

Aus der Akademischen Klinik für Hautkrankheiten in Düsseldorf.

Ueber ungewöhnlich lange Latenz der Syphilis und über die Prognose der Erkrankung.

Von Dr. Karl Stern, Direktor der Klinik.

Im Laufe des letzten Jahres kamen mir drei Fälle zur Beobachtung und Behandlung, die in ihrem Verlauf ungewöhnliche Abweichungen darboten von dem, was wir sonst zu sehen gewohnt sind bei der Syphilis. Wenngleich ich mir schon lange zum Grundsatz gemacht habe, mich bei Fällen von Syphilis über nichts mehr zu wundern, da bei dieser Erkrankung alles möglich scheint, so boten mir doch diese Fälle den Anlaß, mich in der Literatur etwas umzusehen und Studien zu machen über die Prognose der Syphilis, wie sie sich uns nach den bisherigen Erfahrungen darstellt. Ich habe den Eindruck, daß in gegenwärtiger Zeit, die Infektion mit Syphilis vielfach unterschätzt werde, wohl zum größten Teil durch die nicht zu leugnenden Ersterfolge des Salvarsans. Ich sage „Ersterfolge“, denn ich gehöre bei aller Wertschätzung des neuen Mittels bekanntlich nicht zu denjenigen Optimisten, die nunmehr die „Austilgung der Syphilis“ lediglich durch Salvarsan für Kinder spiel halten.

Die Fälle, die ich im Sinne habe, sind kurz folgende:

Am 14. März 1913 wurde in meine Klinik der Patient X aufgenommen mit der Diagnose „Handekzem“. Bei der Aufnahme gab der Patient an, daß er sich seit einem Jahre in ärztlicher Behandlung (auch spezialärztlicher) befunden habe, ohne wesentlichen Erfolg. Die Veränderung an seinen Händen, die in Form von Schuppung angefangen, habe aller Behandlung mit Salben und auch mit Röntgenbestrahlung getrotzt. Frühere Erkrankungen habe er nicht durchgemacht, sei verheiratet und habe mehrere gesunde Kinder. Seine Frau sei ebenfalls völlig gesund.

Als ich den Patienten am Tage nach seinem Eintritt in die Klinik sah, stellte ich die Diagnose: Lues, Papeln in den Handflächen. Ich sagte dem Patienten auf den Kopf zu, daß er mal Syphilis gehabt habe, was er zunächst energisch bestritt mit dem erneuten Hinweis auf seine „mehr als 20jährige tadellose Ehe und seine gesunden Kinder“. Als ich jedoch nachdrücklich bei meiner Diagnose blieb, gab der Patient mir im „Vertrauen“ zu, daß er vor 25 Jahren einen Schanker gehabt und beim Militär eine sechswöchentliche Schmierkur durchgemacht habe. Seit der Zeit habe er niemals etwas wieder gemerkt und darum auch ruhig geheiratet.

Die genaueste körperliche Untersuchung ergab auch nicht den geringsten Anhalt für eine Diagnose, etwa Narben oder Pigmentationen, dagegen war die Wa.R. stark positiv. Die sofort eingeleitete spezifische Therapie mit grauem Pflaster lokal und Salvarsan- bzw. Neosalvarsaninjektionen brachten die Papeln in den Handflächen in vier Wochen zum Schwunde. Die Wa.R. blieb bei der Entlassung noch positiv.

Der Befund bei der Aufnahme ist durch eine gute Moulage festgehalten, die in nicht zu verkennender Weise die deutlich braunroten, derben Infiltrate zeigt, die in der Form und Größe einer Linse die Handflächen, besonders an den Randpartien besetzten.

Der Zusammenhang in diesem Falle ist möglicherweise der, daß durch ein vorausgegangenes Ekzem die Haut so gereizt wurde, daß die im Körper noch schlummernden Spirochäten sich wieder ansiedeln konnten. Wahrscheinlicher aber ist mir, daß es sich von vornherein um die Entwicklung von Papeln gehandelt hat, da es mir kaum erklärlich scheint, daß ein regelrecht behandeltes „Ekzem“ der Heilung so lange getrotzt haben sollte. Gerade der Umstand, daß nach Einleitung der spezifischen Therapie, die natürlich nicht unterstützt wurde durch eine antiekmatische, die Affektion so glatt zurückging, rechtfertigt meine Auffassung, daß es sich von vornherein um Papeln gehandelt hat, die nur verkannt wurden, weil man an die Möglichkeit der Entwicklung in so spätem Alter nicht

gedacht hat. Das Interesse des Falles liegt eben in dem Auftreten von Papeln nach 25 Jahren. Wir rechnen die Papeln zu den Frühererscheinungen der Syphilis und nehmen an, daß, wenn sich die Spirochäten nach einer so langen Ruhepause wieder entwickeln, es zur Bildung von sogenannten tertiären Formen kommt, infolge der „Umstimmung der Gewebe“. Unser Fall beweist, daß diese Anschauung nicht allgemein gültig sein kann. Er wirft auch auf die Frage nach der Bedeutung der Wa.R. ein gewisses Licht. Wir sind noch im Unklaren darüber, ob die positive Reaktion nur die Tatsache der einmal erfolgten Infektion anzeigt (eine Auffassung, die z. B. von Delbanco u. a. geteilt wird), oder ob, wie andere annehmen, die positive Reaktion aktive Syphilis beweist. Unser Fall ist in nicht geringem Grade geeignet, die Auffassung zu stützen, daß die positive Reaktion aktive bzw. wieder aktivierte Syphilis anzeige. Eine Tatsache, die für die Bewertung der Reaktion in prognostischer Hinsicht von Bedeutung ist.

Der mitgeteilten Beobachtung schließen sich zwei in meiner Privatpraxis gemachte an.

In dem einen Fall handelt es sich um einen Herrn in den sechziger Jahren, der mich wegen eines Haarleidens aufsuchte. Er gab an, daß er seit drei Monaten an einem intensiven Jucken auf der Kopfhaut leide, das mit starker Schuppenbildung einhergehe. In letzter Zeit sei dazu eine „Verdickung der Kopfhaut“ getreten. Ich fand bei dem im übrigen gut aussehenden Herrn, der sehr rüstig war, neben einer starken Pityriasis capitis an der Grenze der Haare auf der linken Schläfenseite eine Gruppe kreisförmig angeordneter, trockener, derber, brauner, mit leichter Schuppe bedeckter Effloreszenzen, die genau so aussahen wie Papeln im sekundären Stadium. Als ich auch in diesem Falle die Diagnose „Syphilis“ stellte und dem Herrn sie auf dem Kopf zusagte, lachte er mich aus und meinte: Wie soll ich denn zu Syphilis kommen, ich bin ja seit 28 Jahren verheiratet und habe ganz gesunde Kinder? Wie es so oft geht, ließ sich der Patient überzeugen, als ich ihm das Resultat der sofort vorgenommenen Wa.R. mitteilen konnte. Ernstlich erstaunt über den Fortschritt der Diagnostik, gab er mir dann zu, daß er vor 23 Jahren infiziert sei und nach mehrfachen Schmierkuren als „geheilt und heiratsfähig“ von seinem Arzt entlassen sei. Zu einer energischen Kur mit Neosalvarsan konnte der Patient sich „aus Angst vor seiner Frau“ nicht entschließen, nahm aber Jodkali, und zwar mit gutem Erfolg.

Auch hier ist bemerkenswert, daß die Syphilis keineswegs im sogenannten Tertiärstadium gumöse oder ulzerative Prozesse machen muß, daß sie vielmehr, wie im ersten Falle, so auch hier anatomische Produkte hervorbringen kann, auch nach sehr langer Latenz, die sich in nichts von den Produkten der sogenannten Sekundärperiode unterscheiden.

Aehnlich lag ein dritter Fall, der wegen eines lange Zeit vergeblich auch mit Röntgenbestrahlungen behandelten Nasenleidens zu mir kam.

Der Patient hatte ein Rhinophym dem ersten Anblick nach und war auch offenbar nach dieser Diagnose behandelt worden. Mir fiel auf, daß auf dem angeblichen Rhinophym sich kleine, eingezogene, glatte, weiße Narben fanden, die nicht in das Bild passen. Von ulzerativen Prozessen war sonst nichts zu bemerken, nur bestand eine derbe Infiltration der Nase, besonders in ihrer Spitze. Auch hier ergab die Wa.R. eine stark positive Reaktion, und meine Diagnose, daß es sich umluetische Veränderungen handle, wurde durch das Zugeständnis des Patienten, vor 15 Jahren infiziert zu sein, nicht minder aber durch den geradezu zauberhaften Erfolg der alsbald eingeleiteten Neosalvarsantherapie auf das glänzendste bestätigt.

Ich habe derartige, ganz und gar von dem Bilde der Spätsyphilis abweichende Infiltrationszustände der Haut noch zweimal gesehen. Einmal handelte es sich um einen Herd am Finger, der sich durch eine ungewöhnliche Hartnäckigkeit auszeichnete und bei einem Patienten bestand, dessen Infektion auch über zehn Jahre zurücklag. In dem andern Fall saß die Affektion am Daumen und zeichnete sich durch eine ungewöhnliche Schmerzhaftigkeit aus, die aber wohl mehr durch eine sekundäre Infektion mit Eitererregern bedingt war. In beiden Fällen lag die Infektion sehr weit zurück, in beiden Fällen wurde nach anfänglichem Fehlschlagen der reinen Jodkalitherapie durch energische mehrfache Neosalvarsaninjektionen ein voller Erfolg erzielt. Bei beiden Fällen war aber und blieb die Wa.R. positiv. Bemerkenswert war auch in diesen Fällen, daß in dem einen die Heirat vor Jahren schon erfolgt war, mit gesunder Frau und gesunden Kindern, und daß in beiden seit Jahren keinerlei Erscheinungen von Sekundärerkrankungen beobachtet waren, zumal beide energisch behandelt waren. Ich habe

diese Fälle an die Spitze meiner Ausführungen gestellt, weil sie mir beachtenswert erscheinen. Alle haben das Gemeinsame, daß nach langer Zeit Veränderungen beobachtet wurden, die ihrer anatomischen Erscheinungsform nach in das Gebiet der sogenannten sekundären Produkte gerechnet werden müßten. Wir werden gut tun, die ganze alte Stadieneinteilung der Syphilis fallen zu lassen. Denn ebenso wie wir wissen, daß Produkte, die anatomisch zu den sogenannten tertiären Formen gehören, im ersten Stadium der Syphilis, ja bei Bestehen des Primäraffektes vorkommen können, so müssen wir damit rechnen, daß zu einer Zeit, in der wir nach unsern bisherigen Erfahrungen gummöse bzw. ulzeröse Formen erwarten, Produkte in die Erscheinung treten, die anatomisch ganz und gar denjenigen der ersten Infektionszeit, wenn wir so sagen dürfen, gleich sind. Die Art der klinischen Erscheinungsformen hängt zweifellos ab von der Reaktion des Gewebes auf die eingedrungenen Spirochäten. Ist die Reaktion sehr energisch, so entsteht ein derbes Infiltrat, der Primäraffekt, ausgezeichnet durch eine starke Durchsetzung des Gewebes mit Leukozyten. Nimmt im Laufe der Jahre die Reaktionskraft des Gewebes ab, so entsteht ein leicht zerfallendes Gewebe, das Gumma bzw. das Uleus mit Neigung zum peripherischen Fortschreiten (serpiginös ulzeröse Syphilis). Aber diese ganze Einteilung hat, wie nicht genug betont werden kann, nur einen doktrinären Wert. Sie muß fallen, und wir müssen uns an die Tatsache gewöhnen, daß zu jeder Zeit der Latenz sowohl derbe Infiltrate als auch ulzerative Prozesse entstehen können. Daß die Roseola (in das Gebiet der mehr erythematösen Erscheinungen gehörend) noch nach langen Jahren auftreten kann und keineswegs nur eine Erscheinung der sogenannten „Eruptionsperiode“ ist, hat Fournier mehrfach betont. Er sah Roseola noch im zehnten Jahre nach der Infektion.

Wir kommen mit der Feststellung der Tatsache, daß noch nach so langer Zeit Erscheinungen auftreten können, die wir meist als Zeichen einer frischen Durchseuchung des Organismus mit Spirochäten auffassen, zu einer anderen Auffassung der Prognose der Syphilis. War schon der Nachweis von Spirochäten in gummösen Produkten, der bald nach der Entdeckung der Syphiliserreger von verschiedenen Seiten geführt wurde, geeignet, unsere Auffassung von der Harmlosigkeit der gummösen Prozesse besonders nach der Richtung der Uebertragbarkeit hin erheblich zu beeinflussen, so müssen die mitgeteilten Erfahrungen, daß offenbar vollvirulente Spirochäten nach Jahrzehnten noch im Körperschlummern können, unsere Anschauung doch noch mehr ändern. Wenn wir auch nach dem Nachweis der Spirochäten im Gehirn von Paralytikern und Tabikern, den bekanntlich Noguéli geführt hat, auf weitere Uebertragungen auf diesem Gebiete gefaßt sein müssen, so werden wir doch heute schon unsere Meinung nach mancher Richtung hin ändern müssen. Vor allem werden wir aus der Tatsache, daß ein ehemals Infizierter gesunde Kinder erzeugt und seine Frau anscheinend nicht infiziert hat, keinerlei Rückschluß machen dürfen darauf, daß nun bei einem solchen Patienten keinerlei Gefahr der Uebertragung mehr bestehe. Ich halte es nach meinen Beobachtungen nicht für absolut ausgeschlossen, daß selbst nach so langer Zeit die durch irgendeine Veranlassung wieder mobil gemachten Spirochäten auch Infektionen vermitteln können. Daß gummöse Prozesse infektiös sein können, ist nach dem Spirochätenbefund nicht zweifelhaft und wohl allgemein nunmehr anerkannt.

Auf einen weiteren Punkt muß ich aber besonders ausführlich eingehen, das ist nämlich die Frage, wie weit das Ausbleiben von Rezidiven eine „Heilung“ der Syphilisinfektion bedeute. In zahlreichen Arbeiten aus den letzten Jahren, besonders aus der Salvarsanära, kehrt als ein besonderer Beweis der nachhaltigen Wirksamkeit des neuen Mittels die Angabe wieder, daß nach Salvarsananwendung die Rezidive ausgeblieben oder nur in einer verhältnismäßig kleinen Zahl sich eingestellt hätten. Noch in der sehr lesenswerten Arbeit von Scholz und Ries¹⁾ finde ich diese

Auffassung in ausführlicher Weise vertreten. Daß ich den Ausdruck „Heilung der Syphilis“ für erheblich verfrüht halte, will ich nur nebenbei bemerken. Die Autoren widmen der Frage der Rezidive nach ihrer Behandlungsmethode einen breiten Raum in ihrer Arbeit und heben besonders hervor, daß sie rund 12 % Rückfälle beobachtet hätten bei im ganzen 316 ständig kontrollierten Kranken. Von primärer Lues fanden sie bei im ganzen 85 behandelten Kranken sechs Rückfälle = 7,5 %. Von sekundärer Lues innerhalb der ersten zwei Jahre nach der Infektion 231 Kranke mit 32 Rückfällen = 14 % (S. 1443.) Für bedenklich halte ich die Auffassung der Autoren, die sie in den Worten niederlegen: „Wir müssen uns da an die bisherige Erfahrung halten, welche lehrt, daß bei frischer Syphilis sowohl nach Quecksilberbehandlung, wie nach Salvarsanbehandlung in der Regel nach drei bis sechs, spätestens nach neun Monaten klinische oder serologische Rezidive aufzutreten pflegen, sofern eine Heilung durch die Kur nicht eingetreten ist.“ Wir werden sehen, wie wenig sich diese meines Erachtens sehr gefährliche Auffassung mit den Angaben der Literatur und mit unsern sonstigen Erfahrungen deckt. Nach der Auffassung der Autoren müßte also ein Freibleiben von klinischen oder serologischen Erscheinungen im Laufe eines Jahres bei frischer Syphilis im „Gros der Fälle“ „Heilung der Infektion“ durch die Kur bedeuten (vgl. S. 1443, Spalte 2, Zeile 16ff. von oben).

Um nicht meine eigenen Erfahrungen, die sich keineswegs mit dieser Auffassung decken, sprechen zu lassen, habe ich mich in der Literatur umgesehen, um zu erforschen: Was wissen wir denn überhaupt über die Häufigkeit der Rezidive bei der Syphilis? Wie oft rezidiert denn überhaupt eine Syphilis und zwar, wenn sie garnicht behandelt wird, und zweitens, wenn sie gut behandelt wird? Unter „guter Behandlung“ verstehe ich mindestens eine gründliche Quecksilberkur, ohne mich hier auf die Frage der chronisch intermittierenden Behandlung einzulassen, eine Frage, die wir im Laufe unserer Erörterungen gelegentlich streifen werden. Um mich zu unterrichten, habe ich die einschlägige Literatur, soweit ich sie fassen konnte, seit dem Anfang des vorigen Jahrhunderts (Anfang 1810) durchgesehen und gebe die Ergebnisse in kurzen Angaben wieder. Selbstverständlich habe ich bei der Verwertung der Angaben eine entsprechende Kritik geübt, was um so notwendiger schien, als bekanntlich im Anfang des vorigen Jahrhunderts unter dem Einfluß der Ricord'schen Unitätslehre eine Auffassung mancher Erscheinungen geltend war, die wir heute nicht mehr teilen können. Es bleibt aber auch nach Ausschalten der zweifelhaften Fälle ein nicht geringes Material zur Beurteilung der Frage geeignet. Auffallend ist, daß sich die Lehrbücher der Syphilis wenig oder garnicht über die Frage auslassen, wie oft die Syphilis rezidiviert. Nur in dem bekannten Werk von Lang fand ich eine diesbezügliche Notiz, auf die ich später zurückkomme. Es liegt das wohl daran, daß das außerordentlich wechselnde Material der Erkrankten nicht oft in der Beobachtung eines Arztes bleibt.

Statistiken über Reihenbeobachtungen von Syphilitikern durch denselben Arzt sind im ganzen selten. Eine von Caspary (Königsberg) ist lehrreich. Sie ergibt, um das hier gleich vorwegzunehmen, daß nach der damals üblichen Behandlungsart (eine Schmierkur) 10 % der Fälle überhaupt nicht rezidierten, d. h. niemals in der Beobachtungszeit wieder ärztliche Behandlung notwendig hatten. Der Rest kam im Laufe der Jahrzehnte wegen eines oder mehrerer Rezidive wieder in Behandlung, oft nach langer Zeit des Freiseins. Derartige, wenn ich so sagen darf, „individuelle“ Statistiken sind aber in der Literatur selten. Vor allem sind sie aus den letzten 25 Jahren nicht zu erhalten, weil bei der Spezialisierung der Medizin die Beobachtungen sich vielfach teilen. Mir persönlich ist eine ganze Anzahl meiner früheren Patienten wieder bekannt geworden, die trotz eines Rezidivs nicht von mir im Journal geführt werden konnten, weil sie „wegen eines Nervleidens“ in anderweitige Behandlung gekommen waren.

Um Material zu finden über die Häufigkeit der Rückfälle überhaupt, muß man zurückgehen in die Zeit vor der chronisch-intermittierenden Behandlung. Wer Anhänger

¹⁾ D. m. W. Nr. 30 (Juli 1913).

der letzteren Methode ist, sieht naturgemäß weniger Rezidive, weil er ja vorbeugend behandelt. Die meisten Autoren der letzten 20 Jahre werden also an ihrem eigenen Material nicht hinreichend Beobachtungen machen können über diese Frage. Wir haben aber an den Prostituierten, die ja vielfach wenigstens einer längeren Beobachtung unterworfen werden können, ein Material, an dem wir bis zu einem gewissen Grade wenigstens Erfahrungen sammeln können, da sie meist „symptomatisch“ behandelt werden. Ein weiteres Material stellen die tertiären Fälle dar. Aus einer ganzen Reihe von Mitteilungen geht hervor, daß tertiäre Formen als erste Beobachtungen der Erkrankung notiert wurden, daß also der Kranke von einer stattgehabten Infektion „nichts wußte“. Da wir nun doch wissen, daß die meisten Sekundärererscheinungen deutlich sichtbare Veränderungen darstellen (wenn wir mal von den ganz vereinzelt flüchtigen Roseolen absehen), so werden wir aus der Tatsache, daß ein an sich glaubwürdiger Patient, der mit tertiären Erscheinungen zu uns kommt, ohne daß er von seiner Syphilis etwas weiß, den Rückschluß machen können, daß in einem bestimmten Prozentsatz der Fälle von Tertiärismus die Infektion nicht etwa „übersehen“ ist, sondern daß tatsächlich die Sekundärererscheinungen (also Rezidive im engeren Sinne) nicht vorhanden waren. Ähnlich liegt es mit den Tabes-Paralysefällen. Wir müssen heute sagen, daß bei beiden Erkrankungen die Syphilis die Hauptrolle spielt. Wenn nun bei einem großen Prozentsatz der Fälle die Anamnese bezüglich der Infektion negativ ist, so beweist das nicht, daß eine solche nicht stattgefunden hat, sondern die negative Anamnese bei an sich verständigen Patienten beweist nur, daß die Sekundärererscheinungen (Rezidive) nicht vorhanden bzw. so gering vorhanden waren, daß sie sich der Beobachtung seitens des Patienten entzogen. Nach diesen Gesichtspunkten habe ich das Material verarbeitet.

Als erste sehr wichtige Tatsache muß festgestellt werden: ein erheblicher Prozentsatz der Syphilisfälle bekommt überhaupt keine Sekundärererscheinungen (Rezidive) oder, wie Lang es ausdrückt: die Infektion kann sich in jedem Stadium, auch dem allerersten, erschöpfen. Fournier wies an seinem Material nach, daß etwa 40 % aller Fälle von Syphilis ohne (erstes und typisches) Exanthem verlaufen. Diese Angabe deckt sich mit Erfahrungen aus den englischen Militärlazaretten aus dem Anfang des vorigen Jahrhunderts, die ich fand (4). Danach wurden von 4767 Fällen von Schanker [die einer dreijährigen Beobachtung ohne andere Behandlung als eine lokaler Art („simple treatment“) unterzogen wurden] in 167 Fällen Sekundärererscheinungen festgestellt. Nun müssen wir ohne weiteres zugeben, daß unter den Fällen von „Schanker“ gewiß manche gewesen sind, die mit unseren heutigen diagnostischen Hilfsmitteln ohne weiteres als „nichtsypilitisch“ anerkannt worden wären. Andererseits aber findet in dem Bericht der englischen Militärchirurgen sich eine so ausgezeichnete Beschreibung der „Schanker“, daß man nicht zweifelhaft sein kann, die englischen Kollegen waren damals keine schlechten Diagnostiker. Zieht man aber auch einen erheblichen Teil ab, so bleibt doch die Zahl der Sekundärererscheinungen sehr gering.

Auch der erfahrene Wiener Kliniker v. Siegmund schreibt in einer seiner Arbeiten: „Mehr als $\frac{1}{3}$ der Kranken (39 %) wurden ohne jede spezifische Behandlung dauernd geheilt.“ Wir werden hinter das „dauernd geheilt“ nach unseren jetzigen Kenntnissen ein Fragezeichen machen müssen, verwerten die Angabe des bewährten Syphilidologen auch nur, um zu beweisen, daß in einer erheblichen Anzahl der Fälle die Infektion mit Syphilis ohne Secundaria (Rezidive) verläuft. Wenn das aber der Fall ist, so werden wir von unsern „Erfolgen“ gleich diesen Prozentsatz abrechnen müssen.

Es unterliegt kaum einem Zweifel, daß bei der Ansteckung mit Syphilis in mindestens 30—40 % der Fälle die äußeren Erscheinungen (Exanthem, Schleimhautveränderungen) nicht beobachtet werden, mit andern Worten, in rund 40 % der Syphilisfälle bleibt die Infektion auf die inneren Organe beschränkt. Diese Auffassung finde ich auch bei Neisser (7), der Seite 62 schreibt: „Diese Beobachtungen mahnen auch zur

Vorsicht in der Beurteilung von Fällen, in denen Rezidive (Exanthem) nicht zur Beobachtung gelangen.“ Es können anscheinend sehr wohl in der Haut exanthematische Vorgänge sich abspielen, ohne daß wir sie mit unsern klinischen Methoden erkennen können.

Auch Gussmann betont, daß selbst in den Fällen, wo durch eine energische Frühbehandlung die erste „klinische“ Eruption unterdrückt wird, gleichwohl eine Ueberschwemmung des Organismus mit Spirochäten statthaben kann. Wahrscheinlich ohne daß überhaupt die Behandlung auch nur den Zeitpunkt dieses Ereignisses verschieben könnte. Die Spirochaeta pallida kann sich also für kürzere oder längere Zeit in Organen ansiedeln, ohne in der Folge klinische Erscheinungen zusetzen. Analogerweise werden in syphilitischen Föten ungeheure Mengen von Spirochäten gefunden in Organen, welche selbst mikroskopisch keine pathologische Veränderung zeigen. An einer anderen Stelle heißt es (S. 195):

„Aus der großen Zahl von Organverimpfungen, die einerseits schon im unmittelbaren Anschluß an die Infektion und Primäraffektbildung und andererseits noch in verhältnismäßig späten Zeiten möglich waren, geht hervor, daß eine universelle Disseminierung und Deponierung des Giftes in den verschiedenen Organen, wenn auch mit verschiedener Bevorzugung des einen oder andern, schon beim ersten Generalisierungsschub stattfindet und daß damit die Depots für viszerale etc. Rezidive sofort angelegt werden . . . Daß solche frühzeitig deponierten Spirochäten jahre- und jahrzehntelang latent bleiben können, ist uns wieder aus denjenigen Fällen bekannt, in denen tertiäre Rezidive an der Stelle eines vor 30 bis 40 Jahren bestehenden Primäraffektes auftreten.“

Es wäre also grundfalsch, wenn man aus dem Umstand, daß keine Sekundärererscheinungen da sind, schließen wollte, die Infektion sei mit dem Primäraffekt „erloschen“.

(Schluß folgt.)