fälle sind theils aus der Literatur entnommen, zum grössten Theile stammen dieselben aus den Beobachtungen des Prof. Erb. Aus diesen 61 Fällen bemerkt der Verf. für das in Rede stehende Krankheitsbild Folgendes:

**Aetiologie:** Die meisten Erkrankungen kommen relativ bald nach der Infection vor: unter 52 Fällen 36 innerhalb der ersten 6 Jahre, so dass hier ein beachtenswerther Unterschied gegenüber der *Tabes dorsalis* vorliegt. Demgemäss fallen auch die meisten Erkrankungen an syphilitischer Spinalparalyse in frühere Lebensjahre als es bei der *Tabes* der Fall ist. Sie sind ebenso wie die *Tabes* beim männlichen Geschlecht viel häufiger als beim weiblichen. In einer grösseren Zahl von Fällen werden rheumatische Schädlichkeiten als begünstigende Momente für den Ausbruch der Krankheit angegeben, während andere Noxen: Traumen, Ueberanstrengungen, Excesse in venere nur eine sehr untergeordnete Rolle zu spielen scheinen.

**Symptomatologie:** Es handelt sich zumeist um eine schleichend entstehende Spinalaffection beginnend mit langsam zunehmender Schwäche und Steifigkeit beider oder gewöhnlicher zuerst einer unteren Extremität. Dazu gesellen sich bald Parästhesien in denselben und Blasenstörungen — in der Mehrzahl der Fälle Lähmung des *Detrusor*. Doch können letztere auch das einzige Initialsymptom darstellen. Das ausgeprägte Krankheitsbild ist charakterisirt durch sehr ausgesprochen spastischen Gang mit relativ geringer Parese und geringen Muskelspannungen, erheblich gesteigerte Sehnenreflexe, Parästhesien, Blasen- und Mastdarmstörungen — selten Cystitis und Decubitus. Complicirt werden kann das Krankheitsbild durch allerhand luetische Cerebralsymptome.

Der Verlauf ist in den meisten Fällen ein eminent chronischer, oft unterbrochen durch sehr starke Remissionen, die eine vollkommene Heilung vortäuschen können, bis dann wieder ein Recidiv kommt.

**Die Diagnose.** Es kommen differentialdiagnostisch in Betracht:

a) die *Tabes dorsalis*: Zeit des Auftretens. Bei der *Tabes* zumeist im Anfang Ataxie und bald Sensibilitätsstörungen, Fehlen der Sehnenreflexe, während bei der Paralyse syphilitische Ataxie fehlt, die Sensibilitätsstörungen gering sind und stets lebhafteste Steigerung der Sehnenreflexe vorhanden ist;

b) die multiple Sclerose: Es fehlt bei der syphilitischen Spinalparalyse der Intentionstremor, der Nystagmus, die scandirende Sprache.

Verschieden ist bei beiden Krankheiten das Verhalten von Blase und Mastdarm;

e) die Compressionsmyelitis, Syringomyelie und Morvan'sche Krankheit sind leicht zu unterscheiden;

d) die spastische Spinal-Paralyse zeigt wohl eine allmählich zunehmende Parese mit Muskelspannungen und auffallend gesteigerten Sehnenreflexen, aber im Krankheitsbilde der syphilitischen Spinal-Paralyse finden sich auch Störungen der Blase, des Mastdarms und der Potenz;

e) die Hämatomyelie. Hier wird bei den plötzlich eintretenden Paraplegien nur der Verlauf entscheiden können;

f) die Myelitis dorsalis transversa non syph. unterscheidet sich von der syphilitischen Spinal-Paralyse durch das Vorhandensein von Muskelatrophien, starken Muskelspannungen, dauernden Hemiplegien, Sensibilitätsstörungen und das Fehlen der Störungen der Harn- und Stuhlentleerung.

Die Prognose ist besser als bei den nicht syphilitischen Erkrankungen; doch ist die Aussicht auf Heilung wegen der häufig auftretenden Recidive gering; dagegen ist in einer erheblichen Zahl der Fälle eine bedeutende und anhaltende Besserung zu erzielen. Complicationen mit cerebralen Symptomen trüben die Prognose. Schwere der primären und secundären syphilitischen Symptome und deren Behandlung scheinen ohne Einfluss zu sein.

Therapie: Combinirte Jod- und Hg-Behandlung und zwar intensiv und anhaltend anzuwenden.

Pathologische Anatomie und Pathogenese. Der Sitz der Laesion ist das Dorsalmark und zwar pflegt die obere Grenze die Mitte desselben zu sein, während die untere Grenze nicht unterhalb des zweiten Lumbalnervenaustrittes liegt. Die Erkrankung umfasst die hinteren Partien der Seitenstränge, mehr weniger auf die Hinterhörner und Hinterstränge übergreifend.

Von den drei pathologischen Processen, die wir als Folge der Syphilis aufzufassen pflegen; primäre Sclerose, Gummata, Gefässerkrankungen scheinen die beiden ersteren hier in Wegfall zu kommen, weil man 1. symmetrisch gelegene Neubildungen annehmen müsste, 2. in einem Theile der Fälle der Eintritt der Lähmung überaus plötzlich ist. Dagegen erklärt die Annahme von Gefässerkrankungen und zwar zumeist der Randgefäße (Adamkiewicz) und der Gefäße der weissen Substanz alle klinischen Beobachtungen.

Zum Schlusse bespricht Kuh an der Hand von 7 in der Literatur gefundenen Fällen eine andere Form der syphilitischen Spinalparalyse, bei der es sich um eine Erkrankung im Lumbalmark handelt. Diese Fälle sind durch einen schnelleren Verlauf, sehr plötzliche Paraplegien, Fehlen der Sehnenreflexe gegenüber den Fällen von Paralysis spinalis syphilitica dorsalis ausgezeichnet, während sie sonst eine grosse Aehnlichkeit mit ihnen haben.

Lasch.

(41) Glorieuse's 33jähriger Patient litt seit 3—4 Monaten an Schmerzen in der Lendengegend, an Paraesthesien der Beine, an Gang- und Blasenbeschwerden. Bei der Untersuchung fanden sich: Totale spastische Paraplegie und unbestimmte Sensibilitätsstörungen in beiden unteren Extremitäten, Urin- und Stuhlretention. Diagnose: Transversale Myelitis; die antiluetische Therapie führte in 2 Monaten zu einer wesentlichen Besserung. J.

(42) Boullouche befasst sich in der vorliegenden Arbeit mit den durch Syphilis hervorgerufenen Erkrankungen der vorderen Theile des Rückenmarks, die Mauriac unter dem Namen der *Tabes anterior* bereits beschrieben hat, oder wie sie Verfasser nach ihrem hauptsächlichsten Symptom als Paraplegie bezeichnet, um durch die klinische Bezeichnung nichts über die pathologisch-anatomischen Verhältnisse zu präjudiciren. Das Material umfasst 71 von Fournier genau beobachtete Fälle. Bezüglich der von dem Verfasser vergleichsweise herbeigezogenen Literatur sei auf die Originalarbeit verwiesen. Fournier verfügt in seiner Statistik von 1085 syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems nur über 77 Fälle von Erkrankungen des Rückenmarks gegenüber allein 416 syphilitischen Erkrankungen des Cerebrospinalsystems. Die Rückenmarksyphilis (mit Ausschluss der *Tabes dorsalis*) trat in den 71 beobachteten Fällen in folgenden Epochen auf:

8mal während des 1. Jahres der Lues					
18mal	"	"	2.	"	"
10mal	"	"	3.	"	"
10mal	"	"	4.	"	"
17mal im Zeitraume vom 5. bis 10. Jahre der Lues					
8mal vom 10. bis 25. Jahre.					

Demnach tritt in 62% der Fälle die Paraplegie in den ersten 4 Jahren nach der Infection auf. 26 Fälle waren von secundären Symptomen, 9 von Uebergangssymptomen und 35 von Symptomen der tertiären Periode begleitet. Was nun das Verhältniss der sogenannten „schweren Syphilis“ zu den Rückenmarkserkrankungen anlangt, so liess sich etwas Bestimmtes weder aus der vorliegenden Statistik, noch aus der angeführten Literatur ersehen. Einleuchtender erscheint der Einfluss einer rechtzeitigen, exact ausgeführten antisymphilitischen Behandlung. So entfallen auf 52 Erkrankungsfälle: 10 absolut unbehandelte, 24 nicht hinreichend und nur 18 gut behandelte Fälle. Die syphilitischen Myelitiden zeigen keinen ihnen eigenthümlichen Charakter, sondern unterscheiden sich von anderen nur durch ihre Aetiologie. Man unterscheidet acute und chronische Formen, bezüglich deren Einzelheiten auf das Original und die beigefügten Krankengeschichten verwiesen werden muss. Was die Prognose anlangt, so ist sie in allen Fällen mit einer gewissen Reserve zu stellen. Ernst Bender.

(43) Der 42jährige Patient Richter's soll in den 60er Jahren syphilitisch infectirt gewesen sein; er wies klinisch die Erscheinungen der Paralyse auf; bei der Section des plötzlich Verstorbenen fand sich die Dura trübe und schlaff, die Pia trüb und dick, die Seitenventrikel durch

röthlich-gelbe Flüssigkeit stark ausgedehnt; das Rückenmark im mittleren Theil sehr dünn, sonst im frischen Zustande normal. Auf Schnitten des gehärteten Präparates ergab sich die Pia bis in die Cauda herab stark verdickt und die Vorderseitenstränge stark degenerirt, ebenso der linke hintere Seitenstrang. Die Degeneration der ersteren hatte keine Symptome gemacht, die bei letzteren ein Schleifen der Beine veranlasst.

Jadassohn.

(44) Raymond berichtet zuerst die Krankengeschichte eines Falles von progressiver Muskelatrophie mit Sectionsbericht. Der Patient war neuropathisch belastet, hatte in seiner Anamnese Alkohol-Excesse und im Jahre 1874 eineluetische Infection. 1885 Schmerzen in der rechten Schulter und Schreibkrampf, 1889 Doppeltsehen; im Anschluss daran Schmerzen in Schulter, Armen und Nacken und beginnende Atrophie der Handmuskeln. In den nächsten Jahren ergreift die Atrophie die Muskeln der oberen Extremitäten, den Nacken, die Brust. 1891 stirbt der Patient an doppelseitiger Pneumonie. Die Section ergibt eine Meningomyelitis vascularis diffusa besonders ausgedehnt im oberen Cervicalmark. Im Anschluss an den Bericht dieses Falles stellt Raymond einen Kranken vor, bei dem 8 Jahre nach der Infection Muskelatrophie an der linken Hand begann und sich von dort über beide Hände, beide Unterarme, Schultern und den Hals ausbreitete. Die antisypilitische Behandlung hat in diesem Falle keine Besserung gebracht. Der Verfasser hält sich für berechtigt, in diesen Fällen dieluetische Infection als das ätiologische Moment für die progressive Muskelatrophie anzusehen.

Lasch.

(45) Uhthoff hat 100 Fälle von Hirnsyphilis beobachtet, von denen 17 zur Autopsie kamen. Es handelte sich um gummöse Processe, Erweichungen und Gefässerkrankungen, Veränderungen; die am Nervus opt. beobachtet wurden, betrafen meist den intracraniellen Theil des Nerven. Als besonderer Lieblingssitz gummöser Processe stellte sich das Chiasma nervorum opt. heraus. Von den Augenmuskelnerven war der Oculomot. bei weitem am häufigsten erkrankt. Es sind besonders perineuritische Processe, die auf denselben übergehen; auch kommt häufig gummöse Degeneration seines Kernes vor. Der Trigeminus, Abducens, Olfactorius, Acusticus zeigten sich fast gleichmässig oft betroffen. X.

(46) In einer längeren Einleitung bespricht Dalichow zunächst die Aetiologie und Symptomatologie der Oculomotoriuslähmung im Allgemeinen. Insbesondere erwähnt er, dass nach der Entdeckung von Knies das sensorische Rindencentrum auch das Centrum für die willkürliche Augenbewegung sei. Er theilt die Lähmungen in corticale, nucleäre und periphere. Bei Syphilis sind diese Lähmungen ausserordentlich häufig. Der Nerv kann bei Lues an jeder Stelle erkranken, besonders leicht während seines langgestreckten Verlaufs an der Basis. Dort sind es Gummata, welche den Nerven comprimiren; im Cerebrum selbst kommt derselbe Process vor, oder ein encephalitischer Process befällt den Nerven. Der Fall D.'s betrifft eine 29jährige Frau, die 12 Jahre vorher Lues acquirirte und das Auftreten der Lähmung nach einem Trauma auf die Stirn bemerkte. Die Lähmung

war eine totale, isolirte, linksseitige; die übrigen Hirnnerven waren frei. Die Uvula und das Velum fehlten, ebenso der grösste Theil des Septum cartilagineum und der mittleren und unteren Muschel. Die Patientin bekam Jodkali, worauf sich der Zustand besserte. D. erklärt die Lähmung für eine basale. Als Ursache nimmt er entweder ein Gumma zwischen Hirnschenkel und Dorsum ephippii oder eine gummöse Entartung des Nerven selbst an.

Raff.

(47) Fröhlich. Kurze Uebersicht mit Bemerkungen über Diagnose und Therapie der verschiedenen syphilitischen Augenerkrankungen.

(48) Parker beschreibt 2 Fälle von Rachen-Syphilis und 2 Fälle von Syphilis des Auges. I. Fall: Der Patient, 50 Jahre alt, erkrankt mit Dyspnoe und Schlingbeschwerden, die so rapide zunehmen, dass er bereits nach wenigen Tagen gar nicht mehr schlingen kann. Die Untersuchung ergibt die Hinterwand des Pharynx bedeckt mit zahlreichen runden Narben mit tiefem Gewebsverlust. Die Epiglottis ist stark geschwellt und zeigt an der Zungenseite eine tiefe, zackige Ulceration. Die Rima glottidis ist stark verengt. Infection vor 15 Jahren. Neben localer Behandlung mit Arg. nitr. und Carbol-Glycerin sofort Allgemeinbehandlung mit Hg-Inunctionen und Jodkali. In wenigen Tagen Besserung, schneller Ausgang und Heilung. II. Fall: Im ganzen Verlaufe dem I. sehr ähnlich. 3 Tage nach dem ersten Auftreten von Schlingbeschwerden absolute Unmöglichkeit etwas herunterzuschlingen, verbunden mit hochgradiger Dyspnoe. Der Befund derselbe wie im vorigen Falle. Dieselbe Therapie. Schnelle Heilung. Im Anschluss an diese beiden Fälle hebt Parker hervor, dass syphilitische Ulcerationen ihren Lieblingssitz an der Zungenseite der Epiglottis haben, dass meist nur eine Ulceration vorhanden ist, die zumeist sehr rapide und ohne Schmerzen mit Ausnahme der Schlingbeschwerden verläuft und dass bei syphilitischen Erkrankungen der Larynx eine charakteristische Röthung zeigt. Im Gegensatz dazu pflegen tuberculöse Larynxulcerationen meist multipel zu sein, mit Vorliebe in den Plid. ary-epiglottic. oder an der laryngealen Seite der Epiglottis zu sitzen, sehr langsam und unter heftigen Schmerzen zu verlaufen. Die beiden Fälle von Syphilis des Auges bestanden zunächst in Lähmung resp. Paralyse der Augenmuskeln, die nach Einleitung der antiluetischen Behandlung bald wieder functionsfähig wurden. In den ersten beiden Fällen wurde eine Infection zugegeben, doch fehlen alle Angaben, ob die Patienten bald nach der Infection behandelt worden sind. In den letzten 2 Fällen, in denen jede frühere Infection in Abrede gestellt wurde, ist wahrscheinlich nie eine gründliche Cur gemacht worden.

Lasch.

(49) Im Gegensatz zu der meist vertretenen Anschauung, dass die Keratitis parenchymatosa fast immer auf Lues beruhe, behauptet von Hippel, dass diese Form auch auf Grund von Tuberculose vorkomme, und er belegt diese Behauptung mit seinen histologischen Befunden: er hat Knötchen mit epithelioiden und Langhans'schen Riesenzellen bei solcher Keratitis gefunden und wenn er auch Bacillen nicht entdecken konnte,

so ist er doch geneigt, die Erkrankung in seinen Fällen als tuberculös aufzufassen, da syphilitische Augenerkrankungen nie ähnliche anatomische Befunde ergeben haben. (Das beweist wohl aber nichts. Ref.)

Jadassohn.

(50) Im Anschluss an einen Fall erörtert Panas die Schwierigkeit der Differentialdiagnose von Tuberkeln und Gummern auf der Iris und rät, in zweifelhaften Fällen immer einen Versuch mit antisymphilitischer Therapie zu machen. J.

(51) Wadzinsky's Patient wies — neben anderen spätluetischen Erscheinungen — auf und in der Sclera des linken Auges nach aussen vom Corneallimbus eine gelbliche, in der Mitte geschwürig zerfallene, mit unterminirten Rändern versehene Geschwulst auf; dabei mässige Chemosis. Infection vor 7 Jahren. Diffuse Retinitis auf beiden Augen, besonders aber links. Die seit 3 Monaten bestehenden Augenerscheinungen wurden durch eine wiederholte Schmiercur vollständig beseitigt. J.

(52) In einer Sitzung der Société française d'ophthalmologie berichtet Samelson (Köln) über einen Fall von Glaucom, der seinen Ursprung in Lues hatte. Ein wenige Wochen vorher wegen Glaucoms operirter Patient stellt sich mit neuen acuten Glaucomsymptomen ein. Bei der Untersuchung findet S. an der Membr. Descemetii punktförmige Auflagerungen, welche beweisen, dass es sich nicht um ein Glaucom, sondern um eine Iritis serosa handelte. Die Anamnese ergab denn auch vorausgegangene Syphilis, die specifische Behandlung vollständige Heilung. S. verfügt auch über einen zweiten ganz analogen Fall. Er nimmt an, dass unter dem Einfluss der Syphilis eine Arteriosclerose des Tractus uvealis zu Stande kommen kann. Die Irideotomie wird dann nur die mechanische Behinderung beseitigen, eine Heilung erst aber unter der Allgemeinbehandlung eintreten. Stein.

(53) Hirschberg beobachtete bei einem an einer Rupia syphilit. erkrankten Patienten eine zarte Ablösung der Netzhaut des rechten Auges, auf welchem der Patient angab, Alles grün zu sehen. Der Verf. meint, dass die Netzhautablösung durch einen syphilitischen Herd mit Infiltration und Exsudation in der Chorioidea bedingt sei. Die Heilung trat sehr schnell ein. Jadassohn.

(54) Charagac betont, dass das Labyrinth und der Nervus acust. entweder primär oder durch Fortleitung vom Mittelohr syphilitisch erkranken kann. Die interne Otitis syphil. ist besonders durch die Rapidität ihrer Entwicklung ausgezeichnet und führt bald zu vollkommener Taubheit. Meistens ist sie eine späte Erscheinung der Syphilis. J.

(55) Toeplitz constatirte bei einem Arzt, der ihn wegen fast plötzlich eingetretener Taubheit consultirte, doppelseitige Labyrinthentzündung. Bei genauerer Untersuchung fand er einen Primäraffect am l. Mittelfinger und Plaques im Pharynx; nach einigen Tagen erschien eine Roseola. Auf eine Schmiercur schwanden alle Erscheinungen. Koch.

## Viscerale Syphilis.

1. **Barmalo**, Carmelo. Sulla sifilide del cuore. Gazzetta degli ospitali 1. Juni 1893. Nr. 65 p. 682.
2. **Pearse**. Probable syphilitic heart. The Provincial Medical Journal. August 1893.
3. **Engel-Reimers**. Endocarditis verrucosa in der Frühperiode der Syphilis. Festschrift zu Ehren des 25jähr. Jubiläums des Geh. Med.-Raths Prof. Dr. Ludwig Meyer in Göttingen. 1891.
4. **Hudelo**. Artérites syphilitiques. Gaz. hebdom. de Méd. et de Chir. 1893. XXXIII.
5. **Goldstein**, Dr. S. Demonstration eines Falles von Endarteriitis obliterans. Intern. klin. Rundschau. 1893. Nr. 8.
6. **Virehow**, R. Viscerale Syphilis (Epiglottis, Leber, Lunge). Demonstration in der Berliner medic. Gesellschaft. Berl. klin. Wochenschr. 1893. Nr. 3.
7. **Hervouet**. Gomme syphilitique du poumon. Société de Méd. de Nantes. 1. semestre 1893. Le Mercredi médical. 20. September 1893. Nr. 38 p. 462.
8. **Prantois**. Syphilis hépatique. Société de Médecine de Nancy. 1. sem. 1893. Le mercredi médical. Nr. 39. 21. Sept. 1893.
9. **Delbet**, Pierre. Lebervergrößerung bei einem Kinde. Bulletin de la Société anatomique de Paris. XX. 1893.
10. **Tödten**. Zur Lebercirrhose im Kindesalter. Münch. med. Abhandl. II. Reihe. Heft 6.
11. **Smith**, W. G. Syphilitic Gummata in liver and spleen. Transactions of the Royal Academy of medicine in Ireland. Vol. X. 1892 p. 330.
12. **Senator**. Ueber Icterus und acute Leberatrophie bei Syphilis. XII. Congress für innere Medicin. Wiesbaden 1893.
13. **Salomone**, G. Nota clinica sull' ittero della sifilide recente. Giorn. med. del R. esercito e della R. marina. Febr. 1892.
14. **Chapotot**. Trois cas d'ictère survenus pendant la période secondaire de la syphilis. Lyon médical. Ref. im Journ. des mal. cut. et syph. 1892 p. 308.
15. **Quinquand** u. **Nicolle**. Die Vergrößerung der Milz bei acquirirter Syphilis. Annales de Derm. et de Syphilid. 12. Mai 1892. 1228.
16. **Homén**. Ein Fall von multiplen syphilitischen Geschwüren und Stricturen im Dünndarm. Centralblatt für allgem. Pathologie und pathol. Anatomie. Bd. IV. 3. 1893.

17. **Welander**, Edvard. Ueber Albuminurie und Cylindrurie durch Syphilis und Quecksilber. Nord. Med. Arkiv. Heft 6. 1891.
18. **Fischer**. Syphilis in its Relation to Diabetes. The Journal of Nervous and Mental Diseases. Juli 1892. Ref. Centralbl. f. d. medic. Wissenschaften. 1893. 41.

(1) Barmalo berichtet über 2 Fälle von Herzlues. Im ersten handelt es sich um einen 27jährigen Mann, der mit 12 Jahren inficirt wurde und seit 3 Jahren Herzbeschwerden, seit einem Jahre Anfälle von Angina pectoris hat. Sehr starke Vergrößerung des Herzens, systolisches und diastolisches Geräusch besonders an der Aorta. Diastolisches Geräusch an der Cruralis. 2. Fall: 25jährige Frau, vor 5 Jahren inficirt, cyanotisch, Gelenksschmerzen. Reste von Iritis syphilitica. Herzvergrößerung, diastolisch-präsystolisches Geräusch an der Mitralis, Vergrößerung der Leber. Bei dieser Patientin brachte eine specifische Behandlung (Sublimat-Injectionen und JK) eine ganz ausserordentliche Besserung hervor.

Verf. bespricht dann die verschiedenen Formen der — auch hier proteusartig auftretenden — Syphilis des Herzens, ihre klinischen Symptome — bei dem ersten Falle hebt er vor Allem die Arteriitis, beginnende aneurysmatische Erweiterungen der Arterien und die Aorteninsufficienz, bei dem zweiten die Myocarditis und Mitralstenose hervor — betont die Bedeutung der Angina pectoris und gibt schliesslich therapeutische Vorschläge — neben der specifischen und der calmirenden Therapie empfiehlt er besonders Amylnitrit und Nitroglycerin. J adassohn.

(2) Pearse hat folgenden Fall beobachtet: Vor 15 Jahren Infection durch den Ehemann mit Syphilis und Gonorrhoe. Im Anschluss daran erkrankte die Pat. an einem schweren rheumatischen Fieber, nach dem ein Geräusch an der Vulv. mitralis zurückblieb. Vor 6 Jahren rechtsseitige Hemiplegie. Behandlung mit Hg und Jod. In den folgenden Jahren wiederholt Anfälle von Rheumatismus und häufig recidivirende starke Bronchitis. Das Geräusch am Herzen blieb unverändert. Im Jahre 1892 und Januar 1893 wiederholt heftige Anfälle von Angina pectoris, die allen Mitteln trotzen. P. gab daher von Februar an Hg und Jodkalium, combinirt in kleinen Dosen 4 Monate lang. Seitdem bedeutende Besserung. Keine stenocardischen Anfälle mehr. Das seit 15 Jahren bestehende Geräusch an der Mitralis ist verschwunden. Lasch.

(3) Engel-Reimers hält nach den spärlichen, bisher in der Literatur vorliegenden Beobachtungen von Endocarditis verrucosa im Frühstadium der Syphilis, von denen eine Anzahl einer strengeren kritischen Beurtheilung nicht Stand zu halten vermag, das Vorkommen derselben nicht für genügend erwiesen. Als sicher beweisend erscheinen ihm nur die Fälle, in denen 1. die Lues bei den Pat. durch klinische Beobachtung absolut sicher gestellt ist, 2. andere Erklärungsgründe zurückgewiesen werden müssen, 3. die Form der Erkrankung mit den Gewebsveränderungen, welche sonst die betreffende Periode der Syphilis kennzeichnen, übereinstimmt.

Er bringt in der vorliegenden Arbeit 2 Krankengeschichten von Fällen, die diesen 3 Postulaten vollauf genügen und als Beweis für das Vorkommen der verrucösen Endocarditis im Frühstadium der Lues dienen können.

Die sehr ausführlichen und interessanten Krankengeschichten müssen im Original nachgelesen werden. Lasch.

(4) Hudelo macht auf die spärlichen Angaben über syphilitische Arterienerkrankung aufmerksam. Erst seit den Heubner'schen Arbeiten (1870 und 1874) hätten sich die Syphilidologen mit der Frage beschäftigt. Sehr bemerkenswerth sei, dass besonders die Gehirnarterien von derluetischen Erkrankung ergriffen würden, während andere Gefässgebiete sehr selten betroffen werden. Die Zeit, in der die syphilit. Gefässerkrankungen begännen, sei durchschnittlich das 3.—4. Jahr post infectionem. Doch seien genug Fälle bekannt, in denen bereits im ersten Jahre Cerebral-Arterien-Erkrankung constatirt werden konnte. Alkohol-Excesse, Ueberarbeitung, psychische Erregungen scheinen zu prädisponiren, während der sonstige Verlauf der Lues keinerlei Anhaltspunkt für das ev. Auftreten von Gefässerkrankungen gibt. Es können alle Arteriengebiete syphilitisch erkranken, doch sind die Arterien kleineren Kalibers und zwar speciell die Gehirnarterien und unter ihnen die ersten Aeste der Arter. Foss. Sylv. Praedilectionsstellen für die Erkrankung. Demgemäss lassen sich die charakteristischen Veränderungen auch am besten an kleineren Gefässen beobachten. Eine syphilitisch erkrankte Arterie sieht von aussen gelblichweiss aus; bald ist die Oberfläche glatt, bald mit miliaren Knötchen besäet, bald zeigt sie grössere aneurysmatische Ausbuchtungen. Bei der Durchschneidung zeigt sich in Folge der durch die Endarteritis entstandenen Verdickung der Wandung das Lumen verengt, oft vollkommen verschlossen — häufig Thrombenbildung. Nur bei rapid verlaufenden Fällen kommt es zu einer Ruptur der Arterie. An die Beschreibung der genau beobachteten, mikroskopisch studirten Arterien-Veränderungen, deren Wiedergabe hier zu weit führen würde, schliesst der Verf. seine Ansichten über das Zustandekommen der Gummata und Sklerosen auf Grund der beobachteten krankhaften Veränderungen der Gefässwand in Uebereinstimmung mit klinischen Beobachtungen.

Den Schluss bilden die Bemerkungen über das Zustandekommen von Aneurysmen auf Grund der syphilit. Erkrankung. Ihr Lieblingsitz ist der Truncus basilaris und die Arter. Foss. Sylv., so dass bei der Ruptur eine Bulbär- resp. Cerebral-Apoplexie eintritt. Auch bei der Aneurysmenbildung sind die Cerebral-Arterien bevorzugt, auch hier spielen die oben erwähnten prädisponirenden Momente eine Rolle; auch sie gehört der Früh- wie der Spätperiode der Lues an.

Mikroskopisch findet man in den enorm verdickten Arterienwandungen an der Tunica externa, media und interna eine starke Vermehrung der Bindegewebs- und elastischen Fasern und erhebliche Rundzelleninfiltrationen.

Lasch.

(5) Goldstein berichtet über eine 40jährige Frau, bei der sich unter äusserst heftigen, bis in den Oberarm ausstrahlenden Schmerzen auf den Fingerkuppen der linken Hand linsengrosse, braunrothe, allmählig zusammenfliessende Flecke bildeten. Der linke Arm ist bedeutend schwächer als der rechte; Arterien nicht fühlbar, Plexus brachialis stark verdickt; Hyperalgesie. Da Aneurysma, Thrombose und Embolie, ebenso Gangr. senilis und symmetrische Gangrän auszuschliessen sind, glaubt Goldstein, dass es sich um Endarteritis obliterans auf luetischer Basis handelt, einen von der Intima ausgehenden Wucherungsprocess, der zur allmählichen Thrombosirung der Gefässe und secundär zu Ernährungsstörungen, speciell in den Nerven, führte.

(6) Virchow zeigte in der Berl. med. Ges. die Sectionspräparate eines merkwürdigen Falles von visceraler Syphilis. Zunächst war ein totaler Verlust der Epiglottis zu verzeichnen, wie er sonst nur nach chirurgischen Eingriffen vorkommt. Ferner waren durch frühere interstitielle Processe entstandene ausgedehnte Narbenbildungen an der Leber vorhanden, so dass die Gallenblase ganz rechts lag, gleichsam neben der Leber. Endlich zeigten sich in den Unterlappen der Lunge multiple Gummiknötchen. Daneben bestand eine frische Pneumonie.

Karl Herxheimer.

(7) Hervouet's 69jähriger, mit 22 Jahren syphilitisch infectirter Patient war mit einem für syphilitisch gehaltenen, durch JK unbeeinflussten Icterus aufgenommen worden und unter Respirationsstörungen gestorben. Bei der Section fand sich neben Vergrösserung der Leber und der Niere eine Sclerose der linken Lunge mit einem nussgrossen, in der Mitte verkästen Tumor im Centrum; in der käsigen Masse Tuberkelbacillen. Trotzdem glaubt H. an Lues — und meint, die Bacillen seien entweder nicht die echten Tuberkelbacillen oder es handle sich um eine secundäre Infection mit Tuberculose. (!?)

Ja das sohn.

(8) Prantois demonstrirt die Leber einer 53jährigen Frau, welche im Leben kein Zeichen von Lues bot. Letztere wurde auch negirt, Potatorium (Aether!) zugestanden. Die Leber, 1020 Gr. schwer, ist als solche unkenntlich. Sie zeigt zahlreiche Verwachsungen mit Nachbarorganen und ist zusammengesetzt aus zwei Lappen von gleichem Volumen. Der Lobus Spigelii ist verschwunden, die Gallenblase an der oberen Fläche festgewachsen. Lange, fibröse Streifen theilen jeden Lappen wieder in zwei, indem sie tiefe Furchen bilden. Die Oberfläche ist unregelmässig. Histologisch die typischen Bilder der Cirrhose in der Gegend der Bänder, in der Mitte der Lappen noch gut erhaltenes Lebergewebe, Geringe Gummehildung. P. bezeichnet den Fall als eine rein sclerosirende Form der Lebersyphilis und knüpft die Frage daran, ob nicht in allen Fällen von Cirrhose, wenn Syphilis nicht sicher ausgeschlossen ist, die specifische Behandlung platzgreifen solle.

(9) Delbet berichtet über einen Fall von Lebervergrösserung bei einem 2 Jahre 4 Monate alten Kinde. Es wurde zur Stellung der Diagnose die Laparotomie gemacht, wobei man die Leber sowie die subperitonealen

Drüsen vergrößert fand. 2½ Monate nach der Operation trat Heilung ohne jede antiluetische Cur ein; 4 Monate später traten Hautgummata auf, welche die Diagnose der Syphilis nachträglich stellen liessen.

Schäffer.

(10) Tödtlen, welcher im Anschluss an einen selbst beobachteten Fall das Material des Münchener pathologischen Instituts und der Kinderklinik nach Fällen von Lebercirrhose im kindlichen Alter durchsucht hat, fand im Ganzen 14 Fälle und zwar alle zur hypertrophischen Form gehörig. Verlauf und Prognose unterscheiden die Lebercirrhose des Kindes nicht von der des Erwachsenen. Unter den Ursachen dieser Erkrankung führt der Verf. in erster Linie Lues und Alcoholismus an. Y.

(11) Smith fand bei einem 63jährigen, 9 Jahre ante mortem inficirten Mann Gummata in der Leber, in der Milz und in den Nieren (Milz- und Nierengummata sind sehr selten). Y.

(12) Der fröhsyphilitische Icterus unterscheidet sich von dem catarhalischen nach Senator nur durch seine Hartnäckigkeit gegen die sonst übliche Behandlung und dadurch, dass er nur einer antisymphilitischen Behandlung weicht. S. setzt keinen Zweifel in das Bestehen eines syphilitischen Icterus, dessen Zustandekommen er sich durch eine Erkrankung der Gallengangsschleimhaut analog derjenigen der Rachenschleimhaut erklärt. Zweimal hat S. Gelegenheit gehabt, das Auftreten von acuter gelber Leberatrophie im Frühstadium zu beobachten. Dass die acute gelbe Atrophie fast ausschliesslich bei Frauen vorkommt, scheint dem Verf. die Annahme, dass sie eine Folge des Hg-Gebrauches sei, zu widerlegen.

In der Debatte bemerkt Naunyn, dass auch er einen Fall von Icterus gravis syph. habe beobachten können; doch denkt er in jedem solchen Falle an Phosphorvergiftung.

Fleischhauer berichtet, dass er bei einem Studenten bei der Section bereits im ersten Jahre post inf. ein Gumma gefunden habe.

Quinke hat mehrere Fälle von syphilit. Icterus gesehen. Er betont die geringe Intensität der Verdauungsstörungen in diesen Fällen und glaubt, dass der Icterus durch Compression der Gallengänge durch vergrößerte Drüsen zu Stande gekommen sei. Lasch.

(13) Salomone beschreibt 4 Fälle von Icterus bei recenter Lues (20 Tage bis 8 Monate nach Auftreten der Sclerose) ohne Magen- und Darmbeschwerden, aber mit auffallender Schwäche. Heilung durch Schmiercur, Milchdiät und Darmausspülungen. Da die Patienten früher an Malaria gelitten hatten, sieht Verf. in dieser Erkrankung ein prädisponirendes Moment für syphilitischen Icterus. Y.

(14) Chapotot berichtet über 3 Fälle von Icterus im Eruptionsstadium der Syphilis und bekennt sich in dem Streit, ob der Icterus nur ein zufälliger Begleiter der Lues oder durch sie veranlasst sei, zu letzterer Ansicht, indem er an eine directe Einwirkung des syphilitischen Virus auf das Lebergewebe und die Gallengänge und dadurch bedingte Retention der Galle glaubt. Paul Neisser.

(15) Quinquand und Nicolle kommen auf Grund ihrer Untersuchungen zu folgenden Erfahrungen: Die Milz ist im Verlaufe secundärer Syphilis stets vergrössert. Diese Milzschwellung beginnt im primären Stadium, im Anschlusse an das Auftreten des Initialaffectes und die denselben begleitende Drüsenschwellung; sie geht den Secundärsymptomen zeitlich voraus. In den ersten Monaten der exanthematischen Periode bleibt die Milz gross, und die Vergrösserung ist weder in Correspondenz mit der Schwere der Syphilis, noch wird sie durch Behandlung beeinflusst. Am Ende des ersten Jahres nach der Infection beginnt sich die Milz allmähig zu verkleinern, ausgenommen Fälle maligner Syphilis, in denen die Vergrösserung bis in das tertiäre Stadium verbleibt. Die Milzvergrösserung gestattet frühzeitige Differenzirung des weichen vom syphilitischen Schanker. Im ersten Falle fehlt sie stets. Ebensowohl ist in Fällen zweifelhafter Natur die Constatirung der Milzschwellung ein wichtiger diagnostischer Factor. Wie die universelle Drüsenschwellung ist auch die Milzschwellung ein bleibendes Symptom der Infection.

Mit Rücksicht auf die Frage der Excision des Initialaffectes ist Milzschwellung eine Contraindication, Fehlen derselben eine Indication zur Vornahme der Operation. Finger.

(16) Homén hatte Gelegenheit bei der Section eines im März 1892 an einer Pneumonie gestorbenen Mannes im Dünndarm 30 meist vollständig circuläre, narbige Einziehungen von je 1 bis wenige Cm. Ausdehnung in der Längsrichtung des Darmes zu finden, oberhalb der eingezogenen Stellen, an denen die Serosa verdickt und mit Rauigkeiten bedeckt war, fanden sich sackförmige Erweiterungen des Darmes bis zu einer Circumferenz von 13—14 Cm. Anfang und Ende des Dünndarmes wiesen besonders zahlreiche Einziehungen auf, denen auf der Innenfläche des Darmes gürtelförmige Ulcera entsprachen. Die meist scharfen Kanten wurden fast überall von der stark verdickten Mucosa, selten von der gleichfalls geschwellten Submucosa gebildet, während der Grund mit seinem grauweissen, fibrösen Aussehen meist von der Submucosa, selten von der hochgradig verdickten, von der Submucosa sich nicht überall scharf abhebenden Muscularis dargestellt wird. Mikroskopisch zeigt die Submucosa eine relativ lockere Structur mit starker, kleinzelliger Infiltration, die sich in Form von Zellbälkchen bis in die circuläre Muscularis hineinschiebt, während die longitudinale meist frei war. An einzelnen Ulcera, deren Grund von der Muscularis gebildet wurde, geht die Infiltration durch die gesammte Muscularis zur Serosa. Die genaueren histologischen Details müssen im Original nachgelesen werden.

Anamnestisch war bekannt, dass der Pat. schon seit vielen Jahren an Darmcatarrhen, Diarrhoen etc. gelitten hatte. Herbst 1889 Infection mit Syphilis. Einspritzungscur; Sommer 1890 energische antiluetische Cur in Wiesbaden, während welcher Stomatitis und blutige Stuhlgänge auftraten. Dann bis Herbst 1891 Wohlbefinden, zu welcher Zeit Beschwerden von Seiten des Darmtractus — Constipation abwechselnd mit Diar-

rhoen, reichliche Blähungen, starke Schmerzen im Leibe — auftraten. Behandlung mit Jodkali und Massage ohne Erfolg. Im März 1892 erlag der durch seine Darmerkrankung geschwächte Pat. einer Pneumonie.

Die tuberculöse Natur der Ulcera schliesst der Verf. aus, weil sich sonst nirgends eine Spur einer tuberculösen Erkrankung fand und die Mesenterialdrüsen vollkommen intact waren. Auf Grund der Anamnese, des makroskopischen und mikroskopischen Aussehens der Geschwüre glaubt der Verf., dass sie hervorgegangen sind aus einer diffusen circulären, gummösen Infiltration der Darmwand — einer Folge der Lues. Die alleinige Localisation der Erkrankung im Dünndarm scheint daraus erklärt zu sein, dass der Darm bei dem Patienten stets ein *Locus minoris resistentiae* gewesen sei.

Lasch.

(17) Aus Untersuchungen des Urins syphilitischer Personen auf Albumin und Cylinder (der letztere Theil der Untersuchungen mittelst Stenbäck's Sedimentator ausgeführt), sowie aus Hg-Untersuchungen des Urins mit diesem Mittel behandelter Personen glaubt Welander möglicherweise folgende Schlüsse ziehen zu können:

1. Cylindrurie und Albuminurie, auf Syphilis beruhend, sind selten in einem frühen Stadium dieser Krankheit.

2. In einem späteren Stadium der Syphilis tritt in einzelnen Fällen ohne entdeckbare Ursache eine besondere Form von acuter Nephritis mit Blutcyclindern, Fettkorncyclindern, Detritus u. s. w. zusammen mit Papulo-Tuberkeln, Gummata etc. an anderen Körpertheilen auf, welche gleichzeitig mit den anderen syphilitischen Symptomen bei specifischer Behandlung bald wieder verschwindet. (Möglicherweise kann sie auf im Zerfall begriffenen Nierensyphilomen beruhen.)

3. Hg-Behandlung, namentlich kräftige, gibt sehr oft Anlass zu Cylindrurie, zuweilen auch zu Albuminurie, welche Leiden, gleich der Stomatitis, je nach der individuellen Disposition, in schwererer oder gelinderer Form auftreten. Der Urin ohne Eiweiss und ohne Cylinder berechtigt ebenso wenig wie völlig gesundes Zahnfleisch zu dem Schlusse, dass nur eine unbedeutende Menge Hg absorbirt worden ist; die Kenntniss von der Grösse der absorbirten Hg-Menge wird nur durch Untersuchung des Urins oder der Faeces auf Hg erhalten.

4. Cylindrurie und Albuminurie, auf Hg-Behandlung beruhend, sind ziemlich schnell vorübergehend und lassen in der Regel keine Disposition zur Nephritis für die Zukunft zurück.

Welander.

(18) Fischer hat 3 Patienten mit Diabetes beobachtet, deren einer in der Anamnese eine syphilitische Infection hatte; beim zweiten bestanden Zeichen tertiärer Syphilis; der dritte hatte 1875 einen Schanker und Frühsymptome, später vorübergehende Lähmungserscheinungen gehabt. Alle 3 Fälle trotzten der antidiabetischen Therapie, wurden jedoch durch die antisypilitische geheilt.

X.

## Hereditäre Syphilis.

1. **Caspary.** Ueber Vererbung der Syphilis. Verein f. wissenschaftliche Heilkunde. Königsberg. 21. März 1892. Ref. Deutsche medic. Wochenschr. 1893 p. 64. Nr. 3.
2. **Dohrn.** Zur Frage der hereditären Infection. Deutsche med. Wochenschrift. 1892. Nr. 37 p. 821.
3. **Neumann, J.** Ueber Syphilis hereditaria tarda. Internationale klin. Rundschau. Nr. 2, 4, 5 und 7. 1893.
4. **Bergh, R.** Congenitale Syphilis bei paterner Infection. Monatsh. f. prakt. Derm. Bd. XVII. Nr. 3.
5. **Etienne.** The influence of treatment of a syphilitic mother especially during pregnancy, upon the health of the infant. Boston med. and surg. Journal. CXXIX. 5. 3. Aug. 1893.
6. **Molfese.** Syphilis héréditaire anormale. Progresso medico. 20. Jan. 1892. Ref. im Journ. des mal. cut. et syph. 1892. Nr. 5 p. 257.
7. **Hereditäre Syphilis.** La Médecine moderne. 1893. Nr. 18.
8. **Nicolle.** La nourricerie de l'hospice des enfants assistés. (Enfants syphil. et suspects.) Journ. des mal. cut. et syph. 1892. Nr. 3 p. 134.
9. **Vandervelde.** Syphilis héréditaire tardive. Hémiplegie spasmodique infantile. Journ. d. méd., de chir. et de pharm. 1893. Nr. 5. p. 65. 4. II. 93.
10. **Chiari, O.,** Wien. Ueber einen Fall von Syphilis hereditaria laryngis bei einem Kinde von  $4\frac{1}{2}$  Jahren. Arch. f. Kinderheilkunde. XV. Bd. 1893 p. 228—233.
11. **Fränkel,** Hamburg. 1 Fall von congenitaler Syphilis. Aerztl. Verein, Hamburg. 17. Nov. 1891. Deutsche med. Wochenschr. 1892. Nr. 17 p. 385.
12. **Fest.** Pemphigus neonatorum syphiliticus. New-Yorker medicinische Wochenschrift. Bd. V. Nr. 3.
13. **Hessler, Robert.** Congenital Syphilis. Report of a case. Journ. of cut. and gen.-ur. dis. März 1893.
14. **Bach.** Ueber Nephritis bei Syphilis heredit. tarda. Inaug.-Dissertat. Strassburg. 1893.
15. **Taylor.** Affections of the testicles and their appendages in hereditary syphilis. The New-York medical journal. 18. Nov. 1893.
16. **Bronner.** Syphilis heredit. am Auge und Trauma. Brit. med. journ. 12. Juli 1890. D. M. Z. 1891 p. 937.

(1) Caspary spricht im Anschlusse an das Fournier-Fingersche Buch über die Verbreitung der Syphilis. Aus dem Vortrage sind im Wesentlichen folgende Punkte hervorzuheben. Erstens bekennt sich Verfasser als Gegner der Fournier'schen Syphilis hereditaria tarda, und ferner als Gegner der Fournier-Besnier-Lannelongue'schen Ansicht von der Uebertragbarkeit der Lues in zweiter Generation, dass ein hereditär-syphilitisches Individuum nur auf Grund dieser Erblues wiederum

ein hereditär-syphilitisches Kind zeugen könne; ganz unglaublich erscheint ihm die Ansicht, dass Lues von den Grosseltern auf die Enkel übergehen könne bei gesunden Eltern. Caspary hebt ferner hervor, dass er den Beweis für das Colles'sche Gesetz durch Impfung erbracht habe. Caspary bespricht dann eingehendst die Finger'schen Theorien, die er zwar für gewagt, aber für sinnreich und consequent durchgeführt erklärt. Energisch wendet sich Caspary im Anschluss hieran gegen die Finger'sche Ansicht, dass die tertiäre Lues durch die Stoffwechselproducte der supponirten Lues-Mikroorganismen veranlasst werde, wegen der gleichen anatom. Basis von Sclerose, Papel und Gumma, ferner auf Grund der Thatsache, dass oft tertiäre Erscheinungen nicht auf Jodkali, sondern erst auf Hg-Behandlung weichen.

In der sich anschliessenden Discussion hebt Lichtheim die Möglichkeit hervor, dass die Placenta wohl für geformte Stoffe undurchlässig, für gelöste dagegen durchlässig sei, dass also dadurch wohl eine Immunisirung der Frucht erfolgen könne, ohne dass sie selbst syphilitisch inficirt wird.

Galewsky.

(2) Dohrn zieht im Gegensatze zu den Syphilidologen folgende Schlüsse: Die Syphilis wird der Frucht nur zugetragen bei der Conception und Sperma sowie Ovulum sind in dieser Hinsicht durchaus gleichwerthig. Blieb das Ovulum bei der Conception gesund, so wird es auch durch eine während der Tragzeit acquirirte Syphilis nicht inficirt; ebensowenig inficirt eine syphilit. Frucht die Mutter während des intrauterinen Lebens. Erkrankte die Mutter an Syphilis, so beruhte das auf einer von dem Erzeuger des Kindes ihr direct zugetragenen Infection. Das syphilitische Gift überschreitet, wie Kassowitz mit Recht behauptet, die placentaren Scheidewände weder in der Richtung vom Foetus zu der Mutter, noch von der Mutter zum Foetus.

Galewsky.

(3) Neumann ist auf Grund pathologischer und klinischer Erfahrungen theils eigener, theils citirter anderweitiger Beobachtungen zu folgenden Anschauungen über die Syphilis hereditaria tarda gekommen. Es gibt kein objectives Merkmal, welches an sich zur Diagnose der Syphilis hereditaria tarda ausreichend wäre. Die klinischen Erscheinungen unterscheiden sich nicht principiell von denen sonstiger älterer Syphilis. Die Trias Hutchinsons, ein gewisser charakteristischer Habitus, ferner die Möglichkeit eines Nachweises der Syphilis der Eltern zur Zeit der Zeugung, beziehungsweise Gestation, sonstige anamnestiche gravirende Daten bezüglich früheren Abortus der Mutter, Erkrankungen der Geschwister etc., endlich der Ausschluss von Merkmalen einer abgelaufenen, aber acquirirten Syphilis oder auch selbst der Ausschluss von Zeichen stattgehabter Cohabitation (Hymen intactum), alle diese Momente ermöglichen die Wahrscheinlichkeitsannahme von Syphilis hereditaria tarda, jedoch absolute Sicherheit zu dieser Annahme gewährt keines. Das Vorhandensein möglichst vieler der genannten Symptome an einem und demselben Individuum lässt jedoch diese nicht zu seltene Form der Syphilis mit ziemlicher Sicherheit diagnosticiren. In theo-

retisch-wissenschaftlicher Beziehung findet N. nichts Besonderes in der Annahme eines jahrelangen Latentbleibens der Keime bis zu einer Eruption, welche erst eine Diagnose Syphilis ermöglicht, da dies ja auch ein bei acquirirter Syphilis häufig beobachtetes Vorkommen ist, sobald diese nur erst in das gummöse Stadium gerückt ist.

K. Ullmann.

(4) Bergh hebt hervor, dass zumeist diejenigen Mütter, deren Kinder an congenitaler Syphilis erkranken, selbst krank sind, wenn sie auch gesund scheinen. In ganz einzelnen Fällen scheint aber eine paterne Infection mit Ausschluss der Mutter vorzukommen. Verf. gibt dafür ein prägnantes Beispiel; in der Literatur konnte er nur 2 ähnliche Fälle finden.

Sternthal.

(5) Auf Grund von 32 Fällen, in denen Etienne den Verlauf der Schwangerschaft syphilitischer Frauen und das Schicksal der Kinder beobachten konnte, stellt er die Thesen auf, dass ohne spezifische Behandlung die Mortalität der Kinder 95% erreiche, dass aber diese Zahl bei geeigneter Behandlung erheblich geringer würde. Sehr wesentlich würde die Prognose beeinflusst durch den Zeitpunkt der Infection der Mutter. Erfolgt dieselbe in den ersten 5 Monaten der Gravidität und beginnt keine energische Behandlung, so ist die Prognose absolut infaust. Die Syphilis des Vaters ist für den Foetus viel ungefährlicher, als die der Mutter.

Lasch.

(6) Die eine Patientin Molfese's, welche kurz nach Eingehung ihrer Ehe von ihrem Mann inficirt worden war, gebar nach 5 Aborten ein gesundes, jetzt 4 Jahre altes Kind, dann ein todtgeborenes, dann ein gesundes, dann wieder ein todtgeborenes. Eine zweite Patientin gebärt von ihrem in der Secundärperiode befindlichen Manne zuerst ein gesundes Kind, macht dann zwei Aborte durch und bringt dann nach spezifischer Behandlung wieder ein gesundes Kind zur Welt.

Paul Neisser.

(7) Ein im 26. Jahre luetisch inficirter, energisch und lange behandelter Patient heiratet nach 9 Jahren; seine Frau, die während der Gravidität sehr schwach wird, kommt mit einem scheinbar gesunden und kräftigen Kinde nieder, das nach 2 Monaten, während deren es die Mutter genährt hat, eine Amme, die 2 gesunde Kinder hat, an der linken Brust inficirt — darnach werden bei ihm selbst Plaques an Mund und Genitalien gefunden.

Y.

(8) Nicolle schildert die Art der Ernährung und Behandlung der in den „Enfants assistés“ aufgenommenen syphilitischen Kinder. Die Ernährung erfolgt durch Eselinnenmilch, in späteren Monaten durch Kuhmilch, die Behandlung mit Van Swieten'schem Syrup (15–50 Tropfen tägl.). Trotzdem ist die Sterblichkeit eine sehr beträchtliche.

Paul Neisser.

(9) Vandervelde fand bei einem 5jährigen Kinde, das nacheinander an Kopfschmerz, linksseitiger Athetose, Convulsionen mit linksseitiger Hemiparese erkrankt war: Nystagmus; Facialis und Extremitäten

links gelähmt, Sensibilität, elektrisches Verhalten normal. Bei der Autopsie fand sich neben syphilitischen Veränderungen der Brust- und Bauchorgane ein grosses Gumma im Bereich des äusseren Theiles des rechten Sehhügels, der inneren Kapsel, der oberen Partien des Pedunculus cerebri; dabei ausgesprochene absteigende Degeneration. Y.

(10) (Chiwri.) Ein 4½-jähr., seit den ersten Lebenstagen heiserer und nachweislich patern hereditär-syphilitischer Knabe, welcher bald nach der Geburt von einem syphilitischen Exanthem befallen wurde, wird angeblich nach Erkältung plötzlich vollkommen aphonisch und sodann von laryngealen Stenosen-Erscheinungen ergriffen.

Laryngoskopisch wird festgestellt: Verdickung des rechten Fussbeckenknorpels, Infiltration und tiefgreifende Ulceration am rechten Stimmbande. Plötzlicher Erstickungsanfall macht Tracheotomie nothwendig, worauf durch combinirte Inunctions- und Jodkali-Therapie complete Heilung des Kehlkopfleidens herbeigeführt wird.

Die Diagnose wurde vom Autor auf syphilitische Ulceration und Perichondritis gestellt u. zw. auf Grund der Anamnese, des Fehlens papillärer Auswüchse am Geschwürsgrund, der glatten Randbeschaffenheit des Ulcus und wegen gleichzeitiger multipler Drüsenschwellungen. Bemerkenswerth an dem Falle ist das Freibleiben des Rachens, der Nase und der Epiglottis von syphilitischen Geschwüren. Strauss (Ueber Lues tarda laryngis im Kindesalter, A. f. Kdhlkd. XIV. 1892) fand unter 14 zusammengestellten Fällen von Larynxsyphilis bei Kindern die obgenannten Organe 12mal miterkrankt. Hochsinger.

(11) Fränkel legt Präparate von einem congenital-luetischen Kinde vor. Es handelt sich um eine diffus-entzündliche Affection der Lungen, welche die Consistenz und Farbe einer weichen Leber zeigten. Ausserdem fand sich die von Wegner beschriebene Osteochondr. syphil. Galewsky.

(12) Fest berichtet über drei Fälle von congenitaler Lues mit sehr ausgeprägten und charakteristischen Symptomen. Zur Behandlung der excoriirten Plaques empfiehlt er Bismuthum subgallatum.

(13) Hessler fand bei der Section eines bei der Geburt verstorbenen, ausgetragenen und wohl entwickelten Kindes, dessen Eltern keine Zeichen einer syphilitischen Erkrankung an sich tragen, eine ausserordentlich starke Vergrösserung der Leber, leichte Milzschwellung und eine derb consistente Lunge von leicht röthlicher Farbe. Ausser mässiger Lymphdrüsenschwellung waren pathologische Veränderungen am Körper nicht sichtbar; das Gehirn war nicht obducirt worden. Die mikroskopische Untersuchung ergab einen hohen Lymphocytengehalt des Blutes, umfangreiche Zellinfiltrationen in Leber und Lunge, deren alveoläre Construction ganz verloren gegangen war, daneben starke Verdickungen der Gefässwände. In den Infiltraten liessen sich Tuberkelbacillen nicht nachweisen. Das Bemerkenswerthe an dem Fall ist der Leucocytenreichtum und das gänzliche Fehlen der gewöhnlichen äusseren Zeichen von congenitaler Syphilis. Ledermann.

(14) Auf Grund der sehr sorgfältig aus der Literatur herausgesuchten Fälle, sowie der Beobachtungen aus der Strassburger Klinik glaubt Bach die Wichtigkeit der Syphilis hered. tarda als ätiolog. Moment für Nephritis betonen zu müssen. In seinen beiden Fällen scheint ihm der Nachweis, dass es sich wirklich um eine syphilit. Nephropathie handelt, aus dem Erfolge der Jodkaliumbehandlung, dem gleichzeitigen Bestehen anderer syphilit. Erscheinungen, der Familien-Anamnese und dem Fehlen eines anderen ätiologischen Momentes erbracht zu sein.

L a s c h.

(15) Taylor hat in letzter Zeit 6 Fälle von hereditärer Hodensyphilis beobachtet; er hält sie für eine ziemlich seltene Erscheinung. Sie kann schon am 9. Tage nach der Geburt auftreten, wird aber klinisch gewöhnlich erst im 2. Lebenshalbjahr beobachtet. Der Verlauf ist ein langsamer, schleichender; der Hoden schwillt zu einem schmerzlosen, etwa wallnussgrossen, derben und harten Tumor an, der aber nicht die holzartige Härte erlangt, wie bei dem Erwachsenen. Das Scrotum ist oft hyperämisch, die Albuginea selten höckrig. Der Nebenhoden kann ganz oder theilweise ergriffen und auf Druck etwas schmerzhaft sein. Der gewöhnliche Ausgang ist der in Schrumpfung, doch beobachtet man zuweilen Abscessbildung und Necrose des Hodens. Eine häufige Complication ist die Hydrocele; sie kann leicht, aber auch sehr ausgesprochen sein. In jedem Fall ist, ehe man sich zur Abtragung des Hodens entschliesst, eine energische antiluetische Cur einzuleiten. Das von Deschamps und Hutinel aufgestellte Criterium der Doppelseitigkeit derluetischen Orchitis gegenüber der Einseitigkeit bei Tuberculose hat nicht für alle Fälle Giltigkeit. Dagegen sind bei letzterer gewöhnlich die Nebenhoden stärker betheiligt; ausserdem sind meist Vas deferens, Samenbläschen und Prostata ergriffen.

K o c h.

(16) Bronner theilt 3 Fälle mit, in denen an offenbar syphilitisch-hereditär belasteten Patienten in Folge eines Traumas des Bulbus Keratitis interstitialis und Chorioiditis peripherica entstand. — Nach Ansicht des Verfassers sollen recht häufig Erschütterungen des Bulbus einen localen Durchbruch latenter congenitaler Syphilis verursachen können, doch werden diese Fälle sehr häufig übersehen.

---