

D12C11¹⁰

Rieord's 216

Lehre von der Syphilis.

Nach dessen klinischen Vorträgen



Med. Doctor Ludwig Türck,

praktischem Arzte in Wien.



Wien, 1846.

Bei Kaulfuss W^{ve.}, Prandel & Comp.

02 JUL

Seiner Hochgeboren

dem

Herrn Herrn

Ludwig Freiherrn von Türkheim,

Doctor der Heilkunde,

k. k. wirklichem Hofrath, Ritter des königlich-ungarischen St. Stephans-Ordens, Commandeur des grossherzoglich badischen Zähringer Löwen-Ordens, Mitgliede der k. k. Gesellschaft der Aerzte und der Landwirthschaftsgesellschaft in Wien, der medicinisch-gelehrten Gesellschaft und des Athenäums zu Venedig, der Academie der Wissenschaften und Künste zu Padua, der physicalisch-medicinischen Gesellschaft zu London und vieler anderer gelehrter Gesellschaften theils correspondirendem, theils Ehrenmitgliede; in den Jahren 1817 und 1829 gewesenem Rector Magnificus
an der Wiener Hochschule,
etc. etc. etc.

hochachtungsvoll gewidmet

vom

Verfasser.

Hochgeborner Freiherr!

Der mächtige Impuls, den Sie dem wahren Fortschritte der Wissenschaft im Inlande gegeben, und dessen Wirkungen Oesterreichs Grenzen längst überschritten, lässt mich hoffen, dass Sie auch die Uebertragung einer so ausgezeichneten ausländischen Leistung, als Ricord's Syphilidologie ist, auf einheimischen Boden, geneigt aufnehmen werden. Ich bitte Euer Hochgeboren, derselben dadurch Ihren Schutz angedeihen zu lassen, dass Sie mir

erlauben, der vorliegenden Schrift Eurer
Hochgeboren allverehrten Namen vorzu-
setzen.



Mit dem Ausdrücke der ausgezeich-
netsten Hochachtung

Eurer Hochgeboren

gehorsamster Diener

Doctor Türck.

Vorwort.

Jedermann, der Ricord's Klinik im Hôpital du midi zu Paris durch längere Zeit besucht, wird sich nicht nur von der Neuheit und Klarheit der Ansichten des berühmten Syphilidologen in hohem Grade angezogen fühlen, sondern auch Gelegenheit finden, viele derselben am Krankenbette bestätigt zu sehen.

Sie schienen mir, abgesehen von ihrem wissenschaftlichen Interesse, von so grosser praktischer Wichtigkeit, dass in mir der Wunsch entstand, einen grösseren Kreis meiner deutschen Kunstgenossen mit ihnen bekannt zu machen. Ricord entsprach diesem Wunsche, indem er zur Veröffentlichung der vorliegenden Mittheilungen mit grösster Bereitwilligkeit seine Zustimmung ertheilte.

Dieselben enthalten getreue Auszüge aus dessen im Laufe des Jahres 1844 gehaltenen klinischen Vorträgen. Sie sind grösstentheils pathologischen Inhaltes und beschränken sich auf die Syphilis im eigentlichen Sinne, mit Ausschluss der Lehre vom Tripper. Die Therapie ist nur kurz angedeutet. Wer sie *in extenso* kennen lernen will, findet sie mit wenigen Abweichungen in dem mit Ausnahme der Impfversuche

beinahe bloss therapeutischen *Traité des maladies veneriennes*, welcher bereits im Jahre 1838 von Dr. Müller in's Teutsche übertragen wurde.

Sollte der Verlauf der Syphilis unter dem teutschen Himmel hier und da eine Abweichung von dem in Paris beobachteten darbieten, so wird dennoch der grösste Theil von Ricord's auf sehr zahlreichen und umsichtigen Beobachtungen beruhender Pathologie auch diesseits des Rheines Geltung haben.

Es sei mir schliesslich erlaubt, Ricord für die viele, auf seiner Klinik mir zu Theil gewordene Belehrung meinen wärmsten Dank zu sagen. Würde in manchem der geehrten Leser ein gleiches Gefühl rege werden, so hätte diese Schrift ihren Zweck erreicht.



Dr. Türck.

Der primäre Schanker.



Die einzigen zwei sicheren Kennzeichen des primären Schankers sind die Erzeugung einer charakteristischen Pustel durch Einimpfung des secernirten Eiters und die Entstehung der constitutionellen Syphilis.

Einimpfung des primären Schankers.

Der primäre Schanker hat zwei Stadien, das ulceröse oder eigentliche Schankerstadium und das Stadium des Wiederersatzes (*Stadium reparationis*).

Nur im ersten Stadium steckt er an, und lässt sich durch Impfen übertragen, im zweiten dagegen hat er aufgehört, einen specifischen Eiter abzusondern, er ist ein einfaches, der Vernarbung entgegengesetztes Geschwür geworden. Wenn man Schankereiter aus der ersten Periode mittelst einer Lanzette unter die Epidermis bringt, zeigen sich folgende Erscheinungen: In den ersten 24 Stunden röthet sich die Impfstelle; vom 2. zum 3. Tag erhebt sie sich als eine von einem rothen Hof umgebene Papula, vom 3. zum 4. Tag zeigt sich auf derselben häufig schon ein kleines Bläschen; vom 4. zum 5. Tag nimmt die Secretion unter der Epidermis zu und wird eiterartig, es bildet sich die Pustel aus. Der Entzündungshof, der bis

dahin im Zunehmen begriffen war, verschwindet oder nimmt wenigstens ab, wenn sich die Pustel nicht etwa vergrössert; dafür indurirt die Basis der Pustel; vom 6. Tage an verdickt sich der Eiter, die Pustel wird runzlig, und bald bilden sich Krusten. Werden diese abgelöst, oder fallen sie von selbst, so zeigt sich die Haut darunter in ihrer ganzen Dicke kreisrund, wie mit einem Locheisen ausgestochen. Der Grund des zurückbleibenden Geschwürs ist graulich weiss, speckartig, pseudomembranös, lässt sich nicht reinigen; er sitzt auf einer indurirten Basis auf. Die Ränder, welche durch die ganze Dicke der Haut gebildet werden, sind mehr weniger unterminirt, speckig, und bilden nach aussen eine braun-bläulich-rothe harte Wulst.

Wenn man was immer für Eiter einimpft, kann man Pusteln erzeugen. Diese Pseudopusteln haben aber, vorausgesetzt, dass man den Eiter bloss unter die Epidermis bringt, und nicht etwa die Haut mit der Lanzette durchsticht, nur einen geringen Entzündungshof, ihre Basis indurirt nicht; wenn man die Pustel öffnet, so hat man ungefähr den Anblick einer von der Epidermis entblösten Vesicatorstelle, höchstens sieht man in der Mitte ein kleines Loch, nie aber ist die Cutis im ganzen Umfange der abgezogenen Epidermis abgängig, wie bei der Schankerpustel, auch sind die Ränder nicht unterminirt. Mit dem Eiter der Schankerpustel kann man wieder eine zweite wahre Pustel erzeugen.

Wird Schankereiter auf von Epidermis oder Epithelium entblöste Stellen aufgetragen, so findet keine Pustel-, sondern nur Geschwürsbildung Statt. Wird er in das subcutane Zellgewebe gebracht, so entwickelt sich phlegmonöse Entzündung, und es bildet sich ein Abscess.

Durch Einimpfung von Trippereiter lässt sich keine wahre Pustel erzeugen, selbst nicht auf einer Schleimhaut.

Bei den nicht seltenen Fällen, in denen sich an einem mit primärem Schanker behafteten Individuum zugleich ein Tripper oder ein suppurirender, einfach entzündlicher Bubo oder etwa ein in Eiterung übergegangener Furunkel u. dgl. vorfindet, macht Ricord auf seiner Klinik gewöhnlich zwei Impfversuche zur selben Zeit. Auf den einen Schenkel wird Schankereiter, auf den zweiten der aus einer andern der eben bezeichneten Quellen enthaltene Eiter geimpft. Nur jener erzeugt eine Schankerpustel, dieser letztere dagegen nicht. Hiedurch wird am besten der gegen den diagnostischen Werth der Impfung gerichtete Einwurf einiger Gegner Ricord's widerlegt, welche behaupten, dass vermöge der syphilitischen Diathese der mit primärem Schanker Behafteten durch die Einimpfung von was immer für Eiter, so wie auch durch andere Verletzungen der Haut eine Schankerpustel entstehen könne.

Ricord zerstört die Pustel und die indurirten Partien gewöhnlich am 5. Tage mit der Wiener-Ätzpaste, welche er im Umfange eines Silberzehners aufträgt.

Varietäten des primären Schankers.

Nebst dem einfachen Schanker kommen folgende Varietäten vor:

Der phagedänische, diphtheritische Schanker. Er characterisirt sich durch einen pseudomembranösen Grund, durch reichliche Secretion und durch starkes Umsichgreifen. Dieser eigen-

thümliche Character wird nicht durch die Qualität oder Intensität des Ansteckungsstoffes, sondern durch die Individualität des Kranken oder durch äussere Einflüsse begründet.

Der phagedänische diphtheritische Schanker kommt häufig bei scorbutischen, scrophulösen, chronischen Hautkrankheiten unterworfenen Individuen vor; häufig wird er durch einen schlechten Zustand der Verdauungsorgane unterhalten, oder es ist dieser letztere Ursache, dass ein einfacher Schanker in einen phagedänischen übergeht. Oft scheint ungesunde, kalte, feuchte Wohnung die Schuld zu tragen, man weiss ja, dass sich Schanker, welche in wärmeren Climates erworben wurden, in kälteren oft furchtbar verschlimmern und *vice versa*.

Der phagedänische, diphtheritische, serpiginöse Schanker. Er ist der eben beschriebene, nur mit der Eigenthümlichkeit, dass er auf der einen Seite vernarbt, während er sich nach einer anderen Richtung weiter ausbreitet.

Der gangränöse Schanker. Hier tritt durch übermässige Entzündung Brand ein; die secernirte Jauche ist sehr scharf. So wie sich der Brandschorf abstösst, hat man es mit einer reinen Wundfläche zu thun. Diese Varietät kommt häufig bei Säufern vor.

Der indurirte Schanker ist der wichtigste von allen. Hunter's Ausspruch: »der Schanker hat meistens eine indurirte Basis,« ist nicht richtig, denn es gibt vielleicht mehr nicht indurirte als indurirte Schanker.

Wer einen indurirten Schanker hat, hat auch schon constitutionelle Syphilis. Die Induration hängt nicht von einer Eigenthümlichkeit des Giftes, sondern von den individuellen Verhältnissen des Kranken ab. Ein Individuum, welches schon einmal an einem indu-

rirten Schanker mit constitutioneller Syphilis litt, ist weniger disponirt, einen zweiten indurirten Schanker zu bekommen. Die Behandlungsweise kann Schuld sein, dass sich ein Schanker indurirt; doch bewirkt diess selten die Cauterisation, obwohl sie oft Veranlassung zu Entzündung und hartem Ödem gibt, welche sehr wohl von der specifischen Induration zu unterscheiden sind. Vor Ablauf der ersten 4 bis 5 Tage seines Bestehens indurirt kein Schanker. Da nun mit der Induration auch schon die constitutionelle Syphilis gegeben ist, so muss man, um diese zu verhüten, den Schanker mit dem Ätzmittel zerstören, bevor noch eine Woche nach dem ansteckenden Coitus verstrichen ist. —

Der indurirte Schanker characterisirt sich folgender Weise. Zwischen den Fingern gedrückt, zeigt die indurirte Stelle eine elastische knorpelähnliche Härte, sie fühlt sich scharf umschrieben an, so dass kein unmerklicher Übergang zu dem umgebenden gesunden Gewebe Statt findet. Die indurirte Partie enthält weniger Blut als im Normalzustande, denn sie wird beim geringsten Drucke blass. Die Induration überschreitet selten die Grösse eines Silbergroschens bis Silberzehners. Sie nimmt die Basis und Ränder des Geschwürs zugleich oder nur die Basis, oder nur die Ränder allein ein, in welchem letzteren Falle sie die Gestalt eines Ringes zeigt. Die Ränder des indurirten Schankers sind selten scharf abgeschnitten, sie gehen meistens unmerklich in den Grund über; sie sind selten unterminirt. Der Grund ist weniger grau, weniger diphtheritisch, als bei den andern Schankern. Bei allen Arten von Schankern sieht man sehr oft, dass sie sich an ihrem ursprünglichen Sitze vermehren, so dass aus einem zwei oder mehrere entstehen, der indurirte Schanker dagegen bleibt meistens allein.

Der Verlauf ist sehr langsam, schmerzlos, die Absonderung gering, deshalb werden auch indurirte Schanker von den Kranken die längste Zeit hindurch übersehen, ein Umstand, der viele Ärzte zu dem Irrthum verleitet, für die Schanker ein Incubationsstadium von vielen Tagen, ja Wochen anzunehmen.

Jeder Schanker kann induriren, so wie im Gegentheile jeder indurirte Schanker phagedänisch, gangränös werden kann, diess letztere namentlich bei Säufnern, bei reizender Behandlung, fortgesetztem Beischlaf. Hier kann natürlich die Gangrän nicht vor der allgemeinen Ansteckung bewahren, indem diese schon voraus erfolgt war.



Diagnose des primären Schankers.

Einfache Wunden, Hautabschürfungen, mit welchen besonders leicht die ganz oberflächlichen Schanker verwechselt werden können, heilen, wenn sie nicht eigens unterhalten werden, schnell, während kein einfacher Schanker, der nicht cauterisirt worden war, in 8 Tagen heilt, und kein indurirter in 3 Wochen, ohne die nach diesem letzteren noch zurückbleibende Verhärtung mit einzurechnen. Diese Zeitbestimmungen allein reichen in manchen Fällen hin, einen Patienten wegen einer etwa zu befürchtenden constitutionellen Syphilis vollkommen zu beruhigen.

Herpes praeputialis. Hier bilden sich 5 bis 6 und mehr Bläschen mit Jucken; in 8 Tagen ist Alles vorüber, sehr selten dauert es länger als 14 Tage. Mercurialbehandlung begünstigt die Wiederholung der Anfälle.

Beim Eczem ist die Diagnose schwieriger wegen der längeren Dauer des Übels.

Krebs des Penis. Diese in den fünfziger bis sechziger Jahren nicht seltene Krankheit beginnt sehr häufig mit Induration der Vorhaut oder Eichel bei mit Phimosis behafteten Individuen, nachdem wiederholte durch Unreinlichkeit bewirkte Entzündungen vorausgegangen waren. Wenn diese Indurationen ulceriren, sehen sie einem indurirten Schanker sehr ähnlich. Wie leicht sich beiderlei Affectio-
 nen verwechseln lassen, möge ein Fall aus Ricord's Praxis darthun. Ein 60jähriger Mann mit angeborner Phimosis, welcher seit Jahren an einem stinkenden Ausfluss aus dem Gliede litt, hatte eine sehr beträchtliche Induration, von der man nicht entscheiden konnte, ob sie in der Vorhaut oder an der Eichel sass. Es hatten sich seit langer Zeit stechende, schiessende Schmerzen eingestellt, die Gesichtsfarbe war gelblich, cachectisch, keine Erscheinungen von constitutioneller Syphilis waren vorhanden; man glaubte demnach, es mit Krebs zu thun zu haben, und schritt zur Operation. Als das Präputium gespalten war, zeigte sich an demselben eine knorpelharte umschriebene Induration. Man liess die Operation hierbei bewenden und wartete noch zu. Nach wenigen Tagen erschienen Symptome von secundärer Syphilis, welche, so wie auch der anfänglich für Krebs gehaltene indurirte Schanker in kurzer Zeit durch eine Mercurialcur beseitigt wurde. Der Mann hatte, wie sich dann aus der Anamnese ergab, erst vor einem Monat den Schanker bekommen; wäre er unglücklicherweise auf der Eichel statt auf der Vorhaut gesessen, so hätte man ihn auch nach Aufschlitzung dieser letzteren für Krebs gehalten, und ohne Weiteres die Amputation vollzogen.

Die secundären Schanker am Penis können einen grauen, speckigen Grund, unterminirte Ränder u. s. w., kurz ganz den Typus eines primären Schankers zeigen; die Diagnose, welche zuweilen in forensischer Beziehung von Wichtigkeit ist, beruht auf der Anamnese und auf dem Resultate der Impfung. Die secundären Schanker am Gliede treten nämlich zugleich oder nicht lange vor oder nach einer allgemeinen pustulösen oder tuberculös-crustösen Hauteruption auf; die Krusten am Penis fallen ab, und lassen an ihrer Stelle Schanker zurück, oder es bilden sich um die Zeit der allgemeinen Eruption gleich ursprünglich Schanker ohne vorausgegangene Krusten. Dieser letztere Vorgang findet an jenen Stellen des Gliedes Statt, wo sich die allgemeinen Bedeckungen gewissermassen einer Schleimhaut nähern, nämlich an der Eichel und am inneren Blatte der Vorhaut. Die Resultate der Impfung sind beim secundären Schanker des Gliedes negativ, indem nur der primäre Schanker durch Impfung übertragen werden kann.

Oft hat der Schanker einen verborgenen Sitz. Unter die verborgenen oder larvirten Schanker lassen sich ausser den durch Phimosis verborgenen die in der Harnröhre, am After und an gewissen Stellen der weiblichen Genitalien sitzenden zählen.

Die Schanker in der Harnröhre kommen ziemlich oft vor. Auf Ricord's Klinik sind beinahe immer einige zu finden. Meistens sitzen sie nahe an der Mündung, selten weiter nach rückwärts; nur ein einzigesmal sah Ricord, dass sich die Geschwüre bis zur Blase erstreckten. Die Ansteckung geschieht häufiger bei nicht ganz vollendetem Actus, indem da die Harnröhre nicht durch die Ejaculation von dem aufgenommenen Gifte wieder gereinigt werden kann.

Der Schanker in der Harnröhre unterscheidet sich vom einfachen Tripper dadurch, dass der Ausfluss gering und sehr häufig blutig, rostfarben, jauchig ist, was beim Tripper, wenn nicht reizende Injectionen gemacht wurden, sehr selten vorkommt; es sind beim Harnröhrenschanker meistens Schmerzen beim Druck auf eine umschriebene Stelle vorhanden. Ist der Harnröhrenschanker ein indurirter, so lässt sich die Härte ganz deutlich fühlen, nur muss man zu dem Behufe bei verticaler Stellung des Gliedes die Eichel von vor- nach rückwärts zusammendrücken. Drückt man von einer Seite zur anderen, so findet man in der Regel nichts.

Die primären Schanker am After können erzeugt werden durch Schankereiter, welcher von der Vulva nach rückwärts fließt, oder durch besudelte Finger dahin gebracht wird, z. B. bei *Prorigo ani*; eine andere Entstehungsart ist jene durch Paederastie. Man hat die trichterförmige Gestalt des Anus als Hauptkennzeichen der Paederastie aufgestellt, jedoch mit Unrecht; denn einerseits wird schon ein sehr häufiger Missbrauch vorausgesetzt, bis der After eine trichterförmige Gestalt bekommt, und andererseits entsteht dieselbe eben so gut durch Abmagerung, namentlich bei Lungentuberculose. Wenn ein Individuum zahlreiche Condylome am After hat, so gibt diess auch das Ansehen eines trichterförmigen Anus; sind überdiess noch die Condylome exulcerirt, so lässt sich mancher Arzt verführen, hier gleich Paederastie vorauszusetzen.

Nicht selten gehören die an den weiblichen Genitalien sitzenden Schanker ebenfalls zu den larvirten. Man muss, um sie zu entdecken, die Clitoris von ihrem Präputium entblößen, die Harnröhre ausdrücken, zwischen den Carunkeln suchen. Am Gebärmutterhalse verlieren die Schanker viel von ihrem charac-

teristischen Aussehen, und sind leicht mit anderen nicht syphilitischen Affectionen zu verwechseln. Sie unterscheiden sich jedoch von diesen letzteren dadurch, dass sie häufiger an der vorderen Gebärmutterlippe und an der vorderen Fläche der Scheidenportion oder am vorderen blinden Sacke der Vagina vorkommen, und schärfer begränzt sind, während sich die nicht syphilitischen Erosionen mehr verwischt, nicht so nett umschrieben zeigen, und sich am ganzen Umfange des Gebärmutterhalses und an dem hinteren Labium vorfinden. Ricord hält es nicht für unwahrscheinlich, dass letztere an der eben bezeichneten Stelle Folge der Reibung bei der so häufigen Vorwärtsbeugung des Uterus seien. Das einzige sichere Kennzeichen ist wieder die Inoculation.



Prognose des primären Schankers.

a) In Bezug auf dessen Dauer. Diese ist schwer zu bestimmen. Ein Schanker kann in 14 Tagen heilen und kann Jahre lang bestehen. Ricord beobachtete einen Schanker, der 7 Jahre dauerte. In der Regel dauert der einfache Schanker 6 Wochen bis 3 Monate, der phagedänische diphtheritische noch 2 bis 3 Monate, nachdem er bereits diesen eigenthümlichen Character angenommen. Der gangränöse Schanker heilt schnell; wenn einmal die Gangrän begränzt ist, in 4 bis 6 Wochen; der indurirte in 2 bis 3 Monaten, bei einer guten Mercurialbehandlung in 3 Wochen, einem Monate.

Der Sitz ist auch von Einfluss auf die Dauer. An der Vorhaut oder den grossen Schamlippen heilt ein Schanker schneller,

als am After oder Frenulum, indem er an diesen letzteren Stellen häufiger Zerrung, Reibung, Verunreinigung durch Harn und Faeces ausgesetzt ist, auch der Eiter weniger gut fortgeschafft werden kann.

b) In Bezug auf die örtliche Ausbreitung und Destruction ist die Prognose beim einfachen Schanker am günstigsten, wenn nicht die Constitution des Kranken den Übergang in einen phagedänischen oder gangränösen befürchten lässt. Beim gangränösen Schanker ist die Prognose schlimmer, jedoch setzt gewöhnlich die Verschiedenheit der Gewebe der Zerstörung eine Gränze, so z. B. ist es sehr selten, dass sich bei einem Schanker der Vorhaut die Gangrän auf die Eichel verbreitet, auch bleibt hier die Harnröhre beinahe immer verschont. Häufiger wird dagegen diese letztere mitergriffen, wenn die Eichel von Gangrän befallen ist. Bei den phagedänischen Schankern lässt sich in Beziehung der örtlichen Destruction gar keine Prognose stellen. Sie können ungeheure Zerstörungen anrichten, z. B. von der Vagina aus den Mastdarm perforiren, in der Leistengegend die grossen Gefässe anlagen und dadurch zu tödtlichen Blutungen Veranlassung geben.

c) In Bezug auf die Entstehung von Bubonen. Hierauf hat der Sitz einen grossen Einfluss. Die Schanker am Frenulum bei Männern und in der Nähe der Harnröhre bei Weibern ziehen beinahe nothwendig einen Bubo nach sich, selbst wenn sie von sehr geringem Umfang und einfache Schanker sind. Der Grund, warum bei Weibern die Bubonen seltener sind, als bei Männern, liegt darin, dass bei ersteren die Geschwüre an der Harnröhre bei weitem nicht so häufig vorkommen, als bei den Männern jene am Frenulum. Die bei den so zahlreichen Impfversuchen Ricord's an den Oberschenkeln erzeugten und gewöhnlich wieder am 5. Tage

durch das Causticum zerstörten Schanker hatten nachweisbar niemals einen Bubo zur Folge. Von allen Varietäten des Schankers lässt der gangränöse durch übermässige Entzündung am allerwenigsten einen Bubo befürchten. Je ruhiger sich der Kranke verhält, je weniger reizend seine Diät ist, um so weniger läuft er *caeteris paribus* Gefahr, einen Bubo zu bekommen.

d) In Bezug auf die Entstehung von constitutioneller Syphilis beruht die Prognose auf mehreren Elementen, von denen das wichtigste die Form des Schankers ist. Auf den indurirten Schanker folgt unausweichlich constitutionelle Syphilis, wenn nicht eine gehörige Behandlung eingeschlagen wird, ja die Induration bildet sich schon unter dem Einflusse einer constitutionellen Infection. Ricord sah noch nie eine Ausnahme von diesem Gesetze. Wenn beim gangränösen Schanker durch übermässige Entzündung die Gangrän innerhalb der ersten 7 Tage eintritt, und den Schanker in seinem ganzen Umfange verlitigt, so folgen sicher keine secundären Zufälle. Der einfache Schanker gibt verhältnissmässig nicht oft zur Lues Veranlassung. Es ist noch ungewiss, ob auf einen phagedänischen, diphtheritischen Schanker je constitutionelle Syphilis folgt. Ob der Schanker an den Genitalien oder anderswo sitzt, ist ganz gleichgültig, eben so dessen Grösse. Der kleinste Schanker kann allgemeine Infection bewirken, während bei einem das ganze Glied einnehmenden Geschwüre die Constitution vom Gifte verschont bleibt. Eben so wenig Einfluss hat die Anzahl der Geschwüre. Wichtiger ist deren Dauer. Man darf sich aber hier nicht auf die Beobachtungen der Kranken verlassen, sondern man muss von dem letzten Beischlafe an rechnen. Ist noch keine Woche darnach verflossen, und man cauterisirt gehörig, so hat

man keine allgemeine Infection zu fürchten; ist jedoch diese Zeit überschritten, so gewährt die Cauterisation keinen Schutz mehr, und es ist in Bezug auf die Wahrscheinlichkeit einer allgemeinen Ansteckung ungefähr dasselbe, der Schanker mag 14 Tage oder mehrere Monate gedauert haben, ja Ricord glaubt sogar, dass sich die Gefahr einer constitutionellen Syphilis vermindere, wenn das Geschwür einmal über ein halbes Jahr alt geworden ist. Keine bloss örtliche Behandlung des Schankers ausser der Abortiv-Methode hat irgend einen Einfluss auf Verhinderung der secundären Zufälle, wohl aber gilt diess von einer allgemeinen Behandlung, welche häufig deren Auftreten hinausschiebt. Wenn keine innere Behandlung eingeleitet wurde, und ein Jahr nach dem Schanker noch keine secundären Symptome eintreten, so kann man sicher sein, dass keine Lues nachfolgen wird. Wurde dagegen der Kranke einer allgemeinen Behandlung unterworfen, so darf man diesen Schluss nicht mehr machen, indem sich dann oft erst später, als nach einem Jahre constitutionelle Syphilis zeigt.

Therapie des primären Schankers.

Der einfache Schanker muss in den ersten fünf Tagen zerstört werden. Geschieht dieses, so erfolgt gewiss keine constitutionelle Syphilis. Zu dem Ende wird der Höllenstein oder die Wiener-Ätzpaste in Anwendung gezogen; die letztere aber nur, wenn man nicht Gefahr läuft, benachbarte Theile, welche geschont werden sollen, mit zu treffen. Eben so muss man die oft starke Anschwellung berücksichtigen, welche auf die Anwendung des Cau-

sticums folgt, und nicht an der Eichel oder dem inneren Blatte der Vorhaut ätzen, wenn ein gewisser Grad von Phimosi vorhanden ist. Wenn die angegebene Periode verstrichen oder die Abortiv-Methode aus einem andern Grunde nicht anwendbar ist, so beschränkt sich Ricord's Behandlung im Allgemeinen auf fleissiges Reinigen des Geschwüres, sodann Auflegen von mit aromatischem Wein benetzter Charpie mit oder ohne Opiumextract. Bei sehr starker Secretion wendet er ein Decoct von Gerberlohe an; häufig zieht er auch Emollientien, endlich leichte Cauterisationen in Gebrauch.

Beim gangränösen Schanker ist in der ersten entzündlichen Periode rein antiphlogistisch zu verfahren. Der Gebrauch des Mercuri kann bei dieser Varietät des Schankers sehr schädlich werden. Wenn einmal Gangrän eingetreten ist und die Kräfte sinken, gibt Ricord Säuren, Kampher, Moschus etc. Hat sich der Brand begrenzt, so entfernt man den Schorf so bald als möglich. Auf die nun zurückbleibende einfache Wunde wird bei trägem Heiltriebe aromatischer Wein umgeschlagen, auch leicht mit Höllenstein touchirt.

Der phagedänische, diphtheritische Schanker ist am schwierigsten zu behandeln. Wenn ein phagedänischer Schanker bei einem scrophulösen, scorbutischen Individuum vorkommt, ist nebst der örtlichen eine diesen Diathesen entsprechende innere Behandlung einzuleiten. Oft leistet die locale Anwendung narcotischer Mittel ausgezeichnete Dienste. Kochsalzlösung, Jodsolution, Calomel mit Kalkwasser (das schwarze Wasser), Sublimat, Quecksilbercyanür in sehr geringer Dosis als Salbe, *Unguent. basiliconis*, Ätzmittel, aromatischer Wein, Cantharidenpulver haben in einzelnen Fällen guten Erfolg gehabt, während sie Ricord in vielen

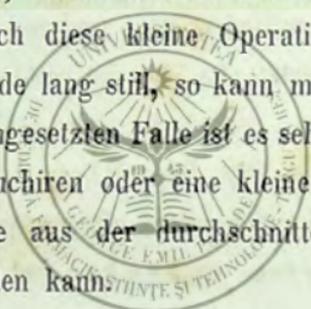
andern gar nichts leisteten. Dasselbe gilt vom allgemeinen Gebrauche des Merkurs, welcher oft gar nichts nützt, ja offenbar schadet, da manchmal unter seinem Einflusse ein einfacher Schanker phagedänisch wird, oder ein schon in das Stadium des Widerersatzes übergehender recrudescirt. In anderen Fällen dagegen ist eine Mercurialcur sehr nützlich. Es gibt durchaus keine Anhaltspunkte, um vorauszusehen, welche Behandlungsweise in einem gegebenen Falle nützen oder schaden werde. Wendet man ein Mittel an, so muss man immer erst einige Tage abwarten. Tritt nach dieser Zeit ein Stillstand im Umsichgreifen des Geschwüres ein, oder erfolgt nach weiteren 5 bis 6 Tagen eine geringe Besserung, so muss man schon zufrieden sein, und mit dem Mittel fortfahren, so lange es etwas leistet. Es ist sehr rätlich, zu einer Mercurialcur erst überzugehen, nachdem viele andere Mittel gescheitert hatten. In Betreff der Diät folgt Ricord hier, so wie bei den übrigen Varietäten des Schankers allgemeinen Indicationen.

Beim indurirten Schanker hat man in Hinsicht der Therapie am meisten Sicherheit. Da mit ihm zugleich constitutionelle Syphilis gegeben ist, so muss man ihn so behandeln, wie die secundären Symptome, d. h. mit Mercur. Nebst dem innerlichen Mercurialgebrauche wendet Ricord äusserlich gewöhnlich das *Ung. ciner. fortius* mit Opiumcerat oder ein Gemenge aus 4 Theilen Calomel und 30 Theilen Opiumcerat, im Stadium des Widerersatzes Waschungen mit einer Kochsalzlösung an, worauf jedesmal Calomelpulver eingestreut wird. So lange nach geschehener Vernarbung noch eine Verhärtung zurückbleibt, ist der Kranke nicht als geheilt zu betrachten. Hier zieht Ricord nebst dem Fortgebrauche des letztgenannten Mittels eine leichte Compression in Anwendung.

Nur wenn nach lange fortgesetzter Behandlung eine knorpelähnliche Härte als Residuum zurückbleibt, darf man sich erlauben, dieselbe auszuschneiden.

Der indurirte Schanker in der Harnröhre erzeugt Dysurie, wie eine Stricture. Die Induration kann zwei bis drei Jahre dauern, und am Ende knorplich werden. Diese Art von Stricture heilt man durch eine bloss innerliche Mercurialcur. Die Heilung wird übrigens durch die Anwendung sehr dünner, mit grauer Salbe oder mit Calomelpomade bestrichener Bougies befördert.

Wenn ein Schanker am Frenulum sitzt, muss man dieses also gleich durchschneiden, indem dadurch die Heilung sehr abgekürzt wird. Steht die durch diese kleine Operation bewirkte Blutung durch eine halbe Stunde lang still, so kann man den Kranken ruhig verlassen. Im entgegengesetzten Falle ist es sehr rätlich, die Wunde mit Höllenstein zu touchiren oder eine kleine Naht anzulegen, indem die Hämorrhagie aus der durchschnittenen kleinen Arterie leicht gefährlich werden kann.



Der Bubo.



Die verschiedenen Arten des Bubo.

a) **D**er einfach entzündliche Bubo. Er entsteht in Folge eines einfachen Trippers, in Folge ganz einfacher Wunden an den Genitalien, am After (z. B. durch Blutegelstiche), an den Füßen, Zehen; er entsteht endlich häufig in Folge eines Schankers an den Genitalien, welcher hier keine weitere Wirkung hat, als jede andere Wunde. Wenn der einfach entzündliche Bubo suppurirt, so liefert er keinen impfbaren Eiter. Er kann bei einem antiphlogistischen Verfahren abortiv untergehen, während der virulente Bubo beinahe unvermeidlich eitert.

b) Der virulente Bubo entsteht einzig und allein durch Überführung des Eiters aus einem primären Schanker in eine Leistendrüse mittelst der Absorption. Nur der virulente Bubo liefert einen impfbaren Eiter. Er kommt im Vergleiche zu den andern Arten des Bubo nicht häufig vor.

Wenn der Schanker an den Genitalien sitzt, so hat die Absorption nur in den oberflächlichen Leistendrüsen, und zwar meistens nur in einem Ganglion auf einmal Statt, dabei können jedoch mehrere sowohl oberflächliche, als tief gelegene Drüsen, so wie auch das umliegende Zellgewebe mit entzündet sein. Diese Entzündung ist aber dann eine einfache, nicht virulente, so dass, sobald

es zur Eiterung kommt, nur das eine ursprünglich afficirte Ganglion impfbaren Eiter liefert, während der aus der Umgebung genommene sich als einfacher Entzündungseiter manifestirt. Der Umstand, dass in ein und demselben Bubo zweierlei Eiter enthalten sein kann, führte, bevor er durch Ricord aufgeklärt war, zu vielen widersprechenden Behauptungen über die Impfbarkeit des Buboneneiters. Da die umgebenden Gewebe meistens früher suppuriren, als das Lymphganglion, in welchem der Schankereiter durch Resorption deponirt wurde, so findet man häufig Gelegenheit, den nicht virulenten Eiter ohne Verunreinigung durch den virulenten zu Impfversuchen zu erhalten. Die tiefer gelegenen Ganglien eitern viel seltener, als die oberflächlichen, und liefern nie inoculirbaren Eiter, wenn sie nicht durch den Eiter eines oberflächlichen Ganglion oder der Geschwürsfläche des bereits geöffneten Bubo besudelt worden waren. Der Grund davon ist eben der, dass bei Schankern der Geschlechtstheile der absorbirte Eiter nur zu den oberflächlichen Ganglien geführt wird.

Zu den Umständen, welche die Entstehung der Bubonen begünstigen, hat man die Cauterisation der Schanker gerechnet. Sie kann allerdings einen entzündlichen Bubo erzeugen, oder die Entzündung eines schon vorhandenen steigern; diese Wirkung verschwindet jedoch in einigen Tagen wieder, so wie die durch Ansetzen von Blutegeln an's Perinäum u. dgl. entstandene Anschwellung der Leistendrüsen. Die Cauterisation eines Schankers wird nie einen virulenten Bubo hervorrufen, im Gegentheil ist sie wohl in vielen Fällen das sicherste Prophylacticum dagegen.

Der Bubo entwickelt sich sehr selten schon 14 Tage nach geschehener Ansteckung, am häufigsten erst in 3 bis 6 Wochen

und darüber hinaus bis zu 5 Monaten. Ricord sah einen serpiginösen Schanker, wo sich erst im dritten Jahre seines Bestehens ein Bubo entwickelte, welcher impfbaren Eiter lieferte. Öfters entsteht der Bubo erst nach bereits eingetretener Vernarbung des Schankers.

Wenn sich der Bubo im acuten Stadium des Schankers (in den ersten 14 Tagen bis 3 Wochen) zeigt, und wenn er mit entzündlichen Symptomen auftritt, hat man sehr viele Wahrscheinlichkeit, dass er bloss ein einfach entzündlicher sei; bildet er sich dagegen spät unter wenig entzündlichen Erscheinungen aus, so spricht diess für seine virulente Natur. Indess wird absolute Gewissheit nur durch einen Impfversuch gegeben. Ist der virulente Bubo geöffnet, so hat man es mit einem virulenten Abscess, mit einem Schanker zu thun, welcher phagedänisch werden, welcher induriren, ja welcher eben so gut als der primäre Schanker an den Genitalien Ausgangspunct eines Krebsgeschwürs werden kann.

Es gibt Bubonen, welche durch Entzündung des Zellgewebes eine enorme Ausdehnung erlangen; er treten Fröste ein, dabei bleibt noch Alles hart; untersucht man aber sehr aufmerksam, so findet man irgend eine kleine fluctuirende Stelle; sticht man dann ein, so dringt eine ungeheure Menge Eiters hervor.

c) Der scrophulöse oder strumöse Bubo kommt häufig vor, und zwar tritt er entweder spontan ein als Symptom der Scrophulosis oder Tuberculosis, oder in Folge eines Schankers oder einer anderen Verletzung der Genitalien. Er ist von sehr grossem Umfange. Es sind die tief gelegenen Ganglien mit ergriffen. Der Verlauf ist äusserst chronisch, und der Eiter dieses Bubo lässt sich nicht inoculiren. Wenn letzterer geöffnet ist, so

kann man ihn schon durch den äusseren Anblick von einem virulenten Bubo unterscheiden. Seine Ränder sind nämlich livid, nicht entzündet, nicht umgeschlagen, wie diess bei dem letztgenannten der Fall ist. Sie bleiben die längste Zeit hindurch ganz unverändert, während sie beim virulenten immer weiter ausgefressen werden.

d) Die vieldrüsigen, schmerzlosen Bubonen (*bubons multiples indolents*), welche indurirte Schanker begleiten, sind eigener Natur. Sie sind schon ein Product der constitutionellen Syphilis (der nothwendigen Folge des indurirten Schankers) und so wie andere später zu erwähnende Drüsenanschwellungen den secundären Symptomen beizuzählen. Sie werden meistens durch eine grössere oder geringere Anzahl angeschwollener Drüsen gebildet, welche sich deutlich von einander unterscheiden lassen und beim Drucke nicht schmerzen. Diese Bubonen suppuriren fast nur, wenn äussere Schädlichkeiten auf sie einwirken, z. B. in Folge eines Stosses; ausserdem beinahe nie, und der Eiter, den sie in solchen Fällen liefern, gibt, so wie überhaupt der Eiter, welcher Product der constitutionellen Syphilis ist, bei Impfversuchen ein negatives Resultat.

e) Dem Sitze nach kann man Inguinal-, Schenkel-, und Bauchbubonen unterscheiden, je nachdem sie in der Inguinalfalte, unterhalb oder oberhalb derselben sitzen. Die Schenkelbubonen gehören niemals den Genitalien an, sondern sie entstehen durch Verletzung anderer Theile, z. B. der Fusszehen. Die von den Geschlechtstheilen und dem After ausgehenden, darum aber nicht immer syphilitischen Bubonen nehmen die Inguinalfalte ein, und zwar sind die einer Affection des Afters zugehörigen am meisten nach innen gelegen. Die in der Bauchhöhle gelegenen Bubonen kommen bei-

nahe nie allein ohne solche in der Inguinalfalte vor, es sind diess insbesondere die strumösen.

Ricord läugnet die Existenz der sogenannten primären syphilitischen Bubonen (*bubons d'emblée*). Bis vor wenigen Jahren waren ihm einzelne Fälle vorgekommen, in denen sich durchaus kein vorausgegangener Schanker nachweisen liess, und die er demnach in seinem *Traité pratique* als sogenannte primäre Bubonen betrachten zu können glaubte. Diese Bubonen sassen im Leistenbuge in den tief gelegenen Ganglien, blieben lange unschmerzhaft, hatten wenig Tendenz zu suppuriren, und lieferten einen nicht inoculirbaren Eiter, auch folgten nie Erscheinungen von constitutioneller Syphilis. Sie waren also wohl den strumösen beizuzählen, in keinem Falle aber gehörten sie zu den virulenten. Der Grund, warum einige Ärzte noch immer an die Existenz primärer syphilitischer oder virulenter Bubonen glauben, liegt darin, dass die vorausgegangenen Schanker ihrer Beobachtung entgehen; dieses geschieht a) in den ziemlich häufig vorkommenden Fällen von Harnröhrenschankern, wo man glaubt, es mit einem einfachen Tripper zu thun zu haben, b) wenn die primären Schanker am After sitzen, wo sie der Arzt gar nicht sucht, und der Kranke verbirgt, c) wenn die Schanker so klein und so wenig schmerzhaft sind, dass sie der Kranke nicht bemerkt, und wenn der Arzt erst nach deren Heilung zu Rathe gezogen wird.

Prognose des Bubo.

a) In Bezug auf den Übergang in Eiterung. Je weniger sich ein Bubo auf einen Schanker beziehen lässt, um so we-

niger ist im Allgemeinen Eiterung zu befürchten. Je mehr man dagegen nach dem Sitze des Bubo und nach der Anamnese Grund hat, ihn von einem Schanker abzuleiten, um so mehr Wahrscheinlichkeit ist vorhanden, dass Eiterung eintreten werde, und beinahe mit Gewissheit lässt sich dieser Ausgang vorhersagen, wenn der bezügliche Schanker ein phagedänischer diphtheritischer ist. Im Gegentheile wird ein Bubo, der in Folge eines indurirten Schankers entstand, nur höchst selten in Eiterung übergehen. Die oberflächlichen Bubonen suppuriren viel leichter, als die tief gelegenen.

b) In Bezug auf die Dauer. Die entzündlichen Bubonen verlaufen am schnellsten. Wenn der Schanker an den Genitalien ein phagedänischer diphtheritischer ist, so wird sich am geöffneten Bubo derselbe Geschwürscharacter ausbilden, und somit der Verlauf ein längerer sein, als wenn ein einfacher Schanker vorausging; es kann übrigens auch auf einen ganz einfachen Schanker ein phagedänischer Bubo folgen, wenn sich unterdessen die Constitution verschlimmerte, wenn z. B. Scorbut hinzutrat. Ein oberflächlicher Bubo heilt schneller, als ein tief sitzender; äusserst langsam der strumöse.

c) In Bezug auf die Entstehung von constitutioneller Syphilis. Durch die Gegenwart eines Bubo wird die Wahrscheinlichkeit allgemeiner Infection nicht vermehrt; im Gegentheile vermindert sie sich bedeutend, sobald der Bubo suppurirt, und diess zwar aus dem Grunde, weil beinahe nur diejenigen Bubonen in Eiterung übergehen, die nicht in Folge von indurirten Schankern entstanden, und gerade die nicht indurirten Schanker verhältnissmässig nicht oft Veranlassung zu constitutioneller Syphilis werden. Bekommt man dagegen einen schmerzlosen, nach einem Schanker entstandenen Bubo in Behandlung, der nicht in Eiterung über-

geht, und sich auch nicht als ein strumöser characterisirt, so hat man eine constitutionelle Syphilis zu befürchten.

Therapie des Bubo.

Das beste Prophylacticum ist die Zerstörung der Schanker durch Cauterisation vor Ablauf der ersten Woche. Ricord beobachtete, wie schon früher angeführt wurde, nie virulente Bubonen in Folge seiner so zahlreichen Impfversuche an den Schenkeln, bei welchen immer vor Ablauf der ersten Woche cauterisirt wird. Später muss man keinen solchen Versuch mehr machen. Leute, welche lange Zeit Bruchbänder tragen, werden dadurch vor Bubonen geschützt, indem die Leistendrüsen atrophiren; hatten sie dagegen die Bruchbänder noch nicht lange getragen, oder sind letztere schlecht gemacht, so wird hiedurch die Entstehung der Bubonen sehr begünstigt.

Hat sich der Bubo bereits gebildet, so besteht das Abortiv-Verfahren hauptsächlich in vorsichtiger Anwendung der Kälte und Compression.

Das Curativ-Verfahren beim entzündlichen Bubo ist örtlich antiphlogistisch. Die graue Salbe wirkt gegen den virulenten Bubo nichts. Beim chronischen, strumösen, indolenten Bubo wendet Ricord nicht mehr caustische Solutionen an, sondern in der Mehrzahl der Fälle besteht seine Behandlungsart in Folgendem. Nachdem auf den Bubo ein grosses Vesicans gelegt worden war, werden, ohne dass man die Epidermis entfernt, dick mit grauer Salbe bestrichene Cataplasmen aufgelegt, und dreimal im Tage gewechselt. Nach 5 bis 6 Tagen ist die Vesicatorstelle trocken. Nun wird graue

Salbe eingerieben und die Compression gemacht; erregt sie Schmerz, so lässt er sie bei Seite, setzt wieder ein Vesicator u. s. w. Während der Compression lässt er ungefähr alle 8 Tage Blutegel in geringer Zahl ansetzen. Sobald sich Fluctuation zeigt, eröffnet er den Bubo mit dem Bistouri. Häufig macht Ricord hierbei mehrere Einstiche, wodurch die Bildung entstellender Narben, wie sie nach einem einzigen grossen Einschnitt zurückbleiben, vermieden wird. Dieses operative Verfahren ist anzuwenden, wenn der Eiterherd ziemlich ausgedehnt, und die Haut noch nicht zu dünn geworden ist, als dass man annehmen könnte, sie werde nach geschehener Entleerung wieder an die darunter liegenden Gebilde anheilen. Ist sie dagegen schon so dünn geworden, dass man sie für verloren geben muss, so würde die Eröffnung durch mehrfache Einstiche zwecklos sein. Endlich muss man allen Grund haben, vorauszusetzen, dass es sich um einen einfachen entzündlichen Bubo handle, indem sich beim virulenten jede einzelne Wunde in einen Schanker verwandelt, und durch das Zusammenfliessen aller dieser Schanker sodann eine grössere Geschwürsfläche entstehen würde, als nach einem einzigen Längenschnitt. Eine innere mercurielle Behandlung wendet Ricord bei jenen Bubonen an, die auf indurirte Schanker folgen, bei den übrigen nur in seltenen Ausnahmefällen.

Die constitutionelle Syphilis.

— 321 —

Ricord theilt die Reihe der Krankheitserscheinungen, welche der constitutionellen Syphilis angehören, in secundäre und tertiäre Zufälle ab, mit einer Übergangsform zwischen denselben.

A. Die secundären Affectionen.

Die secundären Affectionen lassen sich nicht durch Einimpfung der Secrete, die sie liefern, übertragen, wohl aber vererben sie sich von den Ältern auf die Kinder.

Ausgangspuncte.

1. Der primäre Schanker und der symptomatische Tripper mit Harnröhrenschanker. Abgesehen von der angeerbten Lues kann Niemand eine constitutionelle Syphilis bekommen, ohne einen Schanker gehabt zu haben. Das syphilitische Gift kann in die Constitution nur durch einen Schanker eindringen; eine Absorption von Schankergift durch eine Wund- oder Geschwürsfläche oder durch die unverletzte Haut, ohne dass sich an der absorbirenden Stelle ein Schanker bildete, ist nicht möglich. Diese Schanker werden nur oft übersehen, wie diess in Beziehung auf

die sogenannten primären Bubonen schon im Vorhergehenden gezeigt wurde. Der Schanker, von welchem aus sich eine constitutionelle Syphilis entwickelt, ist in den meisten Fällen ein indurirter. Ist einmal ein indurirter Schanker vorhanden, so ist, wenn nicht die Kunst einschreitet, die constitutionelle Syphilis unvermeidlich. Meistens sind zugleich mit dem indurirten Schanker schon secundäre Symptome zugegen.

Das ansteckende Individuum muss einen primären Schanker haben, mittelst secundärer *) oder tertiärer Zufälle kann es nicht anstecken. Hinsichtlich dieses Punctes werden die Ärzte nicht selten dadurch irre geführt, dass sie die Personen, von denen die Ansteckung ausging, erst dann zu Gesichter bekommen, wenn ihre primären Schanker bereits geheilt, und an deren Statt secundäre Symptome zum Vorschein gekommen sind; sie glauben dann, diese letzteren hätten angesteckt, während die Ansteckung doch nur durch die vorausgegangenen Schanker geschah.

Häufig wird ein Individuum mit Unrecht beschuldigt, einem anderen constitutionelle Syphilis gegeben zu haben, indem dieses letztere zur Zeit, als es mit jenem in Berührung kam, bereits unter dem Einfluss einer vorausgegangenen Ansteckung stand. So beschuldigt man die Amme, den Säugling angesteckt zu haben, wenn bei ihm die Zufälle der angeerbten Syphilis zum Ausbruch kommen, oder man schreibt Symptome von constitutioneller Syphilis, die sich

*) Ricord schliesst aus der Erfolglosigkeit der Impfversuche mit den Secreten der secundären Affectionen, dass diese letzteren weder durch Beischlaf, noch auf andere Weise anstecken könnten. So nahe nun auch der Schluss liegt, so scheint es dennoch, dass über seine Zulässigkeit erst noch genaue Beobachtungen an Kranken entscheiden müssen.

an der Amme zeigen, und die auf dem ganz gewöhnlichen Wege erworben wurden, der Berührung mit dem Säugling zu. Man ist so weit gegangen, anzunehmen, die blosse syphilitische Diathese, die noch latente Syphilis, reiche schon zur Ansteckung durch den Beischlaf hin, eine Ansicht, die besonders bei Eheleuten geltend gemacht wird, aber ganz irrig ist; denn da ausgeprägte Formen der constitutionellen Syphilis nicht anzustecken vermögen, so ist diess um so weniger von der blossen Diathese möglich.

Es entsteht die Frage, auf welchem Wege vom primären Schanker aus der Organismus angesteckt werde. Da nothwendigerweise eine Infection des Blutes Statt finden muss, so kann diese nur durch Aufsaugung der Lymphgefässe oder Venen vermittelt werden. Auf welchem dieser beiden Wege nun die Resorption geschehen, ist unbekannt. Nur so viel ist gewiss, dass in jenen Fällen, wo sich in Folge eines Schankers ein virulenter Bubo entwickelt, Schankereiter von den zu den Leistendrüsen gehenden lymphatischen Gefässen aufgesaugt wurde. In Folge dieser Aufsaugung entwickelt sich zuweilen eine Entzündung der Lymphgefässe und des umgebenden Zellgewebes am Rücken des Penis, welche nicht selten in Eiterung übergeht.

2. Der Zeugungsact und das Foetalleben. Wenn ein Kind constitutionelle Syphilis erben soll, so muss der Vater oder die Mutter zur Zeit des Zeugungsactes oder letztere auch nur während der Schwangerschaft, mit secundärer Syphilis behaftet sein. Leidet die Mutter bloss an einem primären Schanker, so kann dadurch höchstens das Kind während der Geburt angesteckt werden, so dass es gleichfalls einen primären Schanker bekommt.

Nach geschehener Zeugung kann eine spätere Infection des Vaters auf den Foetus keinen Einfluss mehr haben, ausser wenn er

durch einen primären Schanker die Mutter ansteckt, und in dieser sich dann während der Schwangerschaft constitutionelle Syphilis entwickelt. Man muss es für möglich, wenn auch nicht für wahrscheinlich halten, dass ein im Zeugungsacte von einem mit secundärer Syphilis behafteten Vater aus angesteckter Keim während des Foetuslebens die Mutter anstecke mittelst des zwischen beiden stattfindenden Blutwechsels.

Dauer der Incubation.

Der Ausbruch der constitutionellen Syphilis ist an eine gewisse Zeitperiode gebunden. Wenn der Gang der Krankheit nicht durch eingeleitete Curen verrückt wird, so treten die ersten Symptome der constitutionellen Syphilis innerhalb des ersten halben Jahres oder in sehr seltenen Fällen ein Jahr nach dem primären Schanker auf, niemals später. Die gewöhnliche Zeit der Incubation für einen Erwachsenen, welche von Entstehung des Schankers bis zum Ausbruche der secundären Symptome verfließt, ist 3 bis 6 Wochen. In der Regel indurirt der Schanker und bildet sich mithin constitutionelle Syphilis zwischen dem 6. und 8. Tage seines Bestehens. In den ersten 5 Tagen sah Ricord nie Induration eintreten. Erfolgt diese nicht innerhalb des ersten Monats, so steht sie beinahe nicht mehr zu befürchten. Gewöhnlich tritt sie wie mit einem Schlage ein, weil sie eben schon das erste Product der syphilitischen Blutgährung ist.

Bei der angeerbten Syphilis verhält es sich so, dass die ersten secundären Symptome gewöhnlich in der 2. bis 6. Woche nach

der Geburt an dem Kinde wahrnehmbar werden; nur selten zögert der Ausbruch bis zu Ende des ersten halben Jahres.

Einwirkung verschiedener Umstände auf den Ausbruch der secundären Zufälle.

Je jünger das Individuum ist, um so schneller geben sich die ersten secundären Symptome kund. Dasselbe gilt vom weiblichen Geschlechte im Verhältniss zum männlichen. Eine lymphatische, nervöse, irritable Constitution begünstigt den Ausbruch. Bei grosser Kälte und grosser Hitze erscheint die Lues schneller, als bei einer gemässigten Temperatur. Gleich beschleunigenden Einfluss hat der Übergang von einem gemässigten Klima in ein heisses oder kaltes. Jede gewaltige Erregung der Hautthätigkeit befördert den Ausbruch. Wiederholte Reizung bestimmter Stellen leitet secundäre Zufälle auf sie hin; so z. B. erscheinen bei starken Rauchern die Condylome an jenen Stellen der Mundschleimhaut, welche mit dem Mundstück des Pfeifenrohrs in Berührung kommen, bei sehr unreinlichen Individuen und bei starken Reitern dagegen am After; so sind Leute, die an chronischer Entzündung der Tonsillen und des Pharynx leiden, sehr zu secundären Affectionen im Halse disponirt, so zeigen sich bei Köchen die Hauteruptionen vorzugsweise an der oberen Körperhälfte, weil diese gerade dem Feuer ausgesetzt ist.

Der Ausbruch der constitutionellen Syphilis wird durch Schwangerschaft und das Aufhören der Menstruation sehr begünstigt. Nach der Entbindung verschwinden die Symptome oft wieder, und es tritt scheinbare Heilung ein. Bei Weibern, wo die Lues lange latent

war, tritt sie in den climacterischen Jahren an's Licht. Der Einfluss dieser Lebensperiode auf das Hervortreten der Syphilis ist so auffallend, dass manche Ärzte darüber die syphilitische Natur der eintretenden Zufälle ganz aus den Augen verlieren, und glauben, dieselben seien einzig und allein durch das Ausbleiben der Reinigung bedingt. Insbesondere gilt dieses von Hauteruptionen.

Intercurrirende Krankheiten, namentlich acute Exantheme und Typhus, halten manchmal das Erscheinen der secundären Symptome zurück, nach ihrem Ablauf tritt dagegen die Syphilis mit um so grösserer Intensität auf.

Am mächtigsten wird der Ausbruch der secundären Zufälle durch Mercurialcuren gehemmt; sie können bewirken, dass dieselben nicht wie gewöhnlich in den ersten 6 Wochen nach dem primären Schanker, sondern erst nach einem, ja nach mehreren, bis zu 20 Jahren erscheinen. Eine Mercurialcur kann die Entstehung der secundären Erscheinungen gänzlich verhindern, jedoch nicht immer jene der tertiären. In solchen Fällen geschieht es dann, dass lange Zeit nach dem primären Schanker mit einem Male tertiäre syphilitische Zufälle zum Vorschein kommen, ohne dass secundäre vorausgegangen wären. Daraus, dass durch Mercurialcuren die Zeitrechnung und Reihenfolge der constitutionellen Zufälle verrückt werden kann, ergibt sich die Nothwendigkeit, bei der Beurtheilung eines gegebenen Falles auf solche vorausgegangene Curen Rücksicht zu nehmen.

Diagnose der secundären Zufälle.

Für die Diagnose der secundären Zufälle sind die Anamnestica von der grössten Wichtigkeit. Ging einer fraglichen Affection ein

blosser Tripper voraus, so wird sie nur selten syphilitisch sein, weil die Harnröhrenschanker verhältnissmässig nicht oft vorkommen; das Gegentheil findet Statt, wenn ein indurirter Schanker, ein schmerzloser, nicht eiternder (und dabei nicht strumöser) Bubo vorausging. Unter diesen Umständen handelt es sich sehr wahrscheinlich um constitutionelle Syphilis. Soll an einem Kinde haereditäre Syphilis constatirt werden, so ist es begreiflicher Weise von viel grösserem Gewichte, wenn sich nachweisen lässt, dass die Mutter, als wenn der Vater an secundären Symptomen litt. Man muss bei der Beurtheilung eines Falles immer den Einfluss einer etwa vorausgegangenen Behandlung in Rechnung bringen, indem dadurch der Ausbruch der secundären Symptome hinausgeschoben werden kann.

Sehr wichtig für Diagnose ist die Zeit des Ausbruches; so wird z. B. eine erythematöse oder papulöse Hauteruption in den ersten 6 Wochen nach der Induration eines Schankers beinahe gewiss syphilitisch sein. Zeigt sich dagegen eine tuberculöse Form 10 Jahre nach einem ersten Schanker und 4 Wochen nach einem zweiten, so ist sie ganz gewiss nicht Folge des zweiten, sondern des ersten. Fernere Anhaltspuncte der Diagnose liefern die Farbe der Eruption, die Gegenwart oder Abwesenheit von Fieber, die Aufeinanderfolge verschiedener Formen, die Abwesenheit des Juckens, die Narben, endlich der Erfolg des Mercurialgebrauches.

Prognose der secundären Zufälle.

Bei einer guten mercuriellen Behandlung nebst zweckmässigem Regimen und bei guter Körperconstitution sind die Rückfälle sel-

tener, als unter den entgegengesetzten Verhältnissen, jedoch ist man nie vor ihnen sicher. Die Recidiven ohne oder nach vorausgegangener Behandlung geschehen in den alten Formen wieder, oder in schwereren, so dass z. B. an die Stelle eines Erythems Papeln, oder nach Pusteln Haut-Tuberkeln auftreten.

Wenn ungeachtet zweckmässiger Behandlung Recidiven eintreten, so ist die Prognose um so ungünstiger, je öfter sich dieselben wiederholen. Die Schuld davon liegt nicht in der Behandlung, denn die Recidiven, welche ohne stattgefundene Behandlung eintreten, geschehen auch meistens in immer übleren Formen; der Grund liegt in der unglücklichen Individualität des Kranken, vermöge welcher die Krankheit jeder Behandlung trotzt. Es ist übrigens nicht in Abrede zu stellen, dass bei den Recidiven zu den Symptomen der Syphilis häufig jene der Mercurialkrankheit hinzutreten.

Therapie der secundären Zufälle.

Es sei hier bloss bemerkt, dass Ricord bei allen secundären Zufällen, so wie beim indurirten Schanker eine Mercurialcur in Anwendung bringt.

Die secundären Affectionen lassen sich in Vorläufer (*Symptomes precoces*) und ausgesprochene secundäre Affectionen (*Symptomes secondaires manifestes*) abtheilen.

1. Die Vorläufer.

1. Die syphilitische Chlorose. Die Haut wird blass, chlorotisch gefärbt. Manchmal ist selbst Rauschen in den Carotiden und im Herzen zu hören. Die Menge der Blutkörper ist vermindert. Nicht selten wird diese Chlorose bei Mädchen als gewöhnliche Bleichsucht behandelt. Durch die Gegenwart der andern so gleich näher zu erörternden Vorläufer lässt sich die syphilitische Chlorose von der nicht syphilitischen unterscheiden.

2. Die Anschwellungen der Lymphdrüsen an der hinteren oder seitlichen Gegend des Halses. Carmichael machte zuerst auf dieses sehr wichtige Zeichen der constitutionellen Syphilis aufmerksam. Sie gehen öfters der Chlorose voraus, und fehlen selten. Es lassen sich an diesen Anschwellungen meistens die einzelnen Drüsen deutlich von einander unterscheiden. Sie sind schmerzlos und suppuriren nie. Sie stimmen sowohl in Betreff der angeführten Merkmale, als auch in ihrem Verlaufe vollkommen mit jener Art der Bubonen überein, die bereits in dem Vorhergehenden (vergl. pag 20, d.) als Producte der constitutionellen Syphilis betrachtet wurden.

3. Verschiedene Neurosen. a) Schmerzen im Kopfe. Sie kommen in der Stirngegend, im Hinterhaupte, auch als Hemisphäre vor, endlich unter allen Formen von Gesichtsneuralgie. Diese syphilitischen Schmerzen werden in der Praxis sehr häufig verkannt. Die Anamnese und die anderweitigen Symptome der Syphilis müssen die Diagnose ins Reine bringen.

Wenn sie am behaarten Theile des Kopfes sitzen, und man streift solchen Kranken mit den Fingern durch die Haare, so schmerzt oft der ganze Kopf wie beim Rheuma des Capillitiums. Die Anfälle treten gewöhnlich des Nachts gegen zehn oder eilf Uhr ein, und halten bis drei, vier Uhr Morgens an, werden übrigens auch durch die blosse Bettwärme unter Tags hervorgerufen, gerade so wie die der dritten Periode der Syphilis angehörigen *Dolores osteocopi*, von denen sie sich dagegen dadurch unterscheiden, dass sie nicht auf bestimmte Stellen fixirt, sondern vag sind, dass sie selten beim Drucke zunehmen, und dass nirgends am Kopfe eine krankhafte Anschwellung wahrzunehmen ist. Die syphilitische Gesichtsneuralgie ist nicht selten mit krampfhafter Affection der Gesichtsmuskeln verbunden. Es folgt manchmal

b) Gesichtslähmung der entsprechenden Seite. In anderen Fällen tritt diese Paralyse ohne vorausgegangene Neuralgie ein. Sie kommt nach und nach oder plötzlich. Ein beträchtlicher Theil der Paralysen des siebenten Paares sind syphilitischer Natur.

Bei einigen Kranken fanden sich Anschwellungen der Lymphganglien in der Nähe des Austrittes vom *Nerv. facialis*, so dass es schien, ein durch sie bewirkter Druck sei die Ursache der Lähmung, in anderen Fällen liessen sich jedoch keine solchen Anschwellungen auffinden. Der Nerve scheint nicht innerhalb der Schädelhöhle, sondern während seines späteren Verlaufes (erst nach dem Knie) betroffen zu sein, da bei diesen Gesichtslähmungen keine Abweichung des Zäpfchens bemerkbar ist.

c) Der sogenannte syphilitische Rheumatismus, Ricord's praearticuläre Schmerzen. Sie sitzen nicht wie jene bei Gelenkrheumatismus in den Gelenken selbst, auch nicht wie die

tertiären Knochenschmerzen im compacten Theile der Röhrenknochen, sondern an den spongiösen Gelenksenden derselben. Sie sind meistens nächtlich, und setzen in der Regel bei Tage ganz aus. Sie gehen den Hauteruptionen voraus.

4. Alopecie. Sie zeigt sich manchmal sehr früh; gleich nach Eintritt der Neurosen, manchmal auch ohne diese; oft erscheint sie in der dritten bis vierten Woche. Wenn die Alopecie nicht zu Anfange der constitutionellen Syphilis entsteht, so kommt sie nicht mehr vor. Sie hat das Eigenthümliche, dass sie sich über den ganzen behaarten Theil des Kopfes zugleich verbreitet, nicht von Stelle zu Stelle fortschreitet, wie die gewöhnliche Kahlheit; überdiess fallen auch die Augenbraunen und Schamhaare aus. Man hält sie häufig, jedoch irriger Weise für eine Folge von Mercurialgebrauch oder für ein Symptom inveterirter Syphilis.

II. Die ausgesprochenen secundären Affectionen.

Hierher gehören die Affectionen der Haut und Schleimhäute, und die syphilitische Iritis.

1. Affectionen der Haut und Schleimhäute. In selteneren Fällen gehen dem Erscheinen der syphilitischen Hauteruptionen Fieber, Störungen in den ersten Wegen, ausnahmsweise selbst leichte Entzündung der Mandeln vorher, gerade wie bei den Exanthenen. Manchmal entsteht die Eruption gleichzeitig auf der ganzen Haut, meistens aber geschieht diess successiv an verschiedenen Stellen, so dass, während die Efflorescenzen an einem Orte verschwinden, dafür an einem anderen wieder neue zum Vorschein

kommen, wodurch dann der Verlauf ein sehr langsamer wird. Die Syphiliden recrudesciren und recidiviren äusserst leicht. Die Recidiven geschehen unter derselben oder unter einer neuen Form.

Die Dauer der secundären Hautaffectionen lässt sich nicht voraus bestimmen. Sie können von selbst verschwinden; meistens geschieht diess jedoch unter dem Einflusse einer entsprechenden Behandlung.

Die einzelnen Efflorescenzen sowohl als die Gruppen zeigen eine Tendenz zur Kreisform. Ein sehr wichtiges diagnostisches Merkmal besteht darin, dass sie nicht mit Jucken verbunden sind. Die sogenannte Kupferfarbe ist nicht characteristisch, denn sie fehlt häufig, und ist auch bei nicht syphilitischen Affectionen anzutreffen, z. B. beim Intertrigo zwischen den Schenkeln. Sie kommt am häufigsten an den unteren Extremitäten vor.

Die Syphiliden können alle Formen der Hauteruptionen annehmen, selbst mehrere an einem und demselben Individuum. Die meisten syphilitischen Eruptionen haben zwar eine Tendenz zu suppuriren, es hängt jedoch hauptsächlich von der Constitution des Kranken ab, ob eine nässende oder eine trockene Form zum Vorschein kommt. So treten bei lymphatischen, bei scrophulösen, tuberculösen, scorbutischen, bei durch Noth, schlechte feuchte Wohnung, Kummer herabgekommenen und solchen Individuen, die überhaupt eine grosse Tendenz zur Eiterbildung zeigen, suppurative Formen auf. Der Einfluss der Constitution ist hierbei so gross, dass man oft schon aus der Individualität des Kranken voraussagen kann, ob er eine trockene oder eine eiternde Syphilide bekommen werde. Bei sehr jungen Individuen ist eine grosse Neigung zu suppurativen Formen gegeben. Die nässenden Syphiliden können auch zur Zeit der Vorläufer erscheinen. Die frühzeitig erscheinenden Eruptionen breiten sich mehr

gleichmässig über einen grossen Theil der Hautoberfläche aus (weniger am Kopfe, als auf dem Stamm und den Extremitäten), und sitzen ganz auf der Oberfläche der Cutis, während die tieferen Strata frei bleiben. Die späteren Eruptionen dagegen sind mehr umschrieben, isolirt, so dass die ganze Hautaffection manchmal in einer einzigen Gruppe von Efflorescenzen an irgend einer Stelle des Körpers besteht.

Die syphilitischen Schleimhautaffectionen können sich von der Mundhöhle bis zum Pharynx (vielleicht auch über den Darmcanal) und in den Luftwegen bis zu den Lungen erstrecken; endlich können sie ihren Sitz auf der Eichel, auf dem inneren Blatte der Vorhaut, in der Scheide, in der Gebärmutter und im Rectum haben.

a) Maculöse Form.

Die maculösen Hauteruptionen sind die frühzeitigsten von allen, und kommen sehr oft vor, werden aber oft übersehen. Meistens wird fast die ganze Oberfläche des Rumpfes und der Extremitäten befallen, eben so auch die Schleimhäute. Die Flecken sind von sehr verschiedener Grösse, mehr minder rosenroth, manchmal von intensiv rother Farbe. Sie ragen nicht über die Hautoberfläche empor, und verschwinden beim Drucke gänzlich; es ist somit bloss capilläre Injection vorhanden. Jucken fehlt gänzlich. Die maculöse Hauteruption tritt entweder als Roseola auf in von einander getrennten Flecken, oder als Erythem, wenn die Röthe über mehr minder grosse Parthien der Haut gleichförmig verbreitet ist. Auf Ricord's Klinik ist sehr häufig Gelegenheit, diese Formen zu beobachten. Gewöhnlich sind gleichzeitig noch indurirte Schanker, oder nach deren Vernarbung wenigstens Spuren der Induration, An-

schwellungen der Cervicaldrüsen, secundäre Bubonen, Ausfallen der Haare zugegen. Die Affection kann 14 Tage bis 2 Monate lang in demselben Zustande verbleiben. Sie kann von selbst wieder verschwinden. Manchmal vergeht sie von einem Tage zum andern, gewöhnlich geschieht diess jedoch nach und nach binnen 8 oder 14 Tagen. Sie hinterlässt keine braunen Flecken.

Zuweilen lässt sich am weichen Gaumen, an den Mandeln, an den Gaumenbögen genau dieselbe Eruption beobachten, ohne dass in manchen Fällen die Kranken dadurch im geringsten belästigt würden; häufig ist jedoch Schmerz beim Schlingen, so wie auch wiederholter Schnupfen, etwas veränderte Stimme, Schwerhörigkeit (durch Ergriffensein der Eustachischen Tuben) zugegen.

Diagnose. Durch die Anamnestica und die begleitenden Erscheinungen können die syphilitische Roscola und das syphilitische Erythem leicht von den nicht syphilitischen unterschieden werden. Nur bei einer Hauteruption lässt die Anamnese oft in Stich, nämlich bei derjenigen, die durch den Gebrauch des Copaivabalsam, der Cubeben und überhaupt resinöser Mittel erzeugt wird. Hier gibt es jedoch andere sichere Unterscheidungszeichen. Die benannte Eruption befällt nämlich die ganze Körperoberfläche, während bei der syphilitischen Roscola und dem syphilitischen Erythem, selbst wenn sie sehr verbreitet sind, die Ohren, die Kniee, ganz besonders aber Hand- und Fussrücken meistens verschont bleiben. Bei der bezeichneten künstlichen Hauteruption ist stets Jucken, und zwar an Hand- und Fussrücken am stärksten vorhanden, welches bei den Syphiliden fehlt. Wenn man mit den Mitteln aussetzt, verschwindet erstere in 8 bis 10, höchstens 14 Tagen, während die syphilitischen Flecke nach Ablauf dieser Zeit häufig noch fortbestehen.

Man hat die zuletzt besprochene Hautaffection auf Rechnung des Trippers geschrieben, jedoch mit Unrecht, denn sie erscheint in gleicher Weise, wenn man die vorgenannten Medicamente Kranken gibt, die nicht von Tripper befallen wurden.

b) Papulöse Form.

Wenn die syphilitische Dyscrasie nicht getilgt wird, so erscheint nach einiger Zeit eine papulöse Efflorescenz (der syphilitische Lichen), welche in den meisten Fällen mehr umschrieben ist, die Haut in einer geringeren Ausdehnung befällt, als die vorausgegangene maculöse Eruption. Um die Papeln ist kein Entzündungshof, die Farbe wird beim Drucke blässer, verschwindet jedoch nicht. Nach dem Verschwinden der Papeln bleiben Flecke, welche um so intensiver braun sind, je länger die Krankheit gedauert hat, endlich jedoch spurlos verschwinden. Die Papeln bleiben in der Regel trocken, wenn das Individuum nicht überhaupt zur Eiterbildung geneigt ist.

Den Papeln entsprechend entwickeln sich an gewissen Stellen der Haut, besonders da, wo sie in eine Schleimhaut übergeht, Condylome, jene Auswüchse, welche von deutschen Schriftstellern *Condylomata lata*, und von Ricord *Papules mucucuses* genannt werden. Ricord trennt sie ganz und gar von den sogenannten *Condyl. acuminatis* der Deutschen, die er *Vegetations* nennt. So oft hier von Condylomen die Rede sein wird, werden immer die *Condylomata lata* darunter verstanden. Die Condylome entwickeln sich am After, an der Vulva, an der Eichel und dem inneren Blatte der Vorhaut, am äusseren Gehörgang, zwischen den Schenkeln, zwischen den Schenkeln und Geschlechtstheilen, am Nabel, bei Fett-

leibigen in der Achselhöhle, zwischen den Zehen, am Gebärmutterhals, in der Scheide, an der inneren Fläche der Lippen und Backen, am Gaumen, am Rachen, an den Mandeln, an der Zunge, im Kehlkopf, in der Harnröhre bei beiden Geschlechtern.

Die Condylome sind das sicherste Zeichen der secundären Syphilis. Sie ergreifen so wenig als die Papeln die Haut in ihrer ganzen Dicke, und eben so auch nicht das subcutane Zellgewebe. Sie secretiren, und können, durch die Lage, Reibung u. s. w. begünstigt, der Sitz wahrer Ulcerationen werden. Diess geschieht hauptsächlich am After, zwischen den Zehen, seltener an den Tonsillen, am äusseren Gehörgang, am Nabel. Wenn sie am Gebärmutterhals, in der Scheide sitzen, können sie eine Blennorrhoe hervorrufen. Das Secret, welches sie liefern, ist jedoch nicht inoculirbar, ausser wenn sie sich so schnell nach dem primären Schanker entwickeln, dass dieser noch mitten inne zwischen den frisch entstandenen Condylomen florirt, oder wenn mit Condylomen behaftete Individuen durch abermalige Ansteckung an den condylomatösen Stellen neuerdings Schanker bekommen. Sie hinterlassen, wenn sie nicht tief ulcerirt waren, keine Narben, wohl aber lang haftende Flecke.

Die Condylome entstehen zuweilen früher, als die papulöse Hauteruption. Sie entwickeln sich nie später als ein halbes Jahr nach dem primären Schanker. Ging eine Behandlung voraus, so wird dadurch der Ausbruch höchstens bis nach Ablauf eines Jahres, und niemals weiter hinausgeschoben werden, während durch einen solchen Eingriff der Kunst das Erscheinen einer maculösen oder papulösen Hauteruption um viel mehr verzögert werden kann. Hat man es demnach mit Condylomen zu thun, so muss man immer auf einen primären Schanker zurückschliessen, der nicht länger als einige

Wochen, höchstens ein halbes Jahr, und im Falle einer stattgehabten Behandlung höchstens ein Jahr vorausging.

Die Condylome an der Nase zeigen tiefe Furchen, und haben eine Tendenz, sich mit Schuppen zu bedecken. Ein Gleiches gilt von jenen, die an den Mundwinkeln sitzen. Es gibt Personen, welche nur diese beiden Zeichen der Lustseuche darbieten.

Eigenthümlich sind die den Aphthen ähnlichen Condylome an der Zunge. Sie kommen ganz einzeln oder nur in geringer Anzahl als kleine, granulöse, graue Hervorragungen vor, welche wie mit einer Pseudomembran bedeckt erscheinen. Man verwechselt sie oft mit Mercurialzufällen. Sie recidiviren häufig nach vielen (10 bis 15) Jahren, und widerstehen nicht selten jeder Behandlung.

Die Condylome entwickeln sich oft in der Matrix des Nagels (*Onyx syphiliticus*). Wenn sie im Rachen oder an den Mandeln sitzen, kann dadurch Schwerhörigkeit entstehen. Die sogenannte granulöse Entzündung des Gebärmutterhalses, der Uterinalcatarrh mit Ulceration, lassen sich oft auf Condylome am Mutterhals zurückführen, und durch eine Mercurialcur heilen. Ein gleiches gilt von manchen chronischen Schlingbeschwerden oder chronischer Heiserkeit, welche in condylomatösen Wucherungen im Pharynx oder Kehlkopf ihren Grund haben. Sehr bedeutende Verengerungen der Harnröhre können durch Condylome hervorgebracht werden, welche sich aus den primären Harnröhren-Schankern herausbildeten. Sie heilen bei einer bloss innerlichen Mercurialbehandlung.

Diagnose. Beim syphilitischen Lichen wird sie durch die Anamnese und anderweitige gleichzeitig vorhandene Symptome der constitutionellen Syphilis begründet.

Ein für venerisch gehaltenes Individuum kann einen ganz gewöhnlichen Lichen bekommen, und ein mit *Lichen vulg.* Befallener kann dazu noch einen syphilitischen Lichen acquiriren. Über solche Fälle kann nur der Erfolg einer Mercurialcur Aufklärung geben.

Die Condylome am After unterscheiden sich von primären Schankern dadurch, dass sie nicht isolirt vorkommen, sondern immer mehrere zusammen, und dass sie keine scharf abgeschnittenen Ränder haben.

Die Condylome des Mundes lassen sich von den Aphthen dadurch unterscheiden, dass diese letzteren scharf abgeschnittene Ränder und einen grauen Grund zeigen, schmerzhaft und von kurzer Dauer sind, dass endlich die übrigen Symptome der constitutionellen Syphilis fehlen.

Einfache folliculöse oder phlegmonöse Entzündungen der Mandeln werden, nachdem das entzündliche Stadium vorüberging, oft so chronisch, dass man sie nicht selten für syphilitisch hält.

Die secundären syphilitischen Affectionen des Mundes unterscheiden sich durch folgende Merkmale von den Mercurialzufällen. Sie sitzen vorzugsweise an der inneren Fläche der Lippen und Backen, am Zungenrücken, am Eingange des Rachens, an den Mandeln, am Gaumensegel, sehr selten hingegen an den Rändern der Zunge und am Zahnfleisch. Sie sind sehr umschrieben, ohne Reaction in der Umgebung, so dass sie mitten im gesunden Gewebe zerstreut erscheinen. Sie verursachen wenig oder gar keinen Schmerz, belästigen nicht beim Kauen, die Zähne sind nicht locker, es fehlt der Speichelfluss, oder wenn er sich einfindet, so ist er nur sehr unbedeutend und geruchlos; die benachbarten Lymph-

drüsen sind nicht angeschwollen. Die Affection verläuft sehr langsam ohne Reaction, dauert Monate, Jahre lang. Die Mercurialaffectionen des Mundes dagegen beginnen gewöhnlich an den Vertiefungen hinter den Weisheitszähnen, das Zahnfleisch schwillt an und wird schmerzhaft, die Zähne werden lang, es entwickelt sich ein stinkender Speichelfluss. Die Mundschleimhaut schwillt wie erysipelatös an, und ulcerirt an jenen Stellen, welche dem Drucke ausgesetzt sind; daher auch meistens die Geschwüre auf jener Seite stärker sind, auf welcher der Kranke liegt, während die Bettlage auf die syphilitischen Affectionen der Mundhöhle diesen Einfluss nicht äussert. Die Zunge schwillt in ihrem ganzen Umfange an, und ulcerirt an den Rändern entsprechend den Eindrücken der Zähne. Anschwellung der Speichel- und nahe gelegenen Lymphdrüsen ist beinahe immer vorhanden. Gesellt sich eine Mercurialaffection des Mundes zu einer syphilitischen hinzu, so ist es oft unmöglich, nach den vorliegenden Erscheinungen eine genaue Diagnose zu machen, und um ins Reine zu kommen, bleibt nichts übrig, als mit dem Mercurialgebrauche auszusetzen, und eine gegen den Mercurialismus gerichtete Behandlung einzuleiten, wo dann nach längstens 14 Tagen die Mercurialsymptome verschwinden. Was dann übrig bleibt, gehört der Syphilis an. Ist eine Complication mit scorbutischer Stomatitis zugegen, so geben hierüber die anderweitigen Zeichen des Scorbutes Aufschluss.

c) Squamöse Form.

Die syphilitische Psoriasis erscheint als discrete oder als confluierende Eruption, als *Psoriasis guttata*, manchmal als ganz

nette *lenticularis*, auch als *girata* etc. Jede einzelne Efflorescenz beginnt mit einem rothen Flecke; später bildet sich eine kleine Schwellung. Die Röthe verschwindet beim Drucke nicht gänzlich, sondern bekommt dadurch nur eine Nüance ins Kupferbraune, oder ähnelt der Farbe von Schinken. Auch nach der Heilung bleibt ein Fleck zurück, der erst nach längerer Zeit vergeht. Die Schuppen sind bei der syphilitischen Psoriasis sehr dünn, ausser an denjenigen Stellen des Körpers, die mit einer sehr dicken Epidermis versehen sind, nämlich an den Fusssohlen und Handflächen. Die Oberfläche der Schuppen ist glatt, nicht runzlig, wie bei der inveterirten gemeinen Psoriasis. Gewöhnlich findet man bei der syphilitischen Psoriasis zugleich Papeln mit oder ohne Schuppen. Die syphilitische Psoriasis kommt nicht vorwiegend an den Ellenbogen und Knien vor, wie die gemeine.

d) Pustulöse Form.

a) Die syphilitische Acne. Sie sieht der gemeinen sehr ähnlich. Die Eruption geschieht auf einmal oder successiv. Die Pusteln bilden sich aus Knötchen, und hinterlassen kleine Narben. Sie haben einen kleinen, in die Kupferfarbe spielenden Hof. Die gemeine Acne hat ihren Sitz meistens im Gesichte, am Rücken; die syphilitische beinahe am ganzen Körper.

b) Die syphilitische Impetigo kann sich an allen Theilen des Körpers isolirt oder in Gruppen entwickeln. Selten zeigt sich um die Pusteln ein rothbrauner Hof. Nach der Heilung hinterlassen sie Narben, welche kleiner sind, als die abgefallenen Krusten.

Das syphilitische Ecthyma. Diese Varietät der Impetigo kommt am ganzen Körper, häufiger an der unteren Körperhälfte, und zwar insbesondere an den unteren Extremitäten vor. Die Krusten sind dick und so gross, als die Geschwüre, welche sie bedecken. Die Pusteln zeigen eine grosse Tendenz zum Vertrocknen. Wenn die Krusten abfallen, so ist auch schon vollständige Vernarbung eingetreten. Diess ist die gewöhnliche Form des syphilitischen Ecthyma. Bei einer anderen bösartigeren bildet sich auf einer ausgedehnteren entzündeten Stelle eine Verschwärung, eine Art Schmelzungsprocess, der durch Blut dunkler gefärbten Eiter liefert. Die Krusten werden aus demselben Grunde dunkler gefärbt. Sie sind dicker, als beim gewöhnlichen Ecthyma, und tief eingesenkt, so dass sie von dem durch das umgebende Gewebe gebildeten Rande völlig eingeschlossen erscheinen. In seltenen Fällen heilen die Geschwüre noch vor dem Abfallen der Krusten, meistens bleiben sie dagegen nach dem Vertrocknen dieser letzteren noch stehen. Sie hinterlassen tiefere, vollkommen runde Narben. Diese Art des Ecthyma kommt bei sehr herabgekommenen, cachectischen Individuen vor. Die Ecthympusteln können isolirte Eruptionen darstellen, oder sich zu regelmässigen oder unregelmässigen Gruppen vereinigen, endlich unter der serpiginösen Form auftreten.

Wenn bei eiternden Hautaffectionen die Schleimhäute mit ergriffen werden, so erscheinen auf ihnen beinahe immer auch keine anderen, als ulceröse Affectionen. Es entstehen hier wegen der Zartheit des Epitheliums gleich unmittelbar Schanker ohne vorausgehende Pusteln. Ihr gewöhnlicher Sitz ist im Halse.

e) Vesiculöse Form.

a) Das syphilitische Eczem. Es tritt als einfaches und als impetiginöses auf. Eine leichte Kupferfarbe, eine grössere Hartnäckigkeit und häufigere Recidiven bei einer nicht antisymphilitischen Behandlung, endlich die Anamnese liefern die Anhaltspunkte für die Diagnose. Es gibt kein pathognomonisches Kennzeichen, durch welches sich das syphilitische Eczem von dem nicht syphilitischen unterscheiden liesse.

b) Das varicellähnliche Syphilid. Es finden nicht selten unter Fiebererscheinungen successive Ausbrüche Statt, ganz wie bei Varicella, so dass, während die Bläschen an einer Stelle vertrocknen, an einer andern neue erscheinen. Die Diagnose beruht auf der Anamnese, auf dem oft gleichzeitigen Vorhandensein der Vorläufer der secundären Symptome (Anschwellungen der Lymphdrüsen am Halse, Ausfallen der Haare etc.) und endlich auf dem Verlaufe, indem sich bei dem varicellähnlichen Syphilid die Nachschübe durch Wochen, Monate hindurch wiederholen, auch Geschwüre und Pusteln zum Vorscheine kommen. Durch zwei bis drei Wochen kann man übrigens in Zweifel sein, ob man es mit Variellen oder mit einer Syphilide zu thun habe.

c) Der syphilitische Herpes. Er erscheint gewöhnlich als *Herpes circinatus* in Kreisen vom Umfange eines Zwanzigkreuzerstückes bis zu dem eines Thalers. Die öfter ins Kupferbraune spielende Färbung, die Hartnäckigkeit, die grosse Tendenz zur Pustelbildung, der häufig vorhandene Mangel des Juckens unterscheiden den syphilitischen Herpes vom gemeinen.

f) Bullöse Form.

a) Die syphilitische Rupia. Die ursprünglich vorhandenen Blasen können von sehr verschiedener Grösse sein. Durch Vertrocknung des Secrets bilden sich Krusten, welche immer höher werden, da sich an ihrer Basis immerfort neue Ringe von vertrocknetem Secrete ansetzen. Die Ulcerationen verbreiten sich rings um die Krusten immer weiter aus. Sie sind immer grösser als diese letzteren. Werden die Krusten entfernt, oder fielen sie von selbst ab, so bleiben an ihrer Stelle Geschwüre zurück, welche, wenn sie sich aus mehreren zusammengeflossenen Blasen bildeten, oft eine sehr unregelmässige Form haben. Die Geschwüre bei Rupia sind immer, sie mögen auch von noch so grossem Umfange sein, viel seichter, als jene bei Ecthyma. Die syphilitische Rupia hat ihren Sitz an allen Theilen des Körpers, hauptsächlich jedoch am Rücken.

b) Der syphilitische Pemphigus, Pompholix. Es ist noch zweifelhaft, ob es einen syphilitischen Pemphigus gebe. Ricord kam ein einziger Fall vor, der sich als solcher betrachten liesse. Er betraf ein Weib, welches vorher nie von einer Hautkrankheit befallen worden war, aber in Folge eines indurirten Schankers Condylome am After und zwischen den Zehen nebst einer papulös-pustulösen Eruption am behaarten Theile des Kopfes bekam; zugleich entwickelte sich ein Pemphigus. Die Ulceration war äusserst oberflächlich, ohne die geringste Tendenz, sich weder nach dem Umkreise, noch in die Tiefe weiter auszubreiten.

Man gibt an, der Pemphigus der Neugeborenen hänge von hereditärer Syphilis ab. Ricord ist aus dem Grunde nicht dieser

Meinung, weil sich die secundären syphilitischen Zufälle nie gleich nach der Geburt zeigen, wie diess beim Pemphigus der Neugeborenen der Fall ist, sondern frühestens erst nach 14 Tagen.

g) Tuberculöse Form.

Sie bildet sich aus, wenn die Krankheit sich selbst überlassen bleibt, oder nach angewandter unzureichender Behandlung veraltet. Sie macht den Übergang von den secundären zu den tertiären Affectionen. Es ist sehr selten, dass eine tuberculöse Hauteruption früher, als ein halbes Jahr nach dem Schanker auftritt; dagegen kann sie aber erst viele Jahre darnach erscheinen (in einem Record bekannten Falle nach 36 Jahren). Die syphilitischen Hauttuberkel sind von sehr verschiedener Grösse. Sie sitzen nicht bloss oberflächlich in der Haut, sondern ergreifen diese in ihrer ganzen Dicke, ja sie fassen selbst im subcutanen Zellgewebe Wurzel, wodurch sie dann unbeweglich werden.

An der Stelle der Haut, wo sich ein syphilitischer Tuberkel zu bilden beginnt, bemerkt man ausser einer dunkleren Färbung keine anderweitigen Erscheinungen, weder Schmerz, noch Jucken. Selten fliessen mehrere Tuberkeln zusammen, selten verbreiten sie sich gleichzeitig über einen grossen Theil der Körperoberfläche. Sie sind entweder ganz unregelmässig zerstreut, oder sie bilden, was häufiger der Fall ist, Ringe, auch concentrische Kreise.

Sehr häufig tritt die tuberculöse Hauteruption als Serpigo auf, indem neben den bereits untergegangenen Tuberkeln immerfort wieder neue entstehen. Die Kreis- und serpiginöse Form kommen bei keiner Syphilide so häufig vor, als bei der tuberculösen.

Der syphilitische Hauttuberkel bewirkt Verdickung der Lippen, der Wangen, der Nasenflügel. Er findet sich sehr häufig auf den Schultern, im Nacken (vorzüglich die serpiginöse Form), am behaarten Theile des Kopfes, an den untern Extremitäten, und zwar insbesondere an deren Streckseite. Der syphilitische Hauttuberkel erscheint auch als Miliartuberkel.

Der syphilitische Hauttuberkel erweicht, wird resorbirt, und die Stelle, an der er sass, sinkt ein. Es entsteht eine narbige Vertiefung, welche sehr beträchtlich und bleibend werden kann, und anfangs eine dunklere Färbung zeigt. Der syphilitische Hauttuberkel kann auch ulceriren (tuberculös-pustulöses Syphilid), in welchem Falle dann eine Narbe zurück bleibt. Wenn er vom Mittelpunkte aus erweicht, können dadurch rasche Zerstörungen bewirkt werden, so z. B. wenn er in der Substanz der Lippen an der Nase sitzt (syphilitischer Lupus). Bei der serpiginösen Form wird das Weiterschreiten des Geschwürs nach einer gewissen Richtung durch die successive Erweichung der neben einander angelagerten Tuberkeln hervorgebracht.

Ein eigenthümlicher Ausgang besteht darin, dass das mit Tuberkelmasse infiltrirte Gewebe fibrös wird, wodurch dann eine strahlige Hervorragung, ein Cheloid entsteht. Ein grosser Theil der Cheloide dürfte wohl diesen Ursprung haben. Sie widerstehen jeder Behandlung. Bei Individuen, welche keine Tendenz zu suppurativen Formen zeigen, eitern auch die syphilitischen Hauttuberkeln nicht. Sie bedecken sich mit Schuppen, welche häufig dicker sind, als jene der nicht tuberculösen Syphiliden, selbst ein krustenähnliches Ansehen bekommen.

Die ganze Hautoberfläche kann Sitz exulcerirter Tuberkel sein.

An der Eichel und Vulva sehen sie oft indurirten Schankern sehr ähnlich.

Die Schleimhäute werden gleichfalls von der tuberculösen Eruption befallen; so jene der Mund- und Nasenhöhle, der Zunge, des weichen Gaumens, der Gaumenbögen nebst den Mandeln, des Rachens, der Luftwege, der Gebärmutter und Scheide. In Folge syphilitischer Tuberkel kann die Nasenscheidewand perforirt werden, wodurch die Nase gegen die Spitze zu zusammensinkt. In einer späteren Periode der Syphilis wird sie höher oben angegriffen. Die Tuberkeln des weichen Gaumens, des Rachens geben Veranlassung zu weitausgebreiteten tiefen Ulcerationen. Manchmal hängen Verschwärungen an den Eustachischen Tuben von syphilitischen Tuberkeln ab. In der grossen Mehrzahl der Fälle gehören die hinter dem Gaumensegel gelegenen Ulcerationen, jene an dessen hinterer Wand mit eingerechnet, den syphilitischen Tuberkeln an.

Die syphilitischen Hauttuberkeln lassen sich nicht vererben, wie die secundären Affectionen, die Ulcerationen liefern keinen impfbaren Eiter.

2. Die syphilitische Iritis. Es gibt zweierlei Arten venerischer Affectionen des Auges: die blennorrhische Ophthalmie und die eigentlich syphilitischen Affectionen. Hier kann nur von diesen letzteren die Rede sein. Die syphilitischen Zufälle des Auges können allen drei Perioden der Syphilis angehören. Die primären Schanker am Auge durch Besudelung mit Schankereiter sind selten. Am häufigsten wird dieses Organ von der secundären Syphilis ergriffen. Sie tritt unter der Form der syphilitischen Iritis auf. Endlich kann das Auge der Sitz tertiärer Zufälle werden. Von ihnen wird später die Rede sein.

Die syphilitische Iritis gehört den secundären Zufällen an, nur verspätet sie sich nicht selten, und erscheint erst in der Übergangsperiode zu den tertiären Affectionen. Im Verhältnisse zu den übrigen secundären Zufällen ist sie selten.

Man hat behauptet, die Entstehung der Iritis werde durch Mercurialgebrauch befördert, jedoch mit Unrecht. Zu dieser Behauptung hat die Wahrnehmung Veranlassung gegeben, dass sie sich sehr häufig erst nach Darreichung von Mercurialmitteln zeigt. Diess hat jedoch bloss darin seinen Grund, dass die syphilitische Iritis in der Regel ein sehr spätes secundäres Symptom ist, mithin häufig erst dann auftritt, wenn wegen der andern vorausgegangenen secundären Zufälle bereits Mercur gegeben wurde. Die Behandlung der sogenannten physiologischen Schule in Frankreich lieferte hiezu den deutlichsten Beweis, denn unter ihrem Einfluss gab es nicht weniger syphilitische Iritiszündungen, als heut zu Tage. Im Gegentheile gibt es wohl keine Augenkrankheit, auf welche der Mercur einen so günstigen Einfluss hätte, als auf die syphilitische Iritis. Die äusseren Momente der einfachen Augenentzündungen können auch zur Entwicklung der syphilitischen Iritis beitragen.

Es scheint, dass zur Zeit der papulösen Eruptionen die Descemetische Haut und Uvea Sitz secundärer Affectionen sei, später dagegen, wenn schon Tendenz zur Vereiterung eintritt, noch vielmehr aber in der Periode der Hauttuberkeln die Substanz der Iris ergriffen werde.

Die syphilitische Iritis beginnt gewöhnlich mit nächtlichen Kopfschmerzen, mit neuralgischen Schmerzen hauptsächlich in der Supraorbitalgegend der entsprechenden Seite, mit unangenehmer

Empfindung im Auge, so als ob es stark angestrengt worden wäre. Die Lichtscheue ist weder im Beginne noch im späteren Verlaufe stark ausgesprochen. Bei manchen Kranken tritt Photopsie ein, bei manchen vermehrte Thränenabsonderung. Später wird die Farbenveränderung der Iris merkbar, ihre Farbe erscheint gesättigter, es macht sich eine Mischung von Kupfer- oder Schinkenfarbe mit der normalen der Iris. Die Färbung ist am kleinen Kreis mehr ausgesprochen als am grossen. Die Iris schwillt auf, wodurch die vordere Kammer verengert wird. Ist die Descemetische Haut allein Sitz der Affection, so vergrössert sich die vordere Kammer durch Vermehrung der wässerigen Feuchtigkeit. Gewöhnlich contrahirt sich die Pupille, es gibt jedoch auch Fälle, wo sie sehr erweitert ist. In jedem Falle verliert sie an Beweglichkeit, wohl meistens durch Fixirung der Iris mittelst plastischer Exsudate; zuweilen scheint diess indess durch einen Fehler der Innervation bewirkt zu werden. Die plastischen Exsudate machen sich vorzugsweise in die vordere Kammer. Es bildet sich vordere oder hintere Synechie, auch Obliteration der Pupille. Es können Condylome entstehen; häufig werden jedoch Pseudomembranen für Condylome gehalten. Die Pupille verliert ihre runde Gestalt, sie wird in der Regel schief von auf- nach abwärts in die Länge gezogen, jedoch ist diess nicht constant. Ricord hatte einen Kranken, bei dem die Pupille täglich auf eine andere Weise verzogen war. Es kann eine Trübung der Crystalllinse entstehen. Bei Individuen, die zu Vereiterungen geneigt sind, bilden sich sehr häufig Abscesse in der Substanz der Iris. Es zeigt sich erst eine kleine Geschwulst, die man für einen Tuberkel halten könnte, bei Andern zeigen sich vollkommene Pusteln.

Die Prognose hängt hauptsächlich von zwei Umständen ab, von der Dauer und von der Individualität des Kranken.

Ist die Krankheit frisch, und wird sie gleich von Anfang an passend behandelt, so kann man sicher sein, sie zu heilen; je länger sie besteht, desto ungünstiger ist die Prognose. Bei Individuen, die nicht zur Eiterung neigen, wo die secundären Eruptionen nicht suppuriren, ist die Prognose viel günstiger, als unter dem entgegengesetzten Verhältnisse.

B. Die tertiären Affectionen.

Die tertiären Affectionen bilden die dritte Periode der Syphilis. Sie kommen mit den secundären darin überein, dass die Secrete, die sie liefern, nicht impfbar sind, dagegen unterscheiden sie sich von ihnen dadurch, dass sie sich nicht von den Ältern auf die Kinder vererben. Ein Kind syphilitischer Ältern wird nie eine Exostose erben. Wohl aber geschieht es, dass, wenn die Ältern dem Ausbruche der tertiären Affectionen entgegen gehen, oder bereits an solchen leiden, oder früher schon daran gelitten haben, diese ihre Diathese für die Kinder eine äusserst fruchtbare Quelle der Scropheln wird.

Den tertiären Symptomen geht immer ein Schanker und jedesmal auch secundäre Symptome voraus, wenn keine Behandlung eingeleitet wurde; war diess der Fall, so können diese letzteren auch ausbleiben oder sich verspäten.

Wird gegen die secundären Zufälle eine Mercurialcur eingeleitet, so kann dadurch in vielen Fällen dem Eintritte der tertiären Zufälle vorgebeugt werden. Es ist ganz falsch, anzunehmen,

dass der Gebrauch des Mercuris die tertiären Symptome hervorrufe. Man ist dabei in denselben Irrthum verfallen, den man begeht, wenn man die in Folge des Gebrauches von Copaivabalsam entstandene Roseola auf Rechnung des Trippers schreibt. Wird doch in England und Amerika seit Jahren so viel Mercur bei nicht syphilitischen Krankheiten gegeben, ohne dass dadurch die der tertiären Syphilis eigenthümlichen Zufälle zum Vorscheine kommen, während auf der andern Seite die tertiären Zufälle auch ohne vorausgegangene Mercurialcur eintreten. Gewisse durch den Mercur hervorbrachte Zufälle haben nur einige Ähnlichkeit mit den syphilitischen, lassen sich jedoch leicht von ihnen unterscheiden, so z. B. kann durch den Gebrauch von Mercurialmitteln und durch die Syphilis Caries entstehen, aber wie sehr ist nicht eine syphilitische von der durch Mercurialkrankheit bedingten Caries der Maxillen verschieden? Es bleibt übrigens wahr, dass, wenn der Arzt durch angreifende Curen die Constitution des Kranken untergraben hat, die tertiären Zufälle nachher um so verderblicher werden.

Die tertiären Zufälle zeigen sich (mit äusserst seltenen Ausnahmen) nie früher als ein halbes Jahr nach dem primären Schanker, gewöhnlich 1 bis 4, ja 20 bis 30 Jahre darnach. Die tertiären Zufälle können an demselben Individuum mit den secundären und primären zusammen vorkommen, denn der indurirte Schanker, oder nach Heilung des Geschwüres die Induration, kann ein bis zwei Jahre dauern. Gewöhnlicher ist es jedoch, neben den tertiären Affectionen bloss eine tuberculöse Hauteruption zu finden, welche nach dem Vorausgegangenen eine Übergangsstufe von den secundären zu den tertiären Formen bildet. Am häufigsten findet man die tertiären Zufälle ganz allein.

Die tertiären Affectionen haben ihren Sitz im fibrösen, im Knochensysteme, im Zellgewebe, in den Muskeln, Nerven, vielleicht auch in den Knorpeln, selten in den serösen Häuten, endlich vielleicht noch in den inneren Organen.

1. Affectionen der fibrösen Gebilde.

a) Die syphilitische Sarcocoele. Die Syphilis erzeugt nie einen Krebs oder Markschwamm des Hodens, sie kann jedoch bei einem übel disponirten Individuum den Anstoss zur Entwicklung einer dieser Krankheiten geben, so wie ein Schanker Ausgangspunct eines Krebsgeschwürs werden kann. Bell und genauer noch Astley Cooper unterschieden zuerst die syphilitische Sarcocoele von den gedachten Übeln.

Bei der syphilitischen Sarcocoele (syphilit. Periorchitis, *albuginitis*) ist das fibröse Gewebe des Hodens (die Albuginea und deren Fortsätze in die Substanz des Hodens) Sitz der Krankheit. Diese Affection ist unter den tertiären eine der frühesten, indem sie gewöhnlich schon 5 Monate bis 2 Jahre, sehr selten erst 6 bis 10 Jahre nach dem primären Schanker auftritt.

Bei vielen Kranken entwickelt sich das Übel ganz schmerzlos. Sie werden die Geschwulst des Hodens zufällig gewahr, nachdem sie schon zu einer bedeutenden Grösse herangewachsen. Selten gehen tiefe, bohrende, bei Nacht oder unter Tag in der Bettwärme eintretende Schmerzen in der Lendengegend der entsprechenden Seite vorher. Es zeigt sich weder Fieber noch Störung irgend einer Verrichtung.

Am Hoden selbst gehen folgende Veränderungen vor sich. An seiner Oberfläche bilden sich eine oder mehrere harte, durch des Gefühl unterscheidbare Stellen. Von diesen verbreitet sich die Verhärtung gleichsam wie von Ossificationspunkten aus weiter. In anderen Fällen bildet sich eine band- oder ringförmige Induration, welche mehr und mehr an Dicke zunimmt. Wieder bei anderen Kranken dringt die Verhärtung, nachdem sie einige Ausdehnung auf der Oberfläche gewonnen, in die Tiefe der Hodensubstanz, und lässt sich da wie ein Tuberkel greifen. Diese successiven Veränderungen gehen sehr langsam (binnen 3, 6 Monaten bis zu 3 Jahren) ohne alle entzündliche Erscheinungen, bei Vielen auch schmerzlos vor sich. Andere Kranke fühlen von Zeit zu Zeit Schmerzen, welche zwischen den lancinirenden und pulsirenden die Mitte halten. Während dieser Zeit schwillt der kranke Hode gleichmässig an, so dass er nach und nach das doppelte, ja fünf- bis sechsfache des normalen Volumens erreicht. Diese Volumszunahme wird, wie sich Ricord durch Sectionen überzeugte, durch den Erguss coagulabler Lymphe in die Hodensubstanz bewirkt, wobei die Samen-gefässe atrophiren und endlich gänzlich verschwinden. Die Epididymis und das *Vas deferens* bleiben verschont, wenn nicht der syphilitischen Periorchitis eine andere Krankheit des Hodens vorausging. Nach und nach flacht sich die Epididymis wohl auf der Geschwulst ab, und endlich ist sie gar nicht mehr zu finden; sie wird jedoch nie in den Krankheitsprocess mit hineingezogen. Wäre diess der Fall, so müsste sie eben so gut anschwellen wie der Hode.

Manchesmal, jedoch nicht häufig, findet man Exsudate in der Scheidenhaut, somit eine Hydrosarcocele. Der Erguss besteht aus hellem Serum, und da die Scheidenhaut keine krankhafte Beschaf-

fenheit zeigt, so scheint es, dass die Durchschwitzung bloss Folge der gehinderten Circulation sei.

Die Geschwulst des Hodens kann abwechselnd zu- und abnehmen, ja zwei- bis dreimal verschwinden, um immer neuerdings wieder zu erscheinen, indem die in den Hoden ergossene Lymphe bald resorbirt wird, bald sich wieder neue absetzt.

Der kranke Hode ist hart, manchmal bis zur Knorpelconsistenz, er ist schwerer als der gesunde und bewirkt dadurch ein schmerzhaftes Zerren des Samenstranges. Er ist sehr leicht beweglich, beim Drucke nicht sehr schmerzhaft. Die Haut des Scrotums, so wie das subcutane Gewebe ist nie mitergriffen.

Die Geschlechtsfunction leidet. Bei den meisten Kranken vermindern sich die Erectionen, und zwar um so mehr, wenn beide Hoden ergriffen sind, welches jedoch nicht häufig der Fall ist. Mit der Seltenheit der Erectionen fallen Veränderungen im Samen zusammen, indem er dünner und ärmer an Samenthierchen wird. In einer weiter vorgeschrittenen Periode fehlen letztere gänzlich.

Die Ausgänge der sich selbst überlassenen Krankheit sind a) in Zertheilung, wobei der Hode den Normalzustand wieder erreicht, b) in vollkommene Atrophie; hier vermindert sich nach Verschwinden der Geschwulst der Umfang des Organes fortwährend, nicht selten bis zum Volumen einer Bohne, c) in knorpelige Induration, welche weiter unveränderlich ist, d) in Ossification. Dieses geschieht sehr selten. Ricord sah davon ein einziges Beispiel. Die syphilitische Periorchitis geht nie in Eiterung über.

Man hat angegeben, dass in einigen Fällen die Hoden in Folge von Syphilis schwanden, ohne dass sich vorher an ihnen

etwas Krankhaftes gezeigt hätte. Diese Behauptung beruht auf einem Irrthum. Es geschieht nämlich zuweilen, jedoch selten, dass sich bei der syphilitischen Periorchitis ein Exsudat in die Hoden-substanz bildet, wobei der Hode wohl hart wird, aber nicht merklich an Umfang zunimmt. Bei gänzlicher Abwesenheit der Schmerzen ist es nun natürlich, dass diese Veränderung gänzlich übersehen wird. Erst wenn Atrophie eingetreten ist, wird der Kranke den Zustand seiner Hoden gewahr. Solche Fälle von tertiärer Syphilis sind es auch, wo unter dem Jodgebrauche die Hoden atrophiren.

Die syphilitische Sarcocoele kann mit anderen Hodenkrankheiten zugleich vorkommen.

Unter die veranlassenden Momente sind zu zählen körperliche Anstrengungen, bei denen die Hoden mit betroffen sind z. B. reiten. Sie können in derselben eine syphilitische Sarcocoele einleiten, wie sich z. B. bei starken Tabakrauchern die Condylome gerade an jenen Stellen der Mundschleimhaut entwickeln, die mit dem Mundstücke häufig in Berührung kommen. Oft gibt der Tripper Veranlassung. Ein Individuum, welches sich in der Periode der tertiären syphilitischen Zufälle befindet, bekommt einen Tripper und in Folge dessen eine Hodenentzündung (*epididymitis*), welche mit Atrophie des Hodens endet. Solche Fälle haben in die Lehre von der blennorrhoeischen Hodenentzündung viele Verwirrung gebracht, indem man dieser letzteren den Ausgang in Atrophie zuschrieb, während er doch einzig und allein der syphilitischen Sarcocoele zukommt, zu deren Entwicklung die blennorrhoeische Epididymitis nur den Anstoss gab.

Diagnose. Abgesehen von Hydrocele, Varicocele, Hernie, womit kaum eine Verwechslung gedenkbar ist, unterscheidet sich

die syphilitische Sarcocoele von der blennorrhöischen oder einfachen Epididymitis durch folgende Merkmale. Die Epididymitis tritt acut mit entzündlichen Symptomen auf, während die syphilitische Sarcocoele schmerzlos und von chronischem Verlaufe ist; bei der blennorrhöischen Epididymitis wird zuerst das *Vas deferens*, sodann die Epididymis ergriffen, bei der syphilitischen Sarcocoele dagegen werden diese Theile gar nicht befallen, sondern gleich von Anbeginn der Körper des Hodens. Endlich geben noch die Antecedentien (Tripper, mechanische Verletzung etc.) Aufschluss.

Die syphilitische Sarcocoele kann ferner mit der tuberculösen, scrophulösen verwechselt werden. Hier können wie bei der syphilitischen ein oder beide Hoden ergriffen sein, die Krankheit kann sich ebenfalls ganz langsam und schmerzlos entwickeln, es kann der Hode mehr weniger an Volumen zunehmen, sich auch wie bei der syphilitischen Sarcocoele ein Exsudat in die Scheidenhaut bilden. Diese beiden Affectionen unterscheiden sich jedoch auf folgende Weise. Die tuberculöse Sarcocoele tritt vom 16. bis 25. höchstens 30sten Jahre, und nicht leicht später zum ersten Male auf, während die syphilitische sehr häufig nach dem 30sten Jahre erscheint. Wenn bei der syphilitischen Sarcocoele eine tuberkelähnliche Induration entsteht, so bildet sie sich von der Albuginea aus nach innen zu in die Substanz des Hodens, man kann sie nur beim Drucke in der Tiefe wahrnehmen; bei der tuberculösen Sarcocoele ist es umgekehrt, da entwickelt sich der Tuberkel an der Oberfläche des Hodens nach aussen, so dass dieses Organ dadurch eine hügelige Oberfläche gewinnt, welche man oft schon durch das Scrotum hindurch sehen kann. Der nicht syphilitische Tuberkel lagert sich anfänglich in der Epididymis ab und im Zellgewebe, welches die-

selbe mit dem Hoden verbindet; bei der syphilitischen Sarcocoele wird dagegen gleich ursprünglich der Hode selbst ergriffen. Bei der syphilitischen Sarcocoele bleibt das *Vas deferens* normal, bei der tuberculösen dagegen zeigt es deutlich fühlbare Unebenheiten. Die tuberculöse Sarcocoele geht endlich früher oder später in Eiterung über, die syphilitische nie.

Am leichtesten ist die syphilitische Sarcocoele mit dem Krebs oder Markschwamm des Hodens zu verwechseln. Diese können sich gleichfalls sehr langsam aus knotigen oder bandartigen Indurationen entwickeln, und eben so umfangreich werden wie die syphilitische Sarcocoele, sie können ebenfalls mit Hydrocele complicirt sein; auch verursachen sie nicht immer heftige Schmerzen. Dagegen entwickeln sich die krebsigen Geschwülste in einem höheren Alter. Ist demnach der Kranke noch nicht in vorgerückten Jahren, so spricht diess gegen die krebsige Natur des Übels. Der Fungus des Hodens befällt noch seltener beide Seiten als die syphilitische Sarcocoele. Characteristisch für den Fungus ist es, dass er, sobald er ein gewisses Alter erreicht hat, zu erweichen beginnt; in dieser Epoche treten dann die lancinirenden Schmerzen ein. Sehr oft wird im späteren Verlaufe des Fungus das *Vas deferens* mit ergriffen, was bei der syphilitischen Sarcocoele nicht geschieht.

Es ist hieraus leicht ersichtlich, dass es in manchen Fällen gar nicht möglich ist, eine syphilitische Sarcocoele und einen Markschwamm oder Krebs des Hodens von einander zu unterscheiden. Man soll sich daher in keinem nur einigermaßen zweifelhaften Falle zur Amputation des Hodens entschliessen, selbst dann nicht, wenn die Anamnese gar nicht zu Gunsten der syphilitischen Natur des Übels spricht. Man soll immer erst eine antisymphilitische Cur

vornehmen, deren Erfolg oft allein im Stande ist, die Diagnose in's Reine zu bringen. Ricord glaubt, dass der grösste Theil der Amputirten an syphilitischer Sarcocoele litten.

Prognose. Je kürzere Zeit die Krankheit besteht, um so eher hat man vollkommene Heilung zu erwarten. Ist nur ein Theil des Hodens ergriffen, so ist die Prognose günstig zu stellen, um so ungünstiger dagegen, je weiter verbreitet die Affection ist. Ebenso lässt sich um so weniger eine Zertheilung hoffen, einen je grössern Grad von Härte der kranke Hode erreicht hat.

b) Die Induration der schwammigen Körper des Gliedes. Bei diesem nicht sehr seltenen Zufall bildet sich ein oft kaum fühlbares Knötchen in einem oder in beiden cavernösen Körpern. Wie es an Umfang zunimmt, so entsteht im Zustande der Erektion eine Einziehung am entsprechenden *Corpus cavernosum*, weil an die Stelle der spongiösen Substanz ein fibröses Gewebe trat. Der erigirte Penis weicht dadurch von der normalen Richtung ab. Sitzt die Induration seitwärts, so kehrt er sich nach der entsprechenden Seite; sitzt sie (*Pene flaccido*) an der vorderen Seite in der Nähe des Schamberges, so biegt er sich bei der Erektion halb kreisförmig nach auf- und rückwärts; sitzt sie gegen das Ende des Gliedes zu, so erigirt sich dieses bis an die Spitze, welche schlaff bleibt. Die Erektionen sind dabei gar nicht schmerzhaft. Kommt man zeitig dazu, so lässt sich das Übel heben. Ricord hat ein Paar Fälle geheilt. Später lässt sich nur eine geringe Volumensverminderung der verdichteten Stelle gewinnen; ja durch die in derselben eingeleitete Resorption wird der Übelstand manchmal noch vermehrt. Eine ganz ähnliche Affection entsteht zuweilen in Folge eines phlegmonösen Trippers.

c) Die syphilitischen Knochenschmerzen (*Dolores osteocopi*) sind oft die Vorläufer oder Begleiter wahrnehmbarer materieller Veränderungen in den fibrösen Gebilden oder Knochen, manchesmal fehlen jedoch solche Veränderungen gänzlich. Die Knochenschmerzen können selbst als einziges tertiäres Symptom an einem Kranken vorkommen. Ihr Sitz ist in den fibrösen Gebilden und in den Knochen, und zwar vorzugsweise an jenen Theilen des Körpers, wo sie oberflächlich gelegen sind, an den Schädelknochen, an der inneren Fläche der Tibia, an der Ulna, am Radius, an den Schlüsselbeinen, am Sternum, am Carpus, Metacarpus, Tarsus und Metatarsus. Sie sind auf bestimmte mehr weniger umschriebene Stellen beschränkt, und sehr selten umherirrend. Wenn sie auch von einer Stelle zur andern wandern, so dass sie heute den Kopf, morgen die Tibia befallen, so wird man doch, wenn man nur den Kranken genau examinirt, finden, dass bei den wiederholten Anfällen an den verschiedenen Körpertheilen immer nur dieselben umschriebenen Stellen leiden. Durch dieses Fixirtsein an bestimmte Stellen unterscheiden sie sich von den pseudorheumatischen, der zweiten Periode der Syphilis angehörigen Schmerzen. Ein fernerer Unterschied liegt darin, dass sie beim Drucke in viel höherem Grade vermehrt werden, als diess bei den secundären der Fall ist.

Bei einigen Kranken sind sie im Beginne geringfügig und bleiben es auch durch lange Zeit, bei andern dagegen steigern sie sich rasch oder beginnen gleich mit grosser Lebhaftigkeit. Sie sind noch mehr an die Nachstunden gebunden als die pseudorheumatischen, gewöhnlich erscheinen sie um 11 Uhr und halten an bis 3, 4 Uhr Morgens. Die Bettwärme ist dabei vom grössten Einfluss. Wenn die Kranken aufstehen und in der Kälte umhergehen, so vermindern sie

sich. Sie können rein intermittiren, so dass nach den wüthendsten nächtlichen Schmerzen wieder völliges Wohlsein eintritt. Sie können auch andauern und beim Tage nur remittiren. Es gibt endlich Kranke, die am Tage so viel leiden als in der Nacht. Manche haben die Empfindung, als ob ihnen die Knochen gebrochen würden. Die Schmerzen können Monate, Jahre lang dauern. Die Kranken schlafen nicht, verdauen schlecht, manche werden wahnsinnig, andere tödten sich selbst oder sterben marastisch, ohne dass an den befallenen Theilen krankhafte Veränderungen wahrzunehmen oder ausser den Schmerzen anderweitige Symptome von Syphilis zugegen wären. Nicht selten verschwinden die Knochenschmerzen von selbst ohne alle Behandlung.

d) Die syphilitische Periostitis. Häufig gehen ihr Knochenschmerzen voraus, sie entwickelt sich aber auch ohne dieselben. Es werden vorzüglich jene Stellen ergriffen, wo die Knochen am oberflächlichsten liegen. Die Schädelknochen, die Ulna, der untere Theil des Radius, die Tibia, die Schlüsselbeine, das Sternum, Hand- und Fusswurzel-, Mittelhand- und Mittelfussknochen, die Rippen, die Backenknochen, die Wände der Orbita geben den Sitz des Übels ab. Das Periostium wird durch ein plastisches oder der Sinovia ähnlich sehendes Exudat vom darunter gelegenen Knochen getrennt. Hierdurch bildet sich eine mehr weniger fluctuirende oder fest gespannte, elastische, seltener eine ganz compacte Geschwulst, welche dem Knochen, auf dem sie aufsitzt, fest anhängt, wogegen die Weichtheile über ihr vollkommen verschiebbar sind. Der Verlauf ist chronisch, beinahe schmerzlos, sie entwickelt sich nicht selten, ohne dass Knochenschmerzen vorausgegangen wären. Ricord nennt diese Form plastische Periostitis.

In andern Fällen tritt sie dagegen als phlegmonöse Entzündung auf. Hier sind die Schmerzen heftig, der Verlauf acut, und es findet Abscessbildung Statt. Die Entzündung hat sich vom Periostium auf das subcutane Zellgewebe und auf die Haut verbreitet, daher denn diese geröthet und heiss wird, und aufhört, verschiebbar zu sein.

Bei der plastischen Periostitis tritt auch ohne alle Behandlung oft Aufsaugung ein; oft bleibt ein fibröses oder knorpeliges Gewebe zurück, es macht sich analog wie bei der Callusbildung eine Kalkablagerung, welche Ricord epigenische Exostose nennt, im Gegensatze zur parenchymatösen. Die phlegmonöse Periostitis kann im ersten Beginne, auch selbst wenn schon Zellgewebe und Haut mit ergriffen sind, noch zertheilt werden, aber nicht mehr, wenn schon Eiterung eingetreten ist; dann ist auch schon sehr oft der Knochen angegriffen.

e) Die Muskelscheiden und Aponeurosen, das Muskelgewebe können gleichfalls Sitz einer tertiären syphilitischen Affection werden. Es bildet sich ein plastisches Exsudat in das Innere des Muskels, wobei sich nicht bestimmen lässt, ob das Muskelgewebe oder Zellgewebe ergriffen sei. Der Muskel verliert unter den osteocopen ähnlichen Schmerzen an Kraft und Consistenz, später auch an Umfang, und zwar wie es scheint ohne vorhergehende Volumszunahme. Er retrahirt sich mehr und mehr, und atrophirt. Diese Retraction ist Folge der organischen Verkürzung, und nicht zu verwechseln mit Contractur durch Einfluss der motorischen Nerven. Ricord hat diesen Zustand am häufigsten an den Beugern des Vorderarmes (*m. biceps* und *brachialis internus*) auch an den Wadenmuskeln mit Beugung der Unterschenkel beinahe unter einem

rechten Winkel beobachtet. Der Verlauf ist sehr langsam, durch Monate, Jahre. Die Krankheit kann vollkommen geheilt werden, wenn sie erst ein Paar Monate besteht; ja selbst nach einem Jahre ist diess noch möglich. Später gelingt es höchstens, dem Weiterschreiten des Übels Schranken zu setzen.

f) Die Augen werden in der Periode der tertiären Zufälle auf verschiedene Weise afficirt. (Von der syphilitischen Iritis als einer secundären Form war bereits früher die Rede.) Die Sclerotica verdickt sich, verändert ihr Ansehen, oder es treten, was ziemlich häufig geschieht, Störungen in den Functionen des Auges ein. Man sieht sich um so mehr bewogen, die Amblyopien und Amaurosen dieser Periode von einer syphilitischen Affection an einer oder der andern Hülle des Sehapparates abzuleiten, als nicht selten zu gleicher Zeit Knochenschmerzen und Exostosen an andern Theilen vorkommen, und oft beiderlei Affectionen durch eine antisymphilitische Behandlung unter einem gehoben werden.

Ein Symptom, welches Ricord sehr häufig in dieser Periode antraf, ist eine permanente Erweiterung der Pupille ohne Amblyopie (Mydriasis). Er wurde durch die übrigen gleichzeitigen Erscheinungen und die Wirkung der Behandlung dahin geführt, dieses Symptom auf die tertiäre Syphilis zu beziehen.

Hierher gehört endlich die Diplopie. Manchmal hängt sie von den Umgebungen des Bulbus ab. Einige Kranke sahen so lange einfach, bis sie die Augäpfel zu einer gewissen Höhe nach aufwärts erhoben, da trat dann Doppeltsehen ein, und zwar aus dem Grunde, weil sich das eine Auge noch fort nach aufwärts bewegte, während das andere nicht mehr von der Stelle rückte, wodurch der Parallelismus der Augen aufgehoben war. Ricord meint, es

könnte hier auch syphilitische Muskelcontractur zu Grunde gelegen haben.

g) Die Gelenke werden sehr selten Sitz einer tertiären Affection, es bilden sich da weisse Geschwülste aus.

2. Affectionen des subcutanen und submucösen Zellgewebes.

Sie bestehen in tuberculösen Ablagerungen.

Ricord hat noch keinen Fall gesehen, wo sich der syphilitische Zellgewebstuberkel vor Ablauf des ersten halben Jahres nach dem Schanker entwickelt hätte, selten zeigt er sich schon nach einem Jahre, oft erst nach vielen Jahren. Die syphilitischen Zellgewebstuberkeln fließen selten in einander, sie kommen gewöhnlich zerstreut vor, manchmal allenfalls zu fünf bis zehnen in einer einzigen Gruppe vereinigt; ja die ganze Eruption kann in einem einzigen Tuberkel bestehen. Viel seltener ist es, dass sie in sehr grosser Anzahl vorhanden sind.

Sowohl unter der Haut, als unter der Schleimhaut entwickelt sich der syphilitische Zellgewebstuberkel ohne Vorboten. Es zeigt sich eine kleine, schmerzlose Geschwulst, welche sich sehr langsam (ein halbes bis zwei Jahre lang) entwickelt. Sie hat beinahe schon die Grösse einer Haselnuss erreicht, und ist noch immer beweglich, wenn sie nicht in einem sehr dichten, fest adhärennden Zellgewebe, z. B. am Gebärmutterhalse sitzt. Wenn der Zellgewebstuberkel adhärent wird, so adhärirt er immer an der Haut oder Schleimhaut, und lässt sich hiedurch von den Exostosen unterscheiden, welche am Knochen festsitzen, und über welchen die Haut,

so lange sie nicht entzündet ist, verschiebbar bleibt. Unter dem Einfluss einer äusseren Reizung, jedoch auch ohne dieselbe entzündet sich der syphilitische Zellgewebstuberkel. Er wird in seiner Umgebung vollkommen fixirt, die Haut röthet sich, wird schmerzhaft, verdünnt sich und bricht am Ende auf. Aus der Hautöffnung ergiesst sich nicht gewöhnliche Tuberkelmasse, sondern ein serös-blutiges, membranöse Theile enthaltendes Magma. Es bleibt ein die ganze Dicke der Haut oder Schleimhaut durchbohrendes, tiefes, umfangreiches Geschwür von sehr schlechtem Aussehen zurück, gegen welches eine Mercurialbehandlung sehr häufig nichts ausrichtet. Der so verlaufende syphilitische Zellgewebstuberkel stellt den sogenannten syphilitischen Furunkel oder Anthrax dar. Er wird sehr häufig verkannt.

a) Der syphilitische Zellgewebstuberkel des Hodensackes und des Hodens. Ricord sah häufig Ablagerungen in das subcutane Zellgewebe des Scrotums, wobei die Hoden ganz gesund blieben. In anderen Fällen sitzt der Tuberkel im Zellgewebe, welches die Epididymis an den Hoden anheftet oder im Zellgewebe des Hodens selbst. Wenn Schmelzung eintritt, so gibt es sehr beträchtliche Ulceration, welche häufig für Krebsgeschwür gehalten wird. Auch verwechselt man den syphilitischen Zellgewebstuberkel des Hodens häufig mit dem gewöhnlichen nicht syphilitischen, scrophulösen. Die Unterschiede sind folgende. Der syphilitische Zellgewebstuberkel kommt immer nur isolirt vor (wenigstens war es so bei allen von Ricord bis jetzt beobachteten Kranken), so dass immer nur ein Hode ergriffen wird; beim gemeinen Tuberkel werden häufig beide Hoden, einer nach dem andern befallen. Der Samenstrang bleibt bei der syphilitischen Tu-

berculose gänzlich verschont, während er bei der nicht syphilitischen rosenkranzähnliche Anschwellungen wahrnehmen lässt. Wenn sich der syphilitische Tuberkel im Zellgewebe des Hodens selbst ablagert, so dass der Nebenhode ganz frei bleibt, ist die Diagnose um so leichter, da beim gemeinen immer die Epididymis ergriffen ist. Zur Diagnose des syphilitischen Tuberkels in seinem ulcerösen Stadium von *Cancer apertus* muss eine genaue Erwägung der Anamnestica leiten; sie wird erst durch den Erfolg einer geeigneten antisiphilitischen Cur ins Reine gebracht.

b) Der syphilitische Zellgewebstuberkel der Zunge. Die Zunge wird an einer oder einigen Stellen dicker. Bei einem von Ricord beobachteten Kranken waren diese Stellen so zahlreich, dass sie sich anfühlte, als wäre sie mit Erbsen ausgefüllt. Die Geschwülste sind schmerzlos und vergrössern sich äusserst langsam. Stellen, welche häufig gereizt werden, z. B. bei Rauchern durch das Mundstück, gewinnen völlig das Ansehen von Krebs.

c) Der syphilitische Zellgewebstuberkel des weichen Gaumens. Die Kranken tragen sich damit die längste Zeit herum, ohne darauf aufmerksam zu sein. Auch der zu Rathe gezogene Arzt erkennt selten das Übel. In der ersten Zeit ist äusserlich nichts sichtbar, die Kranken sind jedoch beim Schlingen etwas belästigt, die Stimme wird ein wenig näseld. Später stellen sich Schmerzen und Catarrh im hinteren Theile der Nasenhöhle ein. Jetzt erst zeigt sich der weiche Gaumen geschwollen, geröthet, er fühlt sich etwas derber an, wenn nicht schon im Innern eiterige Schmelzung eingetreten ist. Wird die Krankheit auch in diesem Stadium noch nicht erkannt, so trifft es sich, dass der Arzt zu seinem grossen Schrecken den weichen Gaumen einmal über Nacht

zerstört findet. Solche Fälle sucht man dann durch die Annahme eines ganz ungewöhnlich rapiden Verlaufes oder eines besonders bösartigen Giftes zu erklären und zu entschuldigen. Bei Individuen, welche sich in der Periode der tertiären syphilitischen Zufälle befinden, muss man desshalb bei der geringsten Halsaffection sehr auf seiner Huth sein.

d) Der syphilitische Zellgewebstuberkel unter der Schleimhaut des Pharynx. Er hat genau denselben Verlauf, wie jener am weichen Gaumen, und macht furchtbare, sehr ausgebreitete Ulcerationen, die zuweilen die Halswirbel erreichen.

e) Der syphilitische Zellgewebstuberkel des Gebärmutterhalses. Er befallt ein oder das andere Labium, nimmt denselben Verlauf, wie an andern Theilen, und setzt Geschwüre, welche den Krebsgeschwüren so vollkommen gleichen, dass es nur möglich ist, sie durch eine genaue Analyse des Falles und durch den Erfolg der entsprechenden antisiphilitischen Behandlung davon zu unterscheiden.

f) Der syphilitische Zellgewebstuberkel der Eichel sieht im ulcerösen Stadium einem indurirten Schanker sehr ähnlich. Er lässt sich nur durch die Anamnestica, durch das negative Resultat der Impfung und durch den schnellen Erfolg der für die tertiären Zufälle geeigneten Behandlung erkennen.

3. Affectionen der Knochen.

Es werden sowohl die compacten als die spongiösen Knochen ergriffen, die ersteren vielleicht häufiger. Bei den compacten Knochen leiden vorzugsweise die am oberflächlichsten gelegenen Stellen, z. B. die vordere innere Fläche der Tibia, die Schädelknochen, das

Schlüsselbein. Unter den spongiösen Knochen leiden die des Gesichtes viel öfter als die Enden der Röhrenknochen oder als die Hand- und Fusswurzeln. Wenn die Knochen ergriffen werden, so erscheinen anfänglich, bevor noch eine Veränderung des Gewebes wahrnehmbar ist, Schmerzen. Sie sind, selbst wenn sich schon Structurveränderungen zeigen, vollkommen intermittirend oder remittirend. Die Paroxysmen oder Exacerbationen treten des Nachts ein. In dem Masse, als das Gewebe mehr und mehr ergriffen wird, werden sie continuirlich. Es gibt selbst Kranke, welche dann am Tage mehr leiden, als bei der Nacht; wahrscheinlich werden da die Schmerzen durch die Körperbewegung verschlimmert. Beim Drucke nehmen sie zu, jedoch findet dieses nicht in allen Perioden des Übels, sondern hauptsächlich nur im Anfange Statt, wo die Empfindlichkeit zuweilen so gesteigert ist, dass kaum eine Annäherung der Hand ertragen wird. Nach und nach schwillt der Knochen auf, und die Geschwulst ist entweder mehr weniger ungeschrieben, oder sie erhebt sich ganz allmähig, ohne deutliche Gränze. Sie ist hart und adhärirt am Knochen, zeigt keine Fluctuation, die darüber gelegene Haut ist beweglich und behält sehr lange ihre normale Beschaffenheit.

Ricord unterscheidet, wie bereits früher angeführt wurde, zwei Varietäten der syphilitischen Exostose, die epigenische und die parenchymatöse. Die epigenische besteht in einem Ansatz von Masse auf die Oberfläche des Knochen. Die epigenische Exostose kann ungeschrieben sein, auch durch Verschmächtigung ihrer Basis gestielt werden. Gewöhnlich sitzt sie jedoch mit breiter Basis auf. Ihre Oberfläche kann glatt oder uneben, maulbeerenartig, warzenförmig sein. Die parenchymatöse Exostose stellt eine Anschwellung der Substanz des Knochens dar.

Sehr häufig findet man an den beiden Seitenhälften des Körpers symmetrisch gelagerte Exostosen. Je nach dem Sitze erscheinen sehr verschiedene Symptome, welche entweder durch das in den Apparaten der Locomotion gesetzte mechanische Hinderniss oder durch Compression der Centralorgane des Nervensystems oder der Nerven hervorgerufen werden.

Verlauf und Ausgänge. Der Verlauf ist ein sehr langsamer, durch Monate, Jahre hinziehend. Seltener ist er acut, so dass sich eine Exostose binnen zwei bis vier Wochen ausbildet. Die Zertheilung erfolgt nie schnell, wird jedoch häufig erzielt, wenn bei Zeiten Hülfe geleistet wird. Der Ausgang in Caries ist bei den compacten Knochen seltener, häufiger bei den spongiösen. Sehr oft sclerosiren die syphilitischen Exostosen, wenn sie lange Zeit sich selbst überlassen bleiben, zu einer elfenbeinartigen fernerhin unveränderlichen Masse.

Unter den spongiösen Knochen sind die Gesichtsknochen am häufigsten Sitz tertiärer Affection. Unter ihnen wieder vorzugsweise der Oberkiefer mit seinen Fortsätzen, die Nasenmuscheln; meistens ist die Affection auf das Zwischenkieferbein, auf das Pflugscharbein, auf den harten Gaumen beschränkt. Bei der syphilitischen Entzündung der genannten Theile erscheint, auch wenn der Sitz im Zwischenkieferbein ist, fast immer zuerst die Nasenhöhle ergriffen. Es treten osteocope, pulsirende und anderartige Schmerzen auf, der Durchgang der Luft wird erschwert, es entsteht Schnupfen, wobei die Secretion mehr eiterförmig, jauchig wird, und sich endlich ein unerträglicher Gestank verbreitet. Bald stossen sich die feinsten Knochentheile ab, namentlich die Nasenmuscheln, das Pflugscharbein. Wenn dieses letztere verloren geht, so fällt

der obere Theil der Nase ein, welches in noch höherem Grade Statt findet, wenn die Nasenknochen ergriffen sind. Unter den Folgezuständen sind die Thränenfisteln zu bemerken. Die Intermaxillargegend treibt sich auf, bald werden die Zähne beweglich, anfangs zwar nur in den Zahnfächern, später, wenn die Krankheit noch weitere Fortschritte macht, und Caries oder Necrose der Alveolarfortsätze eintritt, bewegen sich diese mit. Die Zähne selbst erfahren keine krankhafte Veränderung, sie lassen sich erhalten.

Wenn das Übel seinen Sitz am harten Gaumen nimmt, bilden sich daselbst Hervorragungen, und zwar meistens in der Mittellinie von der Einpflanzungsstelle des Vomer ausgehend, seltener seitwärts. Bald entzünden sich die Weichtheile am Gaumen, es entsteht Eiterung, durch welche der cariöse oder necrotische Knochen blossgelegt wird. Die Exostose am harten Gaumen kommt dagegen verhältnissmässig selten vor. Die syphilitische Entzündung der Gesichtsknochen nimmt in der Regel einen viel rascheren Verlauf, als die der compacten, und endet sehr häufig mit Caries. Ein anderer, ebenfalls sehr häufiger Ausgang ist der in Necrose; er erfolgt noch rascher, als jener in Caries.

4. Affectionen des Kehlkopfes.

Der Kehlkopf kann ebenfalls ergriffen werden. Hier ist der Sitz der Affection in den Knorpeln und in den fibrösen Gebilden, während bei den häufiger vorkommenden Zufällen der zweiten Periode bloss die Schleimhaut leidet. Die Knorpeln ossificiren, werden cariös, necrotisch, es entwickelt sich eine Laryngealpthise mit sehr übel riechendem Athem.

5. Affectionen der Lungen und anderer innerer Organe.

Ricord hält es für nicht unwahrscheinlich, jedoch durchaus nicht für bewiesen, dass die Lungentuberkeln in gewissen Fällen syphilitischer Natur, und zwar ganz analog den Zellgewebstuberkeln der dritten Periode seien. Ebendahin glaubt er, dürfte manche Affection anderer innerer Organe zu zählen sein. Insbesondere scheinen ihm für letztere Ansicht zwei von ihm beobachtete Fälle von Ascites zu sprechen, in deren einem eine Milz- und im andern eine Leberhypertrophie zugegen war. Beide Kranke hatten indurirte Schanker gehabt, und genasen unter dem Gebrauche des Jodcali. Endlich wirft Ricord noch die Frage auf, ob nicht manche Krankheit des Herzens und der grossen Gefässe den syphilitischen Affectionen der fibrösen Gebilde heizuzählen sei?

6. Affectionen des Nervensystems.

Sie sind in der dritten Periode der Syphilis sehr häufig, und betreffen sowohl die Centralorgane, als auch die Nerven. Die Störungen der Centralorgane können hervorgerufen werden durch tertiäre syphilitische Tuberkeln im Gehirn und Rückenmark (wovon Ricord zwei Fälle sah) oder durch Krankheiten der fibrösen oder knöchernen Umhüllungen. Insbesondere finden sie sehr häufig ihren Grund in Exostosen innerhalb der Schädelhöhle. Die nach der Peripherie laufenden Nerven können in derselben Weise Störungen ihrer Functionen erfahren. So leidet die *Cauda equina* und daher entsteht häufig Paraplegie in Folge einer tertiären syphilitischen Affection. In anderen Gegenden der Wirbelsäule sind die tertiären

syphilitischen Affectionen sehr selten. Ricord hat da nie eine syphilitische Exostose gesehen. Die syphilitische Paraplegie unterscheidet sich an sich gar nicht von jeder andern. Man kann ihre Natur nur vermuthen, wenn sich der Kranke in der Periode der tertiären syphilitischen Zufälle befindet.

Die verschiedensten Störungen in den Functionen der Centralorgane des Nervensystems, Catalepsie, Epilepsie, Geisteskrankheit etc., vorzüglich die beiden ersteren können durch tertiäre syphilitische Affectionen bedingt sein. Ricord kennt einen jungen Schauspieler, der durch fünf bis sechs Jahre an Epilepsie litt, an welcher die verschiedensten Heilmethoden scheiterten; er hob sie vor vier Jahren durch die den tertiären Zufällen entsprechende Curmethode, und es erfolgte seitdem kein Rückfall. In allen diesen Fällen können nur die Anamnese und die begleitenden syphilitischen Zufälle zur Diagnose verhelfen.

Anhangsweise möge hier einer eigenthümlichen Form von Hypochondrie solcher Personen Erwähnung geschehen, die sich für syphilitisch halten. Es ist diess die sogenannte Syphilidophobie, eine häufige Erscheinung, welche Ricord unter der gemeinen Classe, am meisten bei den Maurern beobachtete. Ganz normal beschaffene Theile ihres Körpers sind der Gegenstand fortwährender Beschauung und Besorgniss, so die Thränenpunkte, die Ausmündung des Stenonianischen Speichelganges, die Papillen und Zacken an der unteren Fläche und an den Rändern der Zunge, die Flecken an der hinteren Wand des Pharynx. Es gibt Beispiele, dass solche Leute Selbstmörder wurden. Man behandelt sie mit Pillen aus Brodkrumme, wobei man nicht versäumen darf, ihre Aufmerksamkeit stets auf die eintretenden Wirkungen zu lenken. Ricord

beobachtete eine Kranke, bei welcher bloss durch solche Intention der Aufmerksamkeit zu wiederholten Malen Speichelfluss hervor- gebracht wurde.

Therapie der tertiären Affectionen.

Die beste Prophylaxis der tertiären Zufälle besteht in einer mercuriellen Behandlung der secundären Erscheinungen. Diese gewährt jedoch keine absolute Sicherheit. Der Zweck würde vielleicht am sichersten erreicht, wenn man die gegen die secundären Zufälle gerichtete Mercurialcur mit dem Gebrauche des Jodcali beschlösse.

Das beste Mittel gegen die tertiären syphilitischen Affectionen ist das Jod. Man kann die constitutionelle Syphilis mit Jod, man kann sie mit Mercur, und man kann sie ohne eines von beiden heilen. Die beste Behandlung bleibt aber immer die mit Mercur und Jod. Nur ist die Wirksamkeit dieser zwei Mittel eine verschiedene, je nach der Periode, in der sich die Syphilis befindet. Das Quecksilber ist bei den secundären Zufällen wirksamer als das Jod, dieses letztere dagegen bei den tertiären wirksamer als der Mercur. Bei den Zufällen der Übergangsperiode hält es Ricord für zweckmässig, beiderlei Behandlungsarten mit einander zu verbinden. Er gibt *Cali hydrojodinicum* in einer bitteren Ptisane oder in Wasser aufgelöst mit etwas Syrup. Bei sehr reizbarem Darmcanal beginnt er mit etwas mehr als 2 Granen *p. d.* 3mal im Tage, gewöhnlich jedoch sogleich mit 2 Scrupeln für den Tag auf 3mal zu nehmen. Bei manchen Kranken wirkt diese Dosis gar nichts. Dann wird nach und nach bis auf das Doppelte, sehr selten höher gestiegen. Dabei wird ein nahrhaftes, stärkendes Regimen eingehalten, auf häufigen Genuss guter Luft gesehen. Ricord fährt mit

der Behandlung auch nachdem schon die Symptome der Syphilis gehoben sind, noch lange Zeit fort. Gewöhnlich vermehrt sich während der Cur der Appetit und die Kräfte nehmen zu.

Hat man eine gewisse Gränze überschritten, so treten die pathogenetischen Wirkungen des Mittels ein, als Erbrechen, häufige seröse Stühle, Schmerzen im Magengrund, welche bei Bewegungen ganz unverändert bleiben. Treten diese Zufälle ein, so wird der Jodsolution *Syrup. anodyn.* zugesetzt. Es erscheinen ferner verschiedene Hauteruptionen, und zwar psydrazische Pusteln, Acne, kleine Furunkeln auf den Schultern, im Gesicht, auf den Hinterbacken, und was hier characteristic ist, beinahe immer auch auf den unteren Extremitäten; Erytheme, Lichen, Urticaria, Pemphigus, und bei scorbutischen Individuen Purpura, selbst *Purpura haemorrhagica*. Oft entstehen Fieberbewegungen. Sehr häufig ist die Harnsecretion vermehrt, der Kranke bekommt leichte Schmerzen, eine Empfindung wie von Ermüdung in der Nierengegend. Es stellt sich Schnupfen ein, welchen man nicht etwa einem Fortschreiten der Syphilis zuschreiben darf. Das Secret der Nasenschleimhaut wird dabei nicht eiterförmig, der Schnupfen wird nicht reif. Eben so erscheint ein fieberloser Bronchialcatarrh mit serösen Sputis, die gleichfalls nicht *Sputa cocta* werden. Die Conjunctiva wird auch ergriffen, sie injicirt sich und schwillt ödematös an, das Secret wird kaum eiterförmig, wenn auch im Beginne starke entzündliche Erscheinungen zugegen waren. Selten wird Lichtscheu beobachtet. Es tritt auch Speichelfluss ein, jedoch ohne üblen Geruch, ohne Geschwüre oder Entzündung des Zahnfleisches mit dem deutlichen Geschmacke des Jodkali. Nur bei scorbutischer Disposition schwillt das Zahnfleisch etwas an, und ulcerirt, ganz ähnlich wie beim Scor-

but. Endlich wird auch das Centralnervensystem ergriffen, die Kranken schwanken, als ob sie betrunken wären. Wenn man das Medicament bei Seite setzt, sind alle diese Erscheinungen vor Ablauf einer Woche verschwunden.

Die Heilwirkungen des Jodcali in Bezug auf die tertiären Zufälle sind noch viel rascher und kräftiger, als jene des Mercuris hinsichtlich der secundären.

Bei der syphilitischen Sarcocoele betrachtet Ricord die Compression des Hodens mit Pflasterstreifen von *Emplastr. cicutae et vigo* als ein gutes Unterstützungsmittel der Cur. Beim syphilitischen Tuberkel des Hodens dagegen, insbesondere wenn schon Erweichung eingetreten ist, schadet sie. Wenn bei den osteocopen Schmerzen nicht schon wichtige Veränderungen am Knochen, z. B. Caries eingetreten sind, so werden sie beim Gebrauche von ungefähr 2 Scrupeln Jodcali täglich, in der Regel in wenigen Tagen schon erleichtert, und innerhalb einer Woche gänzlich gehoben. Hier wird ebenfalls *Emplastr. cicutae* und *vigo* auf die ergriffenen Theile aufgelegt. Wenn die Schmerzen andauern, sind Vesicatores, die nur kurze Zeit liegen bleiben, und nach der Vertrocknung gleich wieder ersetzt werden, ein sehr kräftiges Linderungsmittel. Ist Periostitis oder Caries eingetreten, so wird nebst der innerlichen antisymphilitischen die gewöhnliche chirurgische Behandlung in Anwendung gebracht.

Bevor man die Behandlung mit Jodcali kannte, war der syphilitische Zellgewebstuberkel einer der schwersten Zufälle. Da er häufig in solchen Individuen vorkommt, die schon viele Curen durchgemacht haben, und schon bedeutend herabgekommen sind, so war es nicht selten sehr misslich, eine Mercurialcur anzuwen-

den, durch welche leicht die Constitution noch mehr untergraben wurde, bevor es nur zu einer Heilwirkung kommen konnte. Uebersie konnten sich manche Ärzte dazu um so weniger entschliessen, als sie den syphilitischen Zellgewebstuberkel für ein Product des Quecksilbergebrauches hielten. Heut zu Tage gehört dagegen die erwähnte Affection zu jenen Zufällen der Syphilis, die am leichtesten zu heilen sind. Ein syphilitischer Zellgewebstuberkel, welcher sich noch nicht in der Erweichungsperiode befindet, lässt sich durch eine Jodcur in 3 Wochen bis 1 Monat zertheilen, er mag sitzen wo immer. Hier ist also die Prognose jederzeit sehr günstig zu stellen. Ist schon das Stadium der Erweichung eingetreten, so lässt sich in einigen Fällen auch noch Resorption erzielen. Man darf jedoch nicht zu lange mit der Eröffnung warten, um entstehende Narben zu vermeiden. Ist schon Ulceration zugegen, so lässt sie sich in ihrem Weiterschreiten aufhalten, und es tritt Vernarbung ein. Auf die tuberculösen Geschwüre wendet Ricord verdünnte Jodlinctur mit einem geringen Beisatze von Jodcali als Foment, Gurgelwasser u. s. w. an. Er gibt gewöhnlich 1 Drachme Jodlinctur auf 1 Unze destillirten Wassers mit einigen Granen Jodcali, indem durch diesen Zusatz ein grösseres Quantum von Jod aufgelöst wird.

Die Exostosen bleiben häufig nach gehobener syphilitischer Dyscrasie als Residuum zurück. Sobald sie nicht mehr schmerzen und die Krankheit keine weiteren Fortschritte macht, muss man demnach von ferneren antisiphilitischen Heilversuchen abstehen. Wenn sie durch ihre Lage belästigen, welches besonders bei den gestielten der Fall ist, müssen sie durch eine chirurgische Operation entfernt werden; ausserdem lässt man sie unberührt.

Inhaltsverzeichnis.

	Seite
V orwort	VII
Der primäre Schanker	1
Einimpfung des primären Schankers	—
Varietäten des primären Schankers	3
a) der einfache Schanker	—
b) der phagedänische diphtheritische Schanker	—
c) der gangränöse Schanker	4
d) der indurirte Schanker	—
Diagnose des primären Schankers	6
Die verborgenen Schanker	8
Prognose des primären Schankers	10
a) in Bezug auf dessen Dauer	—
b) in Bezug auf die örtliche Ausbreitung und Destruction	11
c) in Bezug auf die Entstehung von Bubonen	—
d) in Bezug auf Entstehung der constitutionellen Syphilis	12
Therapie des primären Schankers	13
Der Bubo	17
Die verschiedenen Arten des Bubo	—
a) der einfach entzündliche Bubo	—
b) der virulente Bubo	—
c) der strumöse Bubo	19
d) die vieldrüsigcn schmerzlosen Bubonen	20
e) die Inguinal-, Schenkel- und Bauchbubonen	—
Die primären syphilitischen Bubonen	21
Prognose des Bubo	—
a) in Bezug auf den Uebergang in Eiterung	—
b) in Bezug auf die Dauer	22
c) in Bezug auf die Entstehung von constitutioneller Syphilis	—
Therapie des Bubo	23

	Seite
Die constitutionelle Syphilis	25
A. Die secundären Affectionen	—
Ausgangspuncte	—
Dauer der Incubation	28
Einwirkung verschiedener Umstände auf den Ausbruch der secundären Zufälle	29
Diagnose der secundären Zufälle	30
Prognose der secundären Zufälle	31
Therapie der secundären Zufälle	32
I. Die Vorläufer	33
1. die syphilitische Chlorose	—
2. die Anschwellungen der Lymphdrüsen an der hinteren oder seitlichen Gegend des Halses	—
3. Verschiedene Neurosen	—
a) Schmerzen im Kopfe	—
b) Gesichtslähmung	34
c) Der syphilitische Rheumatismus	—
4. Alopecie	35
II. Die ausgesprochenen secundären Affectionen.	—
1. Affectionen der Haut und Schleimhäute	—
a) Maculöse Form Roseola, Erythem.	37
b) Papulöse Form	39
Lichen, Condylome.	
c) Squamöse Form	43
Psoriasis.	
d) Pustulöse Form	44
Acne, Impetigo.	
e) Vesiculöse Form	46
Eczem, varicellähnliches Syphilid, Herpes.	
f) Bullöse Form	47
Rupia, Pemphigus.	
g) Tuberculöse Form	48
2. Die syphilitische Iritis	50
B. Die tertiären Affectionen	53
1. Affectionen der fibrösen Gebilde	55
a) die syphilitische Sarcocoele	—
b) die Induration der schwammigen Körper des Gliedes	61

	Seite
c) die syphilitischen Knochenschmerzen	62
d) die syphilitische Periostitis	63
e) syphilitische Affection der Aponeurosen und Muskeln	64
f) syphilitische Affectionen der Augen	65
g) syphilitische Affection der Gelenke	66
2. Affectionen des subcutanen und submucösen Zellgewebes	—
Der syphilitische Zellgewebstuberkel	67
a) des Hodensackes und Hodens	—
b) der Zunge	68
c) des weichen Gaumens	—
d) des Pharynx	69
e) des Gebärmutterhalses	—
f) der Eichel	—
3. Affectionen der Knochen	—
4. Affectionen des Kehlkopfes	72
5. Affectionen der Lungen und anderer innerer Organe	73
6. Affectionen des Nervensystems	—
Therapie der tertiären Affectionen	75

