

Ueber Fiebercomplicationen bei Syphilitischen.

Von

Dr. Schuster,

prakt. Arzt und Badearzt in Aachen.

Bei den Fieberzuständen manifest Syphilitischer hat man sich betreffs ersterer zunächst die Frage zu stellen, „verläuft die Fiebererkrankung abhängig oder unabhängig von der vorhandenen Syphilis?“ Und hieran knüpft sich eine andere gewiss wichtige Frage: „In welcher Weise wird in beiden Fällen die Syphilis in ihrem fernen Verlaufe beeinflusst?“

In Bezug auf diese Fragen finden wir in dem classischen Werke von Zeissl „Lehrbuch der Syphilis 1872 II. Seite 79 unter „Combinationen der Syphilis“ folgende Angaben:

Was die acuten Krankheiten betrifft, so haben diese auf die Syphilis namentlich in der ersten Phase der letztern einen höchst auffallenden Einfluss. So schwinden bei Typhus, bei Blatternkranken sehr rasch bis dahin bestandene syphilitische Prurruptionen der allgemeinen Decke und der Schleimhaut; nach Aufhören des acuten Leidens kommen aber die syphilitischen Prurruptionen wieder zum Vorschein. . . . Wenn zu einem maculo-papulösen Syphilide sich eine Pneumonie zugesellt, namentlich wenn letztere mit zahlreichen Aderlässen behandelt wird, verschwindet ebenfalls das Syphilid, kehrt aber mit der Reconvalescenz nach der Pneumonie wieder. . . . die Tuberculose entwickelt sich durch das Hinzutreten der Syphilis oft äusserst rasch . . .

In Bezug auf den Verlauf der acuten Entzündungen und Fieberkrankheiten scheint im Allgemeinen durch die Syphilis keine Abweichung von dem bei Nicht-Syphilitischen einzutreten. Ich gestatte mir hierüber, ehe ich die Frage über das von Dr. G ü n t z

aufgestellte „syphilitische Fieber“ berühre, eine kurze Angabe verschiedener acuter Krankheiten bei Syphilitischen. Zunächst erwähne ich zweier Fälle von acuter Pneumonie bei Syphilitischen.

1. *Fall.* Der Eine war ein Herr von 46 Jahren, der im Jahre 1869 wegen mehrerer Gruppen kleiner Gumma-Knoten der Schultergegend in meine Behandlung trat. Er erkrankte einige Tage nach seiner Ankunft unter Schüttelfrost an acuter Pneumonie. Hohe Abendtemperaturen, geringe Morgenremissionen. Zähle Sputa cruenta. Sogleich vorgenommene örtliche Blutentziehung, Einreibung grauer Salbe, Digitalis mit Nitrum und Morphin innerlich gestatteten trotz der Syphilis einen schnellen günstigen Verlauf der Pneumonie. Am 20. Tage nahm Patient seine Thermalcur wieder auf. Das Knotensyphilid war durch die Pneumonie bedeutend abgeflacht. Gegen dasselbe wurde eine 4wöchentliche Inunctionscur bei kräftiger Ernährung vorgenommen, nachdem Patient sich vollständig erholt hatte. Anfang dieses Jahres hatte ich Gelegenheit, den Herrn wieder zu sehen. Derselbe ist seit 1869 nicht wieder erkrankt; er ist kräftig genährt und steht einem grossen Fabriksgeschäfte vor.

2. *Fall.* Der zweite Fall betraf einen jungen Cavallerie-Officier, der vergangenes Jahr neben chronischer Blennorrhoea urethralis Drüsenanschwellungen und Plaques auf den Tonsillen präsentirte, sich auch auf der Herreise einen chronischen Bronchialkatarrh zugezogen hatte. Patient war 6 Tage hier, als er von Schüttelfrost, Stechen in der rechten Seite, Dyspnoe, quälendem Husten befallen wurde. Temperatur 40.4°. Rechts unten beginnende Dämpfung. Eine energische örtliche Blutentziehung, andauernde Anwendung der Eisblase in der rechten Thoraxhälfte, Morphininjectionen, Calomel innerlich, dann Ipecacuanha mit Nitrum führten innerhalb 13 Tagen vollständige Reconvalescenz herbei, während das Fieber bereits am 6. Tage nachgelassen hatte. Die syphilitischen Erscheinungen der Tonsillen erschienen wie verschwunden nach Ablauf der Pneumonie: traten später, wenn auch nicht so stark, wieder hervor. In der 5. Woche wurde eine Inunctionscur eingeleitet, die Patient sehr wohl und mit Erfolg ertrug. Husten war bei Beginn der Cur und blieb auch später verschwunden. Ob Patient von Recidiven verschont geblieben ist, darüber sind mir bis jetzt keine Nachrichten geworden.

Auch folgende acute Erkrankungen scheinen durch die vorhandene Syphilis in ihrem Verlaufe nicht modificirt worden zu sein.

3. *Fall.* Abdominaltyphus bei einem Syphilitischen. Vor 5 Jahren stellte sich mir ein kräftig gebauter Herr von 28 Jahren mit wenigen breiten Papeln der rechten Hohlhand vor; er klagte über heftigen Kopfschmerz. Temperatur 39.8°. Andern Tags geringe Morgenremission. Abendtemperatur 40.0°. Es waren bald die Zeichen des Abdominaltyphus unverkennbar, der nur dadurch vom Verlaufe eines mittelschweren Typhus abwich, dass Patient mit den linksseitigen Extremitäten häufig schlagende Bewegungen machte.

Neben der Eiskuppe gab ich damals noch gegen das Fieber die wohl heute für den Typhus beseitigte Digitalis für einige Tage, dann Acidum muria-
ticum, gegen die später auftretende Schlaflosigkeit grosse Opiumdosen. In
der ersten nach drei Wochen eintretenden Reconvalescenz bekam Patient
in Folge Verdauungsstörung ein Recidiv, das nach 14 Tagen einem fieber-
freien Zustande wich. Patient hatte das Bett wieder verlassen, als an-
geblich nach einer heftigen Gemüthsbewegung wieder ein Rückfall eintrat.
Ich fand eine sehr hohe Temperatur (40.6°), grosse Unruhe und wieder das
in der Mitte des Typhus beobachtete Schlagen mit der linken Ober- und
Unterextremität und neben verengten Pupillen einen kaum zählbaren be-
schleunigten Puls. Hier drohte offenbar eine Meningitis, sei es nun nach
Typhus oder Syphilis; ich liess sogleich neben Laxans und Eiskuppe Ein-
reibungen aus Unguentum cinereum, alle 6 Stunden zu wiederholen, bis zur
Salivation machen. Am dritten Tage war letztere in bedeutendem Masse,
aber auch gänzliche Besserung des Allgemeinzustandes eingetreten. Die
Salivation machte noch längere Zeit zu schaffen. Die Papeln der Hohlhand,
während des Typhus bereits abgeflacht, waren verschwunden. Patient er-
holte sich langsam. Vergangenes Jahr sah ich ihn wieder. Er war gesund
geblieben und wohlgenährt. Die letzten Nachrichten aus diesem Jahre
zeugen von Gesundheit und Lebenslust.

4. Fall. Perityphlitis gegen Ende der mercuriellen Cur. Patient, ein
schwächlich gebauter Herr von 29 Jahren, kam mit Induratio orificii urethrae
und einigen Roseolaflecken 1871 in meine Behandlung; er hatte bereits zu
Hause Jodquecksilber gebraucht. Unter der Anwendung der hiesigen Thermen,
mässigen Inunctionen und kräftiger Nahrung schwanden die specifischen
Erscheinungen in der 5. Woche. Da trat plötzlich Diarrhöe ein. Andern
Tags (den 11. August) zeigen sich grosse Schmerzen in der Ileocecal-
gegend. Nachmittags sind die Schmerzen fast unerträglich; grosse Hin-
fälligkeit, bedeutendes Exsudat. Die Anschwellung ist sichtbar. Temperatur
 39.2° . 8 Blutegel mit folgender Morphinum-injection.

Am 12. August Morgens Fieber geschwunden. Noch bedeutende
Anschwellung und Dämpfung längs des Ponpart'schen Bandes nach innen
und oben sich erstreckend. Prostration. Emuls. ricinosa cum Ol. croton
0.03. Nach 2 Esslöffeln entstehen mehrere Stühle. Abends 37.4° . Morphinum-
injection.

13. August. Patient hat einige Stunden geschlafen. Auf Berührung
der kranken Stelle Schmerz. Kein Fieber. Lust zu Milch und Bouillon.
Kataplasmen sowie kleine Dosen von Jodkali versucht. Abends Morphinum-
injection.

14. August Morgens. Keine Temperaturerhöhung; Puls kräftiger, 72.
Schmerz geringer. Patient kann sich etwas bewegen. Starke Schweisse.
Vollerer Percussionston. Schmerz erst auf tiefen Druck. Da gestern kein
Stuhl erfolgte, wird heute wieder die Emulsion bis zur Stuhlwirkung ge-
geben. Das Jodkali wird fortgesetzt.

In den nächsten Tagen erhöhte die Temperatur nur einmal bis 38°; durch den Besuch der aus der Ferne herbeigeeilten Eltern war Patient aufgeregter.

Am 18. August ist Appetit gut, Exsudat 2 Finger breit über dem Poupart'schen Bande; auf Druck noch Schmerz. Bis zum 28. August hat Patient 3 laue Bäder genommen, die Kräfte sind wieder gut entwickelt. Es ist noch ein Exsudat in der Grösse eines Hühnereies vorhanden, aber nicht mehr schmerzhaft auf Druck. Patient besteht darauf, andern Tags nach Hause zu reisen, wo er Ende des Monats sein *müsse*. An demselben Tage aber bekommt er Morgens, während er zu Stuhl gegangen ist, eine profuse Darmblutentleerung. Er wird ohnmächtig ins Bett getragen, erholt sich aber bald in der horizontalen Lage. Die Geschwulst erscheint kleiner, keine Schmerzen im Leibe. Nach drei weiteren Tagen reist Patient unter Begleitung nach Hause. Hier entwickelte sich nun, wie mir sein Arzt mittheilte, Lungentuberculose, an der er im Sommer 1872 zu Grunde ging.

In diesem Falle, in welchem wohl durch das noch gebliebene Exsudat die Tuberkelinfektion veranlasst sein kann, nahm die Perityphlitis einen Verlauf, wie er auch ohne Syphiliscomplication gesehen wird. Der plötzliche Temperaturabfall nach der Blutentziehung und der vollendeten Exsudation kann nicht füglich als der Syphilis zukömmlich betrachtet werden. Das lange Bestehen des Exsudates wird auch sonst beobachtet. Eine andere Frage bleibt offen, ob nicht der längere Gebrauch des Mercuri bei schlechten Constitutionen die Exsudation resp. Durchgängigkeit und Zerreiblichkeit der Gefässwandungen fördern dürfte.

5. Fall. Choleraerscheinungen bei einem Syphilitischen. Patient, der seit Jahren an Asthma-Anfällen leidet, wegen deren er Seefahrten per Segelschiff benutzt hat, ist durch noch vorhandene Mund-Schleimhaut- sowie Nagelsyphilis, durch längeren Mercurgebrauch und unregelmässige Lebensweise heruntergekommen. Derselbe wurde während des Thermalgebrauches von in kurzer Zeit sich wiederholenden heftigen Brechdurchfällen ergriffen, die mit Temperaturniedrigung und Collapserscheinungen einhergingen. Eis, Acidum muriaticum, Morphinum injectionen und erwärmende äussere Mittel nebst kleinen Mengen Champagner waren auch hier im Stande, die bedenklichen Anfälle zu bekämpfen. Patient hat den Winter im Süden zugebracht. Seine Syphilis macht sich heute noch durch Drüsenschwellungen und Abhebung der Nageltheile bemerklich.

Es scheint demnach, dass neben der Syphilis ungestört von ihr auch in ihren verschiedenen Stadien andere acute Krankheiten einherlaufen können, und dass dieselben auf den Erfolg

einer später gegen die wiedererscheinenden Syphilissymptome eingeleiteten specifischen Cur keinen nachtheiligen Einfluss ausüben. Dass durch grössere Operationen gesetzte Wunden auch bei Syphilitischen in durchaus befriedigender Weise heilen wie dies, wenn ich nicht irre, Siegmund wiederholt und längst hervor gehoben hat, dürfte hier als analog mit dem Verlaufe acuter Krankheiten angeführt werden.

Gegenüber diesen von der Syphilis mehr unbeeinflusst verlaufenden acuten Fieberkrankheiten gibt es andere, bei denen man sich fragen muss, „sind sie in ihrem Symptomenverlaufe von der vorhandenen Lues beeinflusst, oder sind sie der gerade eigenthümliche Ausdruck der vorhandenen Syphiliskrankheit?“ Betreffs dieser Fragen findet sich in dem in diesem Jahre erschienenen Buche des Hrn. Dr. Güntz in Dresden „das syphilitische Fieber“ eine erschöpfende Zusammenstellung der verschiedenen über Fieber bei Syphilitischen bis jetzt veröffentlichten Beobachtungen. Es werden hier eingehend die Arbeiten Lancereaux's, Fournier's, Courteaux's, die des englischen Comités, bestehend aus den Herren Duffin, Berkeley Hill und dem Deutschen Bäumlcr, sowie namentlich des Letzteren Arbeit „Verhalten der Körperwärme als Hülfsmittel zur Diagnose der syphil. Erkrankung“ (Deutsches Archiv, 1871) eingehend mitgetheilt. Demnach unterscheidet Güntz ausser einem zuerst von ihm selbst genau studirten Prodromalfieber (im Eruptionsstadium der Syphiliden), ein Fieber bei der constitutionellen Syphilis, welches er das syphilitische Fieber nennt. Es ergibt sich nämlich aus den im Verhältniss zu dem vielfältigen Vorkommen der Syphilis in den verschiedenen innern Organen und Theilen noch nicht allzu reichlich vorhandenen Beobachtung für die mit der Lues eingehenden Fiebererscheinungen im Allgemeinen ein remittirender Fiebertyphus.

Wenn man berücksichtigt, dass die neben der Syphilis einherlaufenden acuten Fieberkrankheiten in ihrem Temperaturverlaufe sich verhalten, wie diejenigen bei nicht Syphilitischen, so wird man freilich genöthigt, dem remittirenden Fieververlaufe, wenn er sich gerne den späteren Formen der Syphiliserkrankung zugesellt, als letzterer besonders zukömmlich und gewiss mit einiger Berechtigung als syphilitisches Fieber zu

bezeichnen. Will man letztere Bezeichnung nicht zugeben, so muss man immerhin, wie dies Bäumler besonders hervorhebt, dem remittirenden Typhus des Fiebers einen diagnostischen Werth beilegen, insoferne, als er häufig seinen Ursprung in vorausgegangener oder vorhandener Syphilis hat.

Da der Beobachtungen über remittirendes Fieber bei Lues noch nicht allzuvieler veröffentlicht sind, so haben vielleicht folgende der von mir beobachteten und behandelten Fälle insoferne einiges Interesse, als sie die Frage über den Charakter des Fiebers weiter berühren. Ich erwähne an dieser Stelle, dass ich Gelegenheit hatte, die in den Bäumler'schen Fällen von remittirendem Fieber bei rheumatoiden Formen der Syphilis erzielte antifebrile Wirkung des Jodkalium in den letzten Tagen noch bestätigt zu sehen.

Der Fall betrifft einen Patienten mit schmerzhafter Anschwellung beider Fussgelenke, des rechten Cubitalgelenkes, des linken Unterkiefergelenkes. Ausserdem besteht Periostitis des rechten vierten und fünften Metacarpusknochens der Hand, des rechten Capitulum und Collum radii. Es besteht auf dem linken Ohre Gehörsverminderung. Der Mund kann nicht einen halben Zoll weit geöffnet werden. Puls sehr beschleunigt, Temperatur 39.4° . Herztöne rein, kein Eiweiss im Harn. Patient ist abgemagert, hat aber Hungergefühl. Er hat früher Intermittens gehabt, vor 6 Jahren an Schanker und Syphiliden gelitten. Vor 2 Jahren trat Gelenkrheumatismus auf, den er durch damals hier vorgenommene blosse Thermalcur verlor. Den in diesem Winter begonnenen Rheumatismus glaubte er auch in den hiesigen Bädern zu verlieren, die er seit 3 Wochen bis zu meinem Besuche nimmt; der Rheumatismus aber verschlimmerte sich täglich.

Am andern Morgens war die Temperatur 38.2 , Nachmittags 39.4 ; den folgenden Morgen 38.4 . Es wird nun Jodkalium verordnet 0.5 pro dosi 2 bis 4mal täglich. Hienach schwindet das Fieber innerhalb dreier Tage. Es werden jetzt neben dem Jodkalium über den andern Tag Einreibungen aus Unguentum cinereum gemacht. Die bereits in etwa gebesserten Gelenk- und Knochenaffectionen bessern sich mit jedem Tage. Nach 10 Einreibungen und Jodkalium sind die Fussgelenke frei, die Hand fast normal, der Mund kann freier bewegt werden, das Gehör linkerseits gebessert. Die Schmerzen sind verschwunden. Die Temperatur ist Abends und Morgens normal. Der Puls noch beschleunigt.

In folgenden Fällen: Pleuritis und Milztumor bei einem Syphilitischen, sowie Gastro-Enteritis mit Milztumor bei einem Syphilitischen scheint die Frage mindestens gerechtfertigt, in wie weit das Fieber, einmal mit mehr intermittirendem, das

andere mal mit remittirendem Charakter der Syphilis angehört, trotz der günstigen hier hervortretenden Chininwirkung.

1. Im März 1869 stellte sich mir ein verheiratheter Herr mit grossem indurirtem Schankergeschwür nebst indolenten Drüsenschwellungen vor, denen bald Roseola folgte. Da Patient im Hause seiner Schwiegermutter wohnte, den Frauen die Benutzung der Medicamente nur ja verheimlichen wollte, auch seinem grossen theilweise auswärts betriebenen Geschäfte vorstehen musste, so entschloss ich mich zur Sublimatinjectionscur. Dieselbe hatte abgesehen von der Schmerzwirkung, über die manche Patienten so sehr bei dieser Cur klagen, einen guten Erfolg, indem die ersten Erscheinungen allmählig zurückgingen; aber bereits im Mai wurde wegen grossgeformten maculo-papulösen Recidivs zu Inunctionen übergegangen. Im Herbst gebrauchte der von dem Recidiv befreite Patient die hiesigen Thermen, und im December begann er wegen sogenannter Psoriasis syphilitica manus und impetiginöser Geschwüre im Nacken und einer breiten Papel der Zunge eine zweite Inunctionscur. Trotz meines Bestehens auf beständigem Zimmeraufenthalte während der Cur wurde dieselbe von dem furchtsamen Ehemanne mit Umgehung meiner Beaufsichtigung derart gemacht, dass er Abends in einer Barbierstube die Einreibungen machen liess bis zum Verschwinden der syphilitischen Erscheinungen. Im März 1870 präsentierte mir der an Gesundheit heruntergekommene Patient über dem rechten Ellbogengelenk ein beiläufig zehngroschengrosses scharf gerandetes Kratergeschwür, dessen eingesunkener von einem feinem Häutchen (Rupia, Blase?) bedeckter Grund eine schmutzig graue sphacelöse Masse war. Ich verordnete neben Carbolwasserwaschungen Empl. hydrargyri örtlich und Jodkalium innerlich. Sieben Tage darauf (am 19. März) war der Geschwürsgrund reiner. Patient klagte aber über Kopfschmerz und Kurzathmigkeit. Die genauere Untersuchung ergab ein doppelseitiges pleuritisches Exsudat links handbreit hoch, rechts etwas geringer. Temperatur Nachmittags 39° C. Verordnung: Calomel mit Digitalis innerlich und strenge Bettruhe.

Den 20. März Morgens: Temperatur 37·6°, Nachmittags 39°, anhaltender kurzer Husten. Nitrum und Morphinum.

Den 21. März Morgens: Temperatur 37·8°. Exsudat in derselben Ausdehnung. Jodkalium wird wieder gegeben. Nachmittags 39·4°.

Den 22. März Morgens: Temperatur 36·6°. Das Geschwür ist in der Heilung begriffen, Exsudat unverändert. Patient beschuldigt das Jodkali, es vermehre seinen Husten; es wird aber weiter gegeben. In den Rücken wird Unguentum cinereum eingerieben. Nachmittags Temp. 38·8. Morphinum Abends.

Den 24. März. Beginnende Salivation. Patient klagt über quälende Hustenparoxysmen während der Nacht und will Jodkalium nicht weiter nehmen. Es ist heute eine auffällige Milzvergrösserung nachzuweisen. Temperatur intermittirend. Aussetzen des Unguentum cinereum und des Jodkalium. Dagegen Chlorkaliumlösung und Nachmittags Chinin 0·25.

Den 25. März Morgens 6 Uhr: Collaps, gänzlich veränderte Gesichtsfarbe und Züge. Patient hatte in der Nacht wieder heftige Hustenparoxysmen bis zur Ohnmacht. Temperatur 36°0, die Milz bildet einen grossen Tumor und ist auf Druck schmerzhaft. Wein und Chinin 0·25° vierstündlich. Nachmittags Temperatur 38·6°. Morphin wie die früheren Abende.

Den 26. März Befinden besser. Temperatur 37·2°. Chinin wird fortgesetzt und zwar bis zum 31. März 2mal täglich. Das pleuritische Exsudat und der Milztumor haben sich verringert; rechts ist das Exsudat fast verschwunden. Die Temperatur, welche in den letzten Tagen kaum über normal ging, ist heute Nachmittag normal. Wegen des noch bestehenden linksseitigen Exsudats wird Syrup. ferri jodati verordnet.

Bis zum 10. April war Patient vollständig Reconvalescent; er erholt sich nun rasch. Seine Frau, deren jüngstes Kind 4 Jahre alt war, gebar ihm 1871 ein bis heute gesundes Töchterchen. Er selbst ist bis jetzt gesund geblieben.

Dieser Fall, der etwas Pyämisches in seinem Fieberverlaufe darbot, ist mir wegen des vorhergehenden Ulcus und der spätern Complicationen auffällig geblieben. Möglicherweise bestanden das Fieber und das pleuritische Exsudat schon längere Zeit vor seiner Entdeckung.

Ohnmachtsfälle, ja selbst plötzlicher Tod sind bei Pleuritis öfter beobachtet; in erwähntem Falle wird wohl der heftige Hustenparoxysmus Störung der Blutcirculation bis zur Ohnmacht herbeigeführt haben.

In Bezug auf die Intermittenz des Fiebers bei Pleuritis sagt Oppolzer, dass es verhältnissmässig selten aufträte. Und bei Wunderlich „das Verhalten der Eigenwärme in Krankheiten“ 1868 Seite 359 heisst es: „Sehr beträchtliche und unregelmässige Schwankungen zwischen hochgesteigerten Temperaturen und tiefen Niedergängen nach Art der Pyämie kommen vornehmlich bei Endokarditen, zuweilen auch bei Entzündungen des Pericards, der Pleura und des Peritoneums vor; sie sind stets im äussersten Masse gefährlich und ein tödtliches Ende sehr wahrscheinlich“. Ferner citire ich seine Bemerkung über die Temperaturen bei chronischem Fieber S. 381.: „Ein solcher intermittensartige Verlauf des chronischen Fiebers ist ziemlich häufig; aber die Bedingungen seines Zustandekommens können nicht angegeben werden. Er kommt, allerdings nicht als der gewöhnliche Fiebertypus bei chronischer Vereiterung und phthisischen Zuständen vor, aber auch bei Erkrankungen dunkler

Art u. s. w. Bemerkenswerth ist noch, dass auf diesen Gang des chronischen Fiebers Chinin und noch mehr Arsen einen ganz unzweifelhaften Einfluss haben“ u. s. w.

Will man den erwähnten Fall nicht zu den dunklen rechnen, so dürfte man wohl in Anbetracht der Intermittenz des Fiebers sowie des sich entwickelnden Milztumors bei bestehendem Geschwür mit schlechtem Eiter eine Resorption desselben und so eine Art Septicämie annehmen, oder man müsste denn das Fieber mit den übrigen Symptomen, Ulcus, Splenitis, Pleuritis als von der Syphilis und dem schlechten Gebrauche des Merkurs abhängig betrachten.

Der andere Fall dürfte wohl dem vorausgegangenen analog aufgefasst werden können. Er betrifft einen Patienten von 29 Jahren, der sich im November 1870 eine Blennorrhoea urethralis und Schanker, durch die erstere specifische Conjunctivitis ocul. utriusque, durch letztern Lues zuzog. Nach seiner Angabe gebrauchte er Anfangs Jodkalium später, als Hautauschlag kam, eine Zeit lang Calomel, dann Jodquecksilberpillen 200 Stück.

Patient sieht (August 1871) sehr elend aus. Es besteht neben chronischer Conjunctivalblennorrhoe aufgelockertes, leicht blutendes Zahnfleisch mit lividem Rande und Foetor oris. Tonsillargegend sehr geröthet. Es finden sich über den ganzen Körper verbreitet schmutziggelbe Flecke untermischt mit Knötchen; eine kleine Cubitaldrüse sowie grosse Achseldrüse rechts; am Halse tiefe Narbe von einer in der Kindheit vereiterten Drüse herrührend. Schwellungen der Hals- und Nackendrüsen. Magen auf Druck schmerzhaft; kein Fieber; Harn eiweissfrei. Patient klagt hauptsächlich über heftigen Magendruck, so dass er nicht essen kann, über schweren Stuhl und starken Kopfschmerz.

Verordnung: Neben den Thermalbädern gegen das Magenleiden eine Lösung von Zinc. sulf. cum aq. amygd. am. innerlich.

Es stellte sich nach mehreren Tagen Appetit ein, der Kopfschmerz verschwand. Neben dem Thermalwasser wird am 12. August Jodkalium verordnet. Am 18. August hat Patient 15 Bäder genommen; er hat häufiges Hungergefühl, zu dem sich ein ohnmachtähnlicher Zustand gesellt, der nach dem Essen verschwindet. Die kleinen Knoten der Haut sind fast verschwunden. Viel Speichelabsonderung. Zahnfleisch noch livid. Die Achseldrüse bedeutend kleiner. Das Jodkali wird ausgesetzt.

Am 23. August sind die Knötchen der Haut vergangen; Zahnfleisch fast in Ordnung. Dagegen Klagen über Kopfschmerz, Schwindel, Durst. Puls 96, Temperatur 39°. Patient soll zu Bett. Blande Diät. Acidum hydrochlorat.

Den 24. August Morgens Temperatur 37°. Die Untersuchung ergibt Milzvergrösserung, Milz bei tiefem Einathmen und auf leichten Druck

schmerzhaft. Nachmittags Temperatur 37·8°. Verordnung: Chinin und 3mal täglich Eisenpillen.

Den 28. August Befinden und Appetit sehr gut. Stuhl bedarf über den andern Tag einer Rhabarberpille. Die Drüsen werden kleiner. Kopf- und Nackenschmerz sind geschwunden. Patient hat 20 Bäder genommen.

Den 1. September wird Patient auf einem Ausfluge nach Spa während des Essens von Erbrechen und Diarrhöe befallen. Ich sah ihn

den 2. September Nachmittags. Temperatur 39·6°, Puls 128°. Brechdurchfall dauert an. Eispillen und Acid. hydrochl. c. opio.

Den 3. September Morgens Temperatur 39·2°, Puls 108°. In der Nacht war noch 6mal Stuhl unter heftigen Koliken erfolgt. Verlängerung der Milz, letztere auf Druck schmerzhaft. Alumen cum opio. Nachmittags Temperatur 40°. Kein Stuhl mehr; Leib aufgetrieben. Chinin 0·5 zweimal in 2 Stunden. Eisaufschläge.

4. September Morgens. Patient hat mehrere Stunden geschlafen, aber noch 3 Stuhlentleerungen gehabt, deren erste röthlich, die anderen gelb waren. Temperatur 38·2°, Puls 96°. Wegen Schmerzen in der Magengegend Sol. Natr. bicarb. mit Aq. amygd. am.

Nachmittags noch 3 Stühle. Temperatur 39·0°. Milz noch vergrößert, aber nicht mehr empfindlich. Chinin 0·5. Dünne Fleischbrühe wird vertragen.

5. September Morgens. Temperatur 37·8°. Heftiger Magenschmerz und Durchfall. Morphiumentulsion.

Nachmittags Temperatur 38·2°. Puls 84°. Stuhl und Leibschmerz haben aufgehört. Chinin 0·5 in zwei Hälften zu nehmen. Abends spät Hallucinationen. Ohrentönen.

6. September Morgens Temperatur 37·8, Puls 84. Mittelweite Pupillen, Schwerhörigkeit, keine Knochenleitung. Chinin wird ausgesetzt. Acidum phosphoricum.

Nachmittags Temperatur 38·6°, Puls 72°. Patient hat viel geschlafen, dann wieder 4 Stühle gehabt. Milz wieder grösser und schmerzhaft. Morphinum. Bouillon und Milch.

7. September Morgens Temperatur 37°, Puls 72°; Abends Temperatur 38·0°, Puls 84°.

8. September Morgens Temperatur 37°, Puls 72°; Abends Temperatur 38·0°, Puls 84°. Chinin 0·25.

9. September. Befinden gut. Kein Kopfschmerz; leichter Schmerz in der Milzgegend. Ein vor mehreren Tagen aufgetretener Roseola-Ausschlag auf den Bauchdecken ist fast verschwunden. Zunge rein, etwas Appetit. Wein, Bouillon, Milch, Ei; Chininsolution.

10. September. Morgens 37·0°, Abends 37·0°. Milz fast zurückgegangen. Patient erholt sich ziemlich rasch so weit, dass er nach circa 10 Tagen in seine Heimat zurückreisen konnte. Im Winter 1871—1872 erfuhr ich von seinem Arzte, dass Patient in seinem Berufe thätig sei, aber noch nicht als von Syphilis befreit angesehen werden dürfe. Weitere Nachrichten fehlen mir.

In diesem Falle, in welchem der Charakter des Fiebers durch die Mittel beeinflusst ist, fällt zunächst die hohe schnell vorübergehende Fiebertemperatur 7 Tage vor dem Ausbruch der Gastro-Enteritis auf. Aus dieser Erscheinung konnte man schon einen Typhus ausschliessen. Die ersten Tage ist jedoch hohe Abendtemperatur mit kurzer Morgenremission.

Neben dem später mehr remittirenden Fieber erscheint auch hier eine schmerzhaftes Milzhyperämie und zeigt sich das Chinin ähnlich wirksam, wie im vorhergehenden Fall.

Wenn man die zu Anfang der Cur vorhandenen Magenschmerzen in Verbindung bringt mit den später unter Fieber aufgetretenen Koliken, wenn man aus dem Fieber und dem Milztumor neben der Syphilis andererseits auf eine acute Blut-erkrankung schliessen darf, so kommt man zu dem Gedanken, dass hier eine Blutinfektion sich aus nicht unwahrscheinlich vorhandenen syphilitischen Ulcerationen der Magendarmschleimhaut bei einer armseligen Constitution in Folge Resorption putriden Stoffe gebildet haben könne. In Folge dieser Auffassungsweise stellte ich den Fall in Analogie mit dem vorhergehenden.

In beiden Fällen besteht geschädigte Constitution mit Syphilissymptomen (bei dem einen (Rupia?) Geschwür, bei dem andern Knötchensyphilid (1 Jahr nach der Infection)); in beiden Fällen tritt auf syphilitischer Basis Fieber auf von theils intermittirendem, theils remittirendem Verlaufe in Verbindung mit beträchtlicher Milzhyperämie; in beiden Fällen schwinden die Fieber- und Krankheitssymptome nach consequenter Chininanwendung.

Bäumler spricht sich in der bereits citirten Arbeit (Deutsches Archiv, 1871) über die Bedeutung des remittirenden Fiebers bei syphilitischen Affectionen dahin aus, dass es als Resorptionsfieber aufgefasst werden müsse. Er will ferner wegen der auffallend raschen antifebrilen Wirkung des Jodkalium bei den syphilitischen Affectionen im Gegensatz zur indifferenten Wirkung des Jodkaliums bei anderen Formen des remittirenden Fiebers annehmen, „dass es eine ganz bestimmte, eigenartige, nur bei gewissen syphilitischen Entzündungen sich bildende Substanz ist, welche hier fiebererregend wirkt und sich der bei gewöhnlichen Eiterungen gebildeten pyrogenen Substanz durch ihr eigen-

thümliches Verhalten dem Jodkalium gegenüber auszeichnet. Das Vorkommen solcher pyrogenen Substanzen hat an sich nichts Eigenthümliches in verschiedenen Fällen des Resorptionsfiebers, und wäre ein Analogon der doch jedenfalls verschiedenen pyrogenen Substanzen der acuten specifischen Fieber.“ Ich habe einen den Bäumler'schen Fällen sich anschliessenden erwähnt, wo nicht allein das remittirende Fieber die Diagnose erleichterte, sondern auch das Jodkalium antifebril wirkte. Allerdings muss ich hier erwähnen, dass ich 2 andere Fälle von fieberhaftem syphilitischen Gelenk „Rheumatismus“ nicht anführte, weil die Diagnose des eine mal durch Syphilis der Nasenknochen, das andere mal durch Sarcocoele syphil. und Ekthymageschwüre gesichert wurde, in welchen Fällen einmal eine Inunctionscur, das andere mal eine solche mit Jodkalium Verschwinden der Krankheitssymptome erzielte. — Was nun den Erfolg des Chinin's in den beiden ausführlich erwähnten Fällen betrifft, so glaube ich nicht, dass man deshalb, weil gerade das Chinin wirkte, oder weil Milztumor da war, wie Courteaux will (siehe Güntz S. 168—69), den syphilitischen Charakter der Fiebercomplication ausschliessen darf. Wenn man auch nicht gerade berechtigt ist, das Fieber speciell in genannten Fällen als syphilitisches zu bezeichnen, so sind denn doch die Krankheitserscheinungen und ihr Verlauf so abnormer Art, dass man sie nicht, wie die Anfangs dieses Aufsatzes erwähnten acuten Krankheiten, als unabhängig von der bestehenden Syphilis betrachten kann. Das verhältnissmässig frühe Auftreten der Pleuritis, des Milztumors, Gastroenteritis nach dem Initialaffect (befördert vielleicht durch missbräuchliche Mercuranwendung) widerspricht durchaus nicht ihrem syphilitischen Ursprunge.

Gegenwärtig behandle ich einen schwächlichen Herrn, der sich im Mai vorigen Jahres inficirte, vor 3 Wochen von linksseitiger Hemiplegie befallen wurde und neben dieser Syphilis des weichen Gaumens und der Tonsillen zeigt. Siehe übrigens Ljunggrén „Ueber Vorkommen der Visceralsyphilis,“ dieses Archiv, II. Jahrg., pag. 144 ff.

Adoptirt man die Bäumler'sche Erklärung der Bildung von neuen pyrogenen Substanzen in Folge von Syphilis, so würden wir ausser einer solchen, gegen die sich das Jodkalium (und wohl auch der Mercur) wirksam zeigt, auch solche auf syphilitischem Boden sich bilden sehen, gegen die das Chinin heilend wirkt.

Immerhin aber dürften auch diese Fälle die Ansicht unterstützen, dass man da, wo mit klar ausgesprochenem Krankheits-Charakter ein mehr oder weniger stark remittirendes Fieber sich zeigt, auch bei gleichzeitigem Milztumor die Syphilis als Veranlassung mit in Betracht ziehen müsse. Gewiss wird da zuweilen die Syphilis manche Krankheitsbilder dunkler Art, von denen Wunderlich l. c. spricht, in einer auch für die Therapie bedeutungsvollen Weise illustriren.
