



Beiträge
zur
chirurgischen Behandlung der Syphilis.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde in der Medicin u. Chirurgie,

welche

mit Genehmigung der hohen medicinischen Facultät

der

vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

zugleich mit den Thesen

am

Donnerstag, den 31. Decbr. 1885. Vormittags 10 Uhr

öffentlich vertheidigen wird

Wilhelm Hartung,

prob. Arzt aus Frankfurt a. O.



Opponenten:

Eisfeld, Assistenzarzt an der Kgl. Frauenklinik.

Methner, Volontairarzt an der Kgl. Frauenklinik.



Halle a. S.,

Plätzsche Buchdruckerei, (R. Nietschmann)

1885.

Imprimatur:
Hitzig,
h. t. Dekanus.

Die lokale Behandlung einzelner Erscheinungsformen der Syphilis ist schon seit Jahren an vielen Instituten und Kliniken gebräuchlich neben der allgemeinen Behandlung der Seuche. Kaum ein neueres Lehrbuch der Syphilis werden wir aufschlagen, ohne in ihm, wenn auch z. Th. nur kurze, Rathschläge und Verhaltensmassregeln für die Behandlung sich äusserlich manifestirender syphilitischer Prozesse zu finden, von der einfachen Abspülung und Bedeckung und den Desinficientien, Adstringentien und Cauterien bis zum scharfen Instrument des Chirurgen. Es ist eigentlich auch ganz selbstverständlich, dass man ein Krankheitsproduct, welches nach aussen hin in Erscheinung tritt, nicht vollständig ignorirt; dass man eine Geschwürsfläche rein hält und abschliesst, schon um sie vor Berührung mit den gewöhnlichen Bedeckungen, Kleidern oder Betten, zu schützen, dass man einen stinkenden Ausfluss, sei es aus der Nase (so bei Ozaena), oder bei sonstigen tieferen nekrotischen Prozessen durch Ausspülungen bekämpft und durch aufsaugende Stoffe zurückzuhalten sucht, dass man Anal-Condylome vor steter reizender Berührung bewahrt u. s. f. Es gebietet das die einfachste Ueberlegung, das Interesse, das wir an jedem Kranken haben, ihn vor unnöthigen Schmerzen zu schützen und die Erscheinungen seiner Leiden den Augen Anderer zu entziehen, um nicht der gewöhnlichen eigenen psychischen Depression noch die Missachtung jener hinzuzufügen. Etwas Anderes ist es, ob wir in dieser Behandlung — denn eine solche bleibt jede Manipulation, sei sie von uns oder vom Patienten vorgenommen, an einem erkrankten Theile des Körpers — ein wesentliches Ingredienz unserer Heilmethode finden, oder ob wir ihr eben nur die vorher angedeutete nebensächliche Rolle

zuerkennen, den Kranken selbstverständliche Annehmlichkeiten zu gewähren, ohne deren Anwendung der Krankheitsverlauf in keiner Weise beeinflusst würde. Da finden wir denn freilich die Ansichten sehr getheilt und während gewichtige Autoritäten für eine energische chirurgische Behandlung syphilitischer Lokalerkrankungen, soweit sie angängig ist, lebhaft plaidiren, legen Andere nur einen Nebenwerth der lokalen Behandlung bei, während wieder Andere dieselbe für unnütz und schmerzhaft (wie z. B. Oewre) — womöglich sogar für gefährlich erklären.

Die folgenden Notizen sollen aus einer Anzahl zusammengestellter Fälle einen Beitrag zur Entscheidung der oben angedeuteten Fragen bringen und mit einigem Belegmaterial die günstigen Erfolge demonstrieren, die dieser von berufenster Seite vertretenen Behandlungsweise zu verdanken sind. Es ist nur ein kleiner Schritt von dem Zugeständniss dieser Erfolge bis zu dem der Nothwendigkeit der lokalen Therapie, aber es ist schwer dieses Zugeständniss der grossen Zahl Ungläubiger gegenüber zu erwerben, die dem Krankenbericht und dem aus diesem gezogenen Schluss die Bemerkung entgegensetzen: „es wäre unter zweckmässiger innerer Therapie dasselbe erreicht worden, wahrscheinlich in kürzerer Zeit.“ Ich glaube dass zur Klärung dieser Meinungsverschiedenheiten zunächst auch eine ausgedehnte Statistik, deren Ausführungen unter Umständen auch mit Bereitwilligkeit bezweifelt werden, nicht beitragen wird, weil eine wirklich gute und umfassende Syphilisstatistik weniger aus Kliniken als aus einer über Jahrzehnte ausgedehnten Privatpraxis zu gewinnen ist. Kaum eine andere Kategorie von Kranken entschwindet leichter den Augen der zu ihrer Behandlung berufenen Institute als die Syphilitiker. Sie treten ein und werden von ihren Erscheinungen befreit, sind dann aber im Durchschnitt die sorgenlosesten aller Patienten, trotzdem gewiss nirgends verfehlt wird, ihnen die Bedeutung ihres Leidens, das Problematische ihres Gesundseins und eventuell oder meist die Nothwendigkeit energischer Nachkuren klar zu machen. Es kommen vielleicht kleinere Nachschübe, aber sie

werden nicht besonders beachtet und unter eigener Behandlung durch ein Paar Einreibungen und etwas Jodkali, beides dem Syphilitiker wohlbekannte Medicamente zurückgebracht, — er hat ja längst gelernt, wie diese zu verwenden sind und kennt genau ihre Wirkungen (ich spreche hier nur vom Zweidrittel-Durchschnitt der an Syphilis Leidenden). Dann kommen die schweren Spätformen, den sicheren Hoffnungen des Kranken überraschend und unverständlich, und dem gewöhnlichen Gebrauche folgend, consultirt er einen neuen Arzt oder ein neues Institut in dem instinktiven Gefühl, dass „etwas Gründliches“ für ihn geschehen müsse. Meist misstraut er auch der ersten Behandlung und vergisst nun, dass nur durch seine Schuld sein Leiden so weit gediehen. So entgeht eine Menge Materials der fortdauernden Beobachtung, wie auch im Grossen und Ganzen von der Privatpraxis-Syphilis gerade der besitzenden Klassen sich Vieles der wissenschaftlichen Verwerthung entzieht.

Es möchte immerhin ein wenig Werth haben, Erfolge in dem oben angedeuteten Sinne zu besprechen, in Beispielen zu illustriren und dieselben wiederholt der Beachtung sich ihrer Anerkennung fernhaltender Kreise nahe zu legen.

Unter den krankhaften Lokalveränderungen, welche durch die Syphilis bedingt werden, sind es die papulösen und ulcerösen Erkrankungen der äusseren Bedeckungen und Schleimhäute und die gummösen Processe der Muskeln und Knochen, welche für die vorliegende Erörterung unsere Aufmerksamkeit auf sich lenken. Wie haben wir sie zu behandeln?

Ganz im Allgemeinen halten wir uns bei jeder Erkrankung an ihre Erscheinungsformen, ohne natürlich das Gesamtbild zu vernachlässigen und eine möglichst aetiologische Therapie einzuschlagen. Es ist sehr schön, wenn Horaz sagt:

*crescit indulgens sibi dirus hydrops,
nec sitim pellit nisi causa morbi
fugerit venis et aquosus albo
corpore languor.*

Aber die begehrte *causa morbi* liegt nun einmal nicht alle Tage klar, und wenn dies, so fehlt es unter Umständen

und recht häufig an einem Mittel zur rationellen Bekämpfung dieser *causa morbi*. So entleeren wir schliesslich den „*dirus hydrops*“ auch mit dem Troikar und greifen das Uebel lokal an unbeschadet aller Allgemeintherapie (wenn wir auch aus naheliegenden Gründen diesen Eingriff auf eine spätere Zeit hinausschieben). Wir können eben nicht immer der ätiologischen Indikation vollkommen gerecht werden. So liegen die Dinge auch bei den acuten Infektionskrankheiten — zu denen die Syphilis wohl von Jedermann heutzutage gerechnet wird — die ihre Entstehung bestimmten geformten Organismen verdanken. Wir kennen bei der Syphilis nicht einmal den specifischen Krankheitskeim, nachdem auch die neuesten Lustgarten'schen Entdeckungen durch die Arbeiten der Franzosen eine erhebliche Erschütterung ihrer anscheinend gesicherten Stellung erfahren haben. Aber wir haben Mittel, die in den Körper eingeführt, ziemlich prompt und sicher wirken: wir wenden also diese Mittel an und sehen die Krankheitserscheinungen zurückgehen, erzielen unsere „Heilungen“. Indess nicht immer! Wir sehen auch nicht selten Fälle, bei denen der Krankheitsprocess nicht in der Weise durch unser Quecksilber und Jod beeinflusst wird, wie wir es gewohnt sind. Der Kranke unterzieht sich einer Kur nach der anderen: sein Leiden, z. B. eine schwere Ulceration auf syphilitischer Basis, besteht fort, und nur diese eine bleibt dauernd, während wir keine neuen syphilitischen Erscheinungen auftreten sehen. Hat diese fortbestehende Ulceration noch die Bedeutung einer Allgemeinerkrankung, eines allgemeinen Leidens, das im vorliegenden Falle entgegen dem gewöhnlichen Verlauf nicht weitere Krankheitsprocesse veranlasst, oder hat sie inzwischen die Bedeutung lediglich einer lokalen Krankheit gewonnen?

Es liegt der letztere Gedanke ganz ausserordentlich nahe in einer Reihe von Fällen, in denen wir Schub auf Schub syphilitische Producte gerade an einer Stelle, in einem Gebiete sich entwickeln sehen, oder in denen wir ein lokales Leiden trotz aller inneren Therapie und ohne Verallgemeinerung specifischer Erkrankungen hartnäckig persistirend finden.

Nehmen wir als Beispiel eine hartnäckige Hautulceration; nach langen vergeblichen Heilversuchen greift man schliesslich, vielleicht zufällig, zu einer äusseren Angriffsweise und sieht mit Ueberraschung in verhältnissmässig kurzer Zeit zum Theil eine dauernde, zum Theil nur eine vorläufige, d. h. noch später von Recidiven gefolgte Heilung eintreten. Was war es, das diese so lange verhinderte und den Fortbestand der supponirten Ulceration bedingte? Lag der Grund hierfür nicht lediglich in lokalen Verhältnissen, die die Allgemeinbehandlung nicht berührt hat und die erst der operative Eingriff zu anderen gestaltete, indem er die bestehenden pathologischen Bildungen entfernte und in der im gesunden Gewebe gesetzten Wunde die Bedingungen und den Anreiz zur Granulationsbildung und Benarbung schuf? Dies Verhältniss wird leicht und besonders deutlich, sobald es sich um eine Knochenaffection, eine partielle Nekrose oder einen nicht ganz gelockerten Sequester handelt, und wir brauchen hier nur an die täglichen Erfahrungen der Chirurgen zu erinnern. Freilich ein Sequester löst sich mit der Zeit von selbst, auch ohne dass man zu Messer und Meissel greift: es fragt sich nur, bei welcher Methode der Kranke am Besten wegkommt, beim Warten oder bei der Operation. Ganz besonders bei der Ozaena der syphilitisch Gewesenen sollte diese Erwägung nicht ausser Augen gelassen werden, wenn man sich erinnert, wie gewaltige Zerstörungen durch einen rechtzeitigen Eingriff in ihrer Entwicklung gehemmt werden können, die eben trotz aller Allgemeincuren eine stetig fortschreitende ist. Man berücksichtige ferner, wie sehr bei dem complicirten Bau der die Nasenhöhle bildenden Organe bei der Ozaena die Gelegenheit gegeben ist zur Entwicklung partieller Nekrosen, vereinzelter Lokal-Heerde, welche die Quelle und Veranlassung zu immer neuen Nachschüben auch bei scheinbar völlig abgelaufenen Ulcerationsprocessen werden. Ueberhaupt spielt ja der lokale Faktor bei zahlreichen Krankheiten eine grosse Rolle: Pocken, Cholera, Typhus, Searlatina etc. haben ihre bestimmten Lokalisationsgebiete, in denen wir die Krankheit auftreten sehen, trotzdem doch der ganze Organismus der sich einschleichenden In-

fection zu Gebote stand. Nur in bestimmten Regionen findet diese die mechanischen und lokalen Bedingungen ihre Angriffsfähigkeit auf die Gewebe zu gebrauchen, während sie andere Bahnen ohne Gelegenheit, vielleicht ohne Möglichkeit der Ansiedelung durchwanderte ¹⁾. Dasselbe gilt für die Osteomyelitis: warum entwickelt sich der pathologische Prozess in ganz bestimmten typischen Regionen und warum wählt er z. B. bei Oberschenkelkrankungen mit Vorliebe die untere Hälfte der Diaphyse vor der oberen — wenn nicht durch besondere örtliche Verhältnisse veranlasst. Und werden wir auf diesen lokalen Heerd nicht unter allen Umständen am Besten wieder lokal einwirken trotz aller humoral-pathologischen Deductionen? Es ist ziemlich einfach, den Erfolg derartiger lokaler Eingriffe auf die Aenderung des lokalen Krankheitsfactors, um es kurz zu bezeichnen, zu verstehen. Auf die bestehende typische Entzündung setzen wir durch unsere Operation eine andere: mit einem Schlage werden alle Verhältnisse geändert, eine massenhafte Gefäss- und Gewebsproduction beginnt, und in dem Kampfe um die Existenz erliegt der etwa noch vorhandene Mikro-Organismus oder Krankheitskeim den nun auf ihn eindringenden Gewalten.

Wir haben also bei den äusseren Formen der Spät-Lues wesentlich den lokalen Heerd als Angriffsobject vor uns; ob der Kranke selbst noch im Ganzen unter dem Einflusse des syphilitischen Giftes steht, kümmert uns freilich im Allgemeinen sehr wohl und schreibt uns bestimmte Regeln für seine Behandlung vor, beeinflusst aber nicht im Mindesten unsere Handlungsweise für den Specialfall. Häufig genug wird der Patient nicht mehr unter diesem Einflusse zu leiden haben, und wir haben dann nur den einen zurückgebliebenen, allerdings immer specifischen Heerd vor uns, welcher nur deshalb der in den anderen Körpergebieten entwickelten Wirkung der All-

¹⁾ cfr. Lächtheim's u. Ribbert's Versuche mit Mucorineen und Aspergillen. Zeitschrift für Klin. Med. Bd. 7. 85.

Ribbert Injektionen von Mucoreulturen und Erzielung von Muskelheerden.

gemeinbehandlung nicht gewichen ist, weil er in lokalen Bedingungen und Verhältnissen seine Stütze fand. Sehr prägnant drückte von Volkmann ¹⁾ diesen Gedanken aus mit den Worten: Es giebt syphilitische Haut-, Schleimhaut- und Knochenkrankungen auch bei nicht mehr Syphilitischen. Auch von Hutchinson finde ich diese durchaus verständliche Auffassung lebhaft vertreten, der in der London pathological society 1876 die Sätze aufstellte: Die Syphilis ist eine Fiebererkrankung von specifischem Character, die ihre Perioden in Incubation, Ausbruch, (Primäraffect), Exanthem und zuweilen in den sogenannten Tertiärserscheinungen hat. An Stelle der Eintheilung in secundäre und tertiäre Formen unterscheidet er: das symmetrische Stadium, das, unabhängig von der Form des Krankheitsproductes, die constitutionelle Erkrankung anzeigt, und das asymmetrische, das, gleichfalls unabhängig von der Form des Krankheitsproductes, nur der Ausdruck einer leidenden Lokalität ist und zwar meist einer solchen, die in dem früheren Leiden erkrankt war. Bei den Formen des zweiten Stadium ist ein constitutionelles Leiden nicht mehr vorhanden, sie bedürfen keiner allgemeinen Behandlung. — Ebenso bezeichnet der Italiener Gamberini ausdrücklich als Folgen der Syphilis gewisse Erkrankungen, die aber einen selbstständigen Charakter haben und mit der Syphilis in keinem weiteren Zusammenhang stehen, und Zeissl ²⁾ hat in seinem Lehrbuche der Syphilis dies vornehmlich für die Ozaena betont. Er spricht ausdrücklich von einer Ozaena syphilitica ohne andere syphilitische Krankheitsheerde, die er in solchen Fällen als ein Residuum abgelaufener Syphilis bezeichnet. Dass er die Abstossung der nekrotischen Knochenpartikelchen durch verdünnte Salzsäure und Chlorkalklösung zu bewirken vorschlägt und sich nicht scharfer Instrumente bedient, bleibt an einem andern Punkte zu berühren.

¹⁾ Ich verweise ausdrücklich auf die Auseinandersetzungen von Volkmanns über diese Frage: Beiträge zur Chirurgie 1875.

²⁾ Lehrbuch der Syphilis von Prof. Dr. R. Zeissl u. Dr. H. Zeissl. Vierte Auflage 1881.

Was im Allgemeinen die Frage nach der Berechtigung einer ausgiebigen lokalen Behandlung syphilitischer Erkrankungsformen bei noch bestehender Syphilis angeht, so glaube ich nicht, dass diese Berechtigung irgendwie zu bestreiten ist, falls sich nicht erweisen lässt, dass durch chirurgische Eingriffe sei es ein directer Schaden zugefügt, oder aber auch nur eine Verzögerung des Heilprocesses herbeigeführt wird. Wie ja auch heute den Syphilidologen Niemand das Recht abspricht, um dem Patienten von vornherein vor eventuellen späteren Recidiven zu schützen, Frictionscuren bei völlig gesunden Organismus zu instituiren zur Bekämpfung des hypothetischen, noch im Körper kreisenden Krankheitsstoffes, weil sie im Stande sind dieselben unschädlich einzurichten.

Ich möchte hierbei gleich erwähnen, dass man für einzelne Gebiete diese Frage als bejaht vorauszusetzen pflegt; zunächst bei der hereditären Luës, bei der eine lokale, event. chirurgische Behandlung allgemein üblich ist, dann bei der Augen- und Ohren-Heilkunde. Wir wundern uns nicht, wenn der Ophthalmologe auch bei specifischen Erkrankungen des Auges in erster Linie seine lokalen Eingriffe macht, und dann erst auf eins der gebräuchlichen Specifica recurriert; nicht anders wie der Otiatriker, dessen Behandlung der syphilitischen Erkrankungen des Gehörorgans nach den Aussprüchen bekannter Ohrenärzte unbeschadet der allgemeinen stets vorwiegend eine örtliche sein soll, ohne die ihm sein mühsam langwieriger Weg fast nie zum Ziele führt. Es ist auch ganz im Allgemeinen nicht abzusehen, wie eine energische Inangriffnahme offen zu Tage liegender Schäden nicht Nutzen bringen sollte, mag immerhin ihr Bestehen in einer constitutionellen Erkrankung bedingt sein.

Der früher wohl ausgesprochene Gedanke, dass durch eine secernirende Geschwürsfläche, eine bestehende Eiterung etc. ein constitutionelles Leiden einen Ort finde, an dem es seine im Körper neu gebildeten Krankheitsproducte ausscheide, und dass man, verschliesse man nun diesen vorhandenen Abzugskanal dann die Krankheit gewissermassen zurückdämme und sie zu neuen Aeusserungen in anderen Regionen veranlasse,

da ihr eben ihr eigentlicher durch den Körper selbstgeschaffener Abfluss gesperrt sei, wird in jetziger Zeit wohl nicht mehr eine ernsthafte Vertretung finden. Wie auch heute Niemand mehr sich scheut, spezifische Erkrankungen eines Tuberculösen mit dem Messer anzugreifen, ohne Rücksicht auf das früher so viel gefürchtete Gespenst der Allgemeintuberculose, das er durch seine Operation heraufbeschwören könne.

Die Gefährlichkeit eines chirurgischen Eingriffs überhaupt mit Rücksicht auf consecutive Wundkrankheiten hat in den Fortschritten der chirurgischen Technik der letzten Jahrzehnte ihre Erledigung gefunden, und die Ausdehnung der bei Syphilitischen möglichen Operationen, die Organe in die dieselben ihrer grossen Mehrzahl nach fallen, bieten für ihre Ausführung selten besondere Gefahr. — nicht mehr und nicht weniger als eine grosse Anzahl heute allgemein gebräuchlicher Eingriffe, denen heute nicht mehr allein die Fähigkeit des Fachchirurgen gewachsen ist. Auch die früher so gern herangezogenen schlechten Säfte der Syphilitischen können uns nicht mehr in unserem chirurgischen Handeln Schranken vorschreiben oder Hindernisse in den Weg legen. Es ist eine allbekannte und schon 1871 von Sigmund als solche vorausgesetzte Thatsache, dass Wunden in jedem Stadium der Syphilis primär heilen können, und dass man Operationen vornehmen kann ohne die Befürchtung einer nachtheiligen Beeinflussung des Wundverlaufs: so allbekannt, dass die neueren Syphilidologen, B. Kaposi, sie als selbstverständlich voraussetzen und dass z. B. dieser bei der Erwähnung der Exstirpation einzelner Gummata gar nicht die Frage aufwirft, als könnten durch die constitutionelle Krankheit im speciellen Falle andere Verhältnisse geschaffen werden als sonst, immer hierbei vorausgesetzt: keine technischen Fehler und Operation in den richtigen Grenzen.

Die von Folinea aufgestellten ausführlichen Sätze über die Heilung von Wunden in jedem einzelnen Stadium der Syphilis haben auch bis jetzt nicht vermocht sich allgemeine Anerkennung zu verschaffen.

Dass ferner die Schmerzhaftigkeit eines chirurgischen Eingriffs ein Hindernissgrund für die Vornahme desselben sein sollte, bedarf kaum einer Besprechung, so oft dies Verhältniss in der Privatpraxis leider wohl auch eintritt. Die Wahl, mit oder ohne Schmerzen zu operiren, liegt ja in unserer Hand, und bei den kleineren in der Syphilistherapie nöthigen Manipulationen sind die Schmerzen so unbedeutende, dass sie nicht in Betracht kommen auch nur bei der Möglichkeit eines Gewinnstes für den Körper und die Gesundheit.

Diese aber schädigt ein lokales Product einer Infektionskrankheit, wie die Syphilis, in doppeltem Sinne: einmal consumirt es den Organismus und greift seine Kräfte je nach seiner Grösse und Ausdehnung an, wie das für alle irgend umfangreichen Ulcerationsprocesse der äusseren Bedeckungen und alle Gewebnekrosen der tiefer gelegenen Theile nach Analogie sonstiger medicinischer Thatsachen zugegeben werden muss. Zweitens ferner bildet das lokale Product für den Körper einen Sammelplatz in dem ein gewisses Quantum des specifischen Giftes angehäuft ist, der aber ausserdem in ständigen Wechselbeziehungen zum Gesamtorganismus steht, und so ein volles Reservoir darstellt, aus dem fortdauernd durch Verschleppung von Krankheitskeimen Stoff und Auregung zur Etablierung neuer pathologischer Processe in anderen Regionen entnommen werden kann und entnommen wird. Die Annahme eines solchen lokalen Krankheitsfactors aber im Gegensatz zu der früheren Abkapselungstheorie des Giftes in den Drüsen, lässt sich nicht gut von der Hand weisen. Wie wollte man sonst erklären, dass gerade ein Gewebe, ein Organ ausschliesslich und immer wieder, trotzdem es zur Gesundheit übergeführt schien, befallen wird, als indem man annimmt, dass gerade in ihm noch immer Keime des Giftes weilen, welche ihre Befähigung, Erscheinungen zu machen, zähe bewahren, oder aber, dass gerade dieses Gewebe und nur dieses eine, eine besondere Empfänglichkeit für das noch im Körper vorhandene syphilitische Agens festhält, auf Grund deren es allen Angriffen desselben leicht unterliegt.

Wir werden also einmal durch den chirurgischen Act

und die Behandlung tiefer greifender und zerstörender Localerkrankungen die allgemeine Consumption aufhalten, indem wir die dieselbe veranlassenden Momente entfernen, und wir leiten hieraus auch das Recht her, locale Processe in ihren Entwicklungsphasen so frühzeitig als möglich anzugreifen, um eben so schwerere Folgeformen in ihrer Entstehung zu hemmen. Und weiter werden wir mit der Entfernung des lokalen Herdes, analog der leitenden Idee bei der Zerstörung oder Excision des Primäraffects, eine Infectionsquelle für den Körper ausschalten, — je gründlicher und ausgiebiger dies geschieht, desto sicherer und desto eher.

Noch möchte ich erwähnen, dass vom Standpunkte derjenigen, welche eine Spontanheilung der Syphilis unter geeigneter hygienischer und diätetischer Pflege für möglich halten, die energische operative Verfolgung hervortretender Erscheinungen jedenfalls die wärmste Empfehlung verdiente. Nach dem Vorgange von Diday treten bedeutende Fachleute, die über eine exceptionell reiche Erfahrung auf dem Gebiete der Syphilis verfügen, wie z. B. Sigmund gerade für diese Spontanheilung ein, und dieser ging in seinen Annahmen noch weiter als Diday indem er eine Spontanheilung auch mit schwereren Sekundärsymptomen auftretender Syphilis für möglich erklärte.

Man würde durch chirurgische Massnahmen hier ein in jedem Falle lästiges Uebel entfernen und ersparte die Unbequemlichkeit über eine immerhin längere Frist die Entwicklung der Krankheit bis zu ihrem selbstständigen Verschwinden, ohne etwas dabei zu thun, mit ansehen zu müssen.

Dass dabei zunächst ein Kriterium verloren geht über den augenblicklichen Stand der Giftdurchseuchung des Körpers ist gleichgültig; auch wenn man ohne etwas dabei zu thun die Heilung eines Exanthems, einer Ulceration, die Abstossung einer Papel abwartet, — im Sinne der Ausführungen von Desprès, der die Symptome der Lues nicht getilgt wissen will, weil er sie als Anzeichen des zur Norm zurückkehrenden Organismus betrachtet, — hat man ein sicheres Kriterium, über den Gesundheitszustand des Gesamtkörpers noch nicht;



dasselbe giebt erst vielleicht eine neue Eruption, eine neue, sei es schwerere oder leichtere Exacerbation des Krankheitsprocesses oder aber das Ausbleiben solcher und über Jahre sich hinziehende Gesundheitsintervalle. Nur eine genaue Beobachtung des Kranken, die sich über Jahre erstreckt, und die wir ebensowenig bei einer allgemeinen wie bei einer chirurgisch lokalen Therapie entbehren können, wird uns hier seiner Zeit das Richtige erkennen lassen. Wenn auch etwas abseits, so doch der Berührung nöthig erscheint mir hier die von einigen neueren Forschern (Ljunggreen, Fournier, Schuster), häufiger gemachte und als sehr beachtenswerth hervorgehobene Erfahrung, dass nämlich bei scheinbar eingetretener Spontanheilung die nach langen Jahren der Latenz hier mit Vorliebe erst eintretenden Recidive, besonders schwere und maligne Formen darböten. Den in dem ersten Stadium mit Erfolg unternommenen Eingriff des Chirurgen wird wohl Niemand hierbei in ursächlichem Zusammenhang mit späteren Erscheinungen bringen wollen und zu dem soll, was wiederholt ausdrücklich betont wird, die lokale Behandlung die allgemeine, mag man diese nun in Quecksilber- und Jod- oder Hygienisch-diätetischen Curen finden, keineswegs ersetzen, sondern dieselbe nur wirksam unterstützen, indem sie nicht die Krankheit selbst, wohl aber ihre Erscheinungen zur Heilung führt.

Die energische chirurgische Lokalbehandlung der Syphilis ist in der Hallenser Klinik seit Anfang der siebziger Jahre geübt worden und schon 1873 finden sich darüber die ersten Veröffentlichungen, denen dann in der Schede'schen Monographie über den Gebrauch des scharfen Löffels und in v. Volkmann's Beiträgen zur Chirurgie ausführlichere Mittheilungen folgten. Schon früher war auch in deutschen Blättern von Engländern empfohlene Lokalbehandlung registriert, so von Smith und Coote die Behandlung syphilitischer Rachenaffectionen mit starker Karbollösung und von Purdon Heilung zweier Gaumenulcerationen, bei denen alle inneren Mittel fehlgeschlagen hatten, mit zerstäubter Schwefelsäure. Die ersten Nachrichten über die Anwendung scharfer Instrumente datiren, soweit ich verfolgen konnte, aus Halle, wenn auch damit nicht

behauptet werden soll, dass eine solche nicht auch anderswo in Gebrauch gewesen sei ¹⁾. — Ich sehe hierbei von einer in der Wiener medicinischen Wochenschrift gemachten Zusammenstellung von Trepanationen bei luetischer Erkrankung der Schädeldknochen aus den sechziger Jahren (Fälle von Gosselin, Fergusson, Vedrenes, Pepper und Henri Lee) ab. Bei allen diesen war die Veranlassung zur Operation der Eintritt von schwereren Hirnsymptomen: dieselben, übrigens fast alle von Erfolg gekrönt, waren also nicht gegen die syphilitische Erkrankung als solche unternommen und wurden auch später nicht für die Therapie der Syphilis verwerthet, wie sie auch, in der erwähnten Sammlung als Paradigmata für eine eventuelle Trepanation, bei Hirnerkrankungen figuriren. —

Hamilton ²⁾ und Diday ³⁾ haben dann weitere Veröffentlichungen günstiger Resultate lokaler Behandlung gegeben und auch in Deutschland haben Stoeck ⁴⁾, Bardenheuer ⁵⁾ und Andere für eine ausgiebige Verwendung scharfer Instrumente und für eine Gleichstellung der chirurgischen Behandlung der Tuberculose und der tertiären Syphilis ⁶⁾ plaidirt, so dass jetzt auch eine weitere Verbreitung dieser Behandlungsmethoden in Instituten und in der Privatpraxis eingetreten ist.

Das mir von Herrn Geheimrath v. Volkmann zur Bearbeitung gütigst überlassene Krankenmaterial umfasst einen Zeitraum von nahezu 6 Jahren. Die Summe der im Jahre an Lues, sowohl acquirirter wie hereditärer, auf der chirurgischen Klinik behandelten Kranken beläuft sich in

¹⁾ Sigmund betont in seinen Vorlesungen über Syphilis 3. Aufl. § 3, dass das Auskratzen und Ausschaben neuerdings von Ausspitz eingeführt sei, während dessen Bericht (Archiv für Dermatologie und Syphilis) erst von 1876, also ein Jahr nach dem Erscheinen der „Beiträge zur Chirurgie“ die sich jedoch nur auf die bis zum Jahre 1873 in der Klinik zu Halle behandelten Krankheitsfälle beziehen, datirt.

²⁾ Lectures on syphilitic otitis and periostitis.

³⁾ Thérapie des maladies vénériennes.

⁴⁾ Klinik der Krankheiten des Kehlkopfs, der Nase und des Rachens.

⁵⁾ Jahresbericht des Kölner Bürgerhospitals 1876.

⁶⁾ Riedel, Mittheilungen aus dem Aachener Krankenhause.

Gesamtdurchschnitt auf 150 bis 165 Kranke. (Ein grosser und sehr interessanter Theil behandelter Patienten kommt leider auf die Privatpraxis und kann nicht in entsprechender Weise verwerthet werden). Von diesen sind wiederum im Durchschnitt etwa 40, an denen grössere Operationen vorgenommen wurden, und bei denen eine genaue Controle über ihren Gesundheitszustand, die bei den beschränkten Mitteln eines grossen Theils der meist ausserhalb Halle's wohnenden Patienten und bei der Indolenz eines anderen Bruchtheiles sehr viel Schwierigkeiten bietet, durch Jahre hin geführt wurde. — alle aber sind, soweit Veranlassung dazu vorhanden war, chirurgisch behandelt worden. Die Behandlung bestand in Anwendung des Messers, der Schere und vornehmlich des scharfen Löffels mit ausgiebigem Gebrauch des Lapisstiftes, wie dies Geheurnath v. Volkmann in seinen Beiträgen zur Chirurgie 1875 angegeben hat und wie dies noch in den einzelnen Fällen Erwähnung findet. Unter allen ist nur ein Todesfall zu verzeichnen: derselbe betrifft die Amalie B., welche vom Januar 1882 bis Februar 1883 an Ozaena specifica und zahlreichen Ulcerationen der allgemeinen Decke in der Klinik behandelt wurde, eine Rhinoplastik gut überstand, schliesslich aber trotz aller innerlichen Therapie an Lungensyphilis (durch den Sectionsbefund bestätigt) zu Grunde ging.

Von den die einzelnen Fälle schildernden Krankengeschichten habe ich mehrere, welche die hier geübte Therapie illustriren, ausgewählt und schliesse dieselben an. Sie sind willkürlich den verschiedenen Jahrgängen entnommen: absichtlich sind einzelne schwere und hartnäckigen Widerstand leistende Formen herausgesucht, um von vornherein den Anschein eines für den Zweck zurechtgestutzten Materials zu vermeiden. Eine Berechnung der Durchschnitts-Behandlungszeit der einzelnen Erkrankungsformen habe ich nicht zu geben versucht. Bei der Verschiedenheit der individuellen Verhältnisse der einzelnen Patienten, der Mannigfaltigkeit der Ausdehnungsbezirke und der Intensität der verschiedenen Syphiliserscheinungen, die sich nicht gut unter

einige wenige Classenbegriffe subsummiren lassen, gewähren allgemeine Zahlen keinen rechten Einblick in die Verhältnisse und um so weniger einen kritischen, als ich nicht in der Lage bin, dem von mir benutzten Material ein analoges entgegenzustellen. das lediglich einer inneren Therapie unterworfen wurde.

Von den leichteren und früheren Formen der Syphilide der äusseren Decke ist es zunächst das papulöse Syphilid, welches sich als Condylom der Behandlung sehr zugänglich erweist. Dieselbe wurde in verschiedener Weise als Aetzung, Schabung mit nachfolgender Aetzung oder Abtragung mit der Schere eingeleitet und ergab durchweg die besten Resultate.

Zunächst bietet sie den Vortheil einer vor jeder anderen schnellen Beseitigung der oft ausserordentlich lästigen Beschwerden, dann aber erzielt sie in der erkrankten Gegend eine wesentlich einfachere Fläche, welche als solche der nöthigen Säuberung und Reinigung ungleich zugänglicher ist, als die mit Salben oder Pulvern bedeckten Papeln, deren schmerzende Berührung der Kranke scheut, so dass er nicht einmal die unsauber gewordenen medicamentösen Substanzen von ihnen entfernt. Nach frisch geschaffener im gesunden Gewebe liegender Wundfläche pflegt überraschend schnell eine Heilung unter dem Schorf und rapide Ueberhäutung einzutreten, und die geringe Mühe hat reichlichen Erfolg. Erheblichere Beschwerden, Entzündungen oder sonstige Complicationen sind nie eingetreten. Auch Ausspitz, der in der Regel das nicht immer leicht zu applicirende und nicht immer festhaftende Mercurialpflaster anwendet, empfiehlt den Gebrauch des scharfen Löffels sehr, sobald eine schnelle Heilung der Condylome erwünscht sei, und diese wird gewiss einem jeden Kranken angenehm sein, besonders aber dem, welcher zur ambulanten Behandlung gezwungen ist.

Krankengeschichtsauszüge:

I. Christiane B., Halle, 22 Jahr, 25. 10. 1876.
Etwas schwächliche Patientin. Vor 2 Monaten wahrscheinlich Infection, einige Zeit darauf nässender Ausschlag an der Innenfläche der Schenkel.

Um vulva und anus dicke Wucherungen breiter Condylome. Primäraffect deutlich erkennbar, keine Roseola, keine Rachenaffectionen, indolente Leistendrüsenanschwellungen, im Uebrigen Lymphdrüsen wenig fühlbar.

Therapie: Schmiercur etc.

27. Energische Abreibung der Condylome in Narkose, Bleiwasserumschläge.

1. 11. Lapischorf abgestossen, Condylome auf ein Drittel ihres Volumens beschränkt.

9. 11. Condylome verschwunden, Haut an den Stellen ihres früheren Sitzes geröthet.

20. 11. Patientin mit den gewöhnlichen Vorschriften für Nachbehandlung und Wiedervorstellung geheilt entlassen.

II. Bertha W., Eisleben, 21 Jahr, 2. 12. 1876; sehr kräftiges Mädchen, Infection vor 4 Monaten.

An After und grossen Labien zahlreiche breite nässende Papeln. Primäres Ulcus nicht mehr zu finden. Kein Exanthem. Indolente Drüsenanschwellungen. Angina. Plâques muqueuses der Wangenschleimhaut.

Therapie: Schmiercur. 3. 12. In Narkose werden die Condylome abgeschabt und cauterisirt (plâques geätzt).

19. 12. Mund- und Rachenaffectionen geschwunden, Condylome abgeheilt.

18. 1. Patientin geheilt mit den üblichen Weisungen entlassen.

III. Anna R., 20 Jahr, Stassfurt, Malerstochter 4. 1. 1878. Mittelgrosses kräftiges Mädchen, Infection vor $\frac{3}{4}$ Jahren.

Zahlreiche breite Condylome ad anam. (Scharf begrenzte Ulceration am rechten äusseren Ohr von unregelmässiger Form mit speckigem Grunde. Rechter Zeigefinger luctische Onychia und Ulceration in der Nachbarschaft).

Schmierkur.

5. 1. Abtragung der Condylome mit der Schere in Narkose. Grund mit Lapis behandelt (Ulcerationen ausgekratzt).

20. 1. Condylome bis auf 2 abgeheilt.

1. 2. Condylome verschwunden (Ulcus am Ohr geheilt, am Finger kleine gut granulirende Stelle).

17. Patientin entfernt sich vor Beendigung der intendirten Cur aus der Klinik. Keine neuen Erscheinungen an den erkrankt gewesenen Stellen.

Die ulcerösen Syphilide der äusseren Haut werden wohl überall neben der inneren Darreichung von Quecksilber oder Jod einer lokalen Behandlung unterworfen, sei es, dass man dieselbe in einer gründlichen und auf's äusserste minutiösen Reinigung und einer dann folgenden Bestreuung mit Calomel oder Jodoform (Labaracque, Sigmund), in Salben und Umschlägen mit adstringirenden Wässern (Zeissl), in den wohl jetzt verlassenen Räuherungen mit Calomeldämpfen (Heurteloup) oder in dem ebenso gerühmten wie unzuverlässigen und umständlichen permanenten Wasserbade (Cooper) sucht. Die chirurgische Therapie, wie sie in Halle geübt wird, besteht in einer Entfernung des erkrankten Gewebes mit dem scharfen Löffel, einer gründlichen, derselben folgenden Abreibung mit dem Lapisstift und Verband; aber das Gründlich ist besonders strenge aufzufassen, es muss eben vollständig bis in's Gesunde hinein, — und die geübte Hand erkennt hier leicht die gegebenen Grenzen, — gearbeitet werden. Ich glaube nicht, dass es von besonderem Belang ist, wenn hierbei wirklich etwas von gesundem Gewebe fortgenommen wird, was vielleicht hätte stehen bleiben können. Die Regeneration geschieht verhältnissmässig sehr schnell und unter allen Fällen findet sich keiner in dem aus den sich bildenden Narben Störungen irgend welcher Art resultirt hätten, vielmehr war die Narbenbildung stets eine besonders günstige. Wenn man behauptet, die Operationsflächen erhielten in wenigen Tagen das alte Aussehen und die Operation selbst fördere eher den Weiterzerfall, als dass sie ihn hindere, so kann nur eine unzulängliche Operation als der Grund eines solchen ungünstigen Verlaufs anerkannt werden. Mir ist unter dem grossen Material kein einziger diese Aussprüche illustrirender Fall

aufgestossen. Es sind wohl Nachätzungen oder Revisionen mit dem scharfen Instrument vorgenommen worden: Die letzteren indess stets in der Erkenntniß zurückgelassener Heerde, die ersteren im Sinne mehr der Reizung zur Granulations-Produktion. Die erwähnte Behandlungsmethode ist an allen Theilen der allgemeinen Decke verwendbar; sie findet keine Beschränkung in dem Umfang der Ulcerationen und kann auch bei weite Flächen bedeckenden Geschwüren geübt werden: sie bietet dem Arzte vor Allem den Vortheil, mit Sicherheit alles Krankhafte entfernen zu können, und giebt in fast allen Fällen die besten Resultate — freilich darf man auch hierbei sich nicht Illusionen hingeben und Augenblicksheilungen erwarten.

Die folgenden vier Fälle von Hautulcerationen an den Extremitäten und im Gesicht (Fall II) sind aus Krankengeschichten entnommen von Personen, welche vor Jahren Lues acquirirt hatten, damals Erkrankungen der äusseren Decke überstanden, durch spezifische Curen z. Thl. mit gleichzeitiger lokaler Behandlung geheilt wurden, und bei ihrer Aufnahme ausser den bestehenden Ulcerationen keine weiteren Symptome noch bestehender Allgemeinsyphilis erkennen liessen. Sie gehören der Gruppe an, welche ohne jegliche Specifica lediglich durch die erwähnten chirurgischen Eingriffe geheilt wurden.

I. Carl S., 47 Jahr aus Eisleben. Barbier, 13. Mai 1875. Kräftiger Patient, hat vor Jahren an Lues gelitten, (damals papulös-ulceröses Syphilid), und mehrfache Quecksilbercuren durchgemacht. Im letzten Jahre Geschwür auf der Innenseite des linken Kniees, das jetzt, ziemlich rund, 3 cm. breit, mit derbem, speckigen Grund, wallartigen infiltrirten Rändern sich präsentirt. Mehrfache lokale Behandlung erfolglos. Umschneidung und Schabung in Narkose.

20. 5. Mit gut granulirender Wundfläche und Heftpflaster-Zusammenziehung entlassen. Nach 3 Wochen geheilt stellt er sich wieder vor. Später kein Recidiv beobachtet.

II. Otto P., 30 Jahr, Uhrmacher, Aschersleben, 3. 5. 1883.

Vor 8 Jahren Infection, lokal und mit Jodkali behandelt; damals Kehlkopffection, pustulöses Exanthem.

Seit September 1882 Ausfluss aus der Nase, Geschwüre am Gaumen und an der Oberlippe. Keine Behandlung. Nach einigen Wochen Communication zwischen Mund- und Nasenhöhle bemerkt.

Mittelkräftiger Mann in mässig gutem Ernährungszustand. (Gaumendefect dicht neben sutura palatina nach links, etwa 2 cm. hinter dem ersten Schneidezahn. 1 cm. weit sich nach hinten erstreckend, Breite etwa $1\frac{1}{2}$ cm.). Am rechten Nasenflügel nach oben gehend ein etwa zehnpfennigstückgrosses, borkenbedecktes Geschwür mit scharfen gezackten Rändern, und charakteristischem Grund. 2 kleinere Geschwüre an der rechten Oberlippe.

12. Narkose, scharfer Löffel, Abreibung mit dem Lapis.

25. Geschwüre fast vernarbt. (Der gleichfalls behandelte Gaumendefect von gutem Aussehen). Patient entlassen. Hat sich später wieder vorgestellt, ohne dass an den bald nach seiner Entlassung geheilten Geschwüren ein Recidiv aufgetreten wäre und ohne dass am Körper sonst neue Eruptionen der Lues sich eingestellt hätten. Eine specifische Behandlung wurde nicht eingeschlagen.

III. Louis S., 29-Jahr alt, Arbeiter, Altenburg, 10. I. 1881; Patient ist 1879 $2\frac{1}{2}$ Monat an syphilitischen Geschwüren der Schenkel und der Kniebeuge innerlich und local behandelt worden. Damals als geheilt entlassen.

Seit März 1882 theils an neuen Stellen, theils in den Narben kleine Ulcerationen mit denen er den Sommer hindurch arbeitet.

Mittelkräftiger Mann von gutem Ernährungszustand; keine Drüsenschwellungen. Ausser den Geschwüren keine Zeichen von Lues. In den Kniebeugen beiderseits, sowie im oberen Drittel des linken Unterschenkels mehrere theils hufeisenförmige, theils runde Geschwüre bis zur Grösse eines Markstücks, mit bräunlich schmutzigen Granulationen bedeckt, Ränder etwas aufgeworfen.

18. Januar. Erste Schabung und Aetzung. Aetzung am 24. 1., am 2. und 10. 2. und 26. 2. wiederholt; 3. 3. Pacquélin. 9. 4. ist Alles endgültig vernarbt. Patient hat kein Jod oder Quecksilber erhalten. Bis 1884 Herbst kein Recidiv, nachher ist er nicht wiedergekommen.

IV. Friedrich L., 33 Jahr, Handarbeiter aus Lissa, rec. am 10. 1. 1883. 1870 Infection, im Lazareth specifisch behandelt und geheilt. 1871 Unterschenkelgeschwüre, bald geheilt. Seit 1881 Geschwür am rechten Unterschenkel, fortdauernd mit Salben, Streupulvern und Verbänden verschiedenster Art erfolglos behandelt, das den Patienten jetzt in die Klinik führt.

Grosses specifisches Ulcus rechts dicht über den Malleolen beginnend von 12 bis 13 cm. Länge, 7 bis 8 cm. Breite.

Am 12. März, also nach 2 Monaten, mit zehnpfennigstückgrosser Granulationsfläche nach ausschliesslicher Lokalbehandlung entlassen.

12. April wegen Verschlimmerung zurückgekehrt.

7. 5. definitiv geheilt.

Der folgende Auszug aus dem Krankenjournal zeigt uns einen mit Quecksilber und Jod reichlich behandelten, schon etwas heruntergekommenen Menschen, bei dem neben sorgfältiger diätetischer und hygienischer Pflege das Hauptgewicht auf die bis dahin noch nicht instituirte chirurgische Behandlung seiner bestehenden Hautulcerationen gelegt wird. Erst als bereits ein guter Heilverlauf eingeleitet ist, der definitive narbige Schluss nur eine Frage der Zeit ist, wird Jodkalium gegeben.

V. Paul W., Schlosser, Halle, 20 Jahr, rec. am 3. 4. 1882.

Infection vor $1\frac{1}{2}$ Jahr, theils ausserhalb, theils im Diakonissenhaus mit Schmiercur und Jodkalium behandelt. Vor einem Vierteljahr Unterschenkelgeschwüre, die auf Pillenbehandlung heilten. Seit 14 Tagen neue sehr rasch sich vergrössernde Ulcerationen.

Blasser, schlecht genährter Mensch von übrigens kräftigem Körperbau. Am rechten Unterschenkel alte rothbraun pigmentirte, strahlige Narben. In der linken Kniebeuge ein fünfmarkstückgrosses, characteristisch luetisches Ulcus mit harten

aufgeworfenen Rändern, ebenso an der äusseren Seite des linken Fusses.

10. 4. Abkratzung mit dem scharfen Löffel, Lapisabreibung, Jodoformverband. Gute Heilungsfortschritte. Zu Ende des Monats wird Jodkali gegeben. 30. 5. definitive Heilung. Allgemeinzustand des Patienten hat sich erheblich gebessert.

Kein weiterer Gebrauch von Jod angeordnet.

Es folgen 2 Fälle frischerer Syphilis, bei denen eine Behandlung irgend welcher Art bislang nicht eingeleitet war. Energische Lokalbehandlung neben allgemeiner Schmiercur. Schnelle Heilung der bestehenden ulcerösen Syphilide.

VI. Wilhelmine M., 43 Jahr, Arbeiterfrau, Giebichenstein. 1. 2. 1879.

Infection vor einem Jahr, die gegenwärtige Erkrankung ist angeblich die erste Erscheinung des Leidens.

Kräftige Frau. Indolente Drüsenschwellungen der Cervical-, Cubital- und Leisten-Drüsen. Tibialauftreibung rechts. Auf dem Rücken ein handflächengrosses, theils mit Borken belegtes, theils offenes serpiginöses Geschwür. Zwei fernere gleichartige Geschwüre, eins von der Nasenwurzel bis zur Haargrenze reichend, das zweite auf der linken Wange.

3. 2. Alle Ulcera ausgelöffelt und mit Lapis abgerieben. Einleitung einer Schmiercur.

20. 2. mit vollständig überhäuteten Geschwüren zur weiteren ambulanten Behandlung entlassen.

VII. Wilhelm G., 31 Jahr, Inspector, Daubitz, 31. 5. 1875.

Infection im December 1874; seitdem ununterbrochene Kette syphilitischer Manifestationen. Bis jetzt keine Behandlung.

Kräftiger Patient von herabgekommenem Aussehen. Ueberall Drüsenschwellungen. Tiefes ulcus durum an der corona glandis neben dem frenulum; oberflächliche Pharynxgeschwüre. Papulös-ulceröses Syphilid des behaarten Kopfes, mehrere flache Geschwüre in den Kniekehlen beiderseits. Einleitung der Schmiercur. Schabung und Cauterisation der Geschwüre. 23. 6. Alle Ulcera geheilt.

Zur weiteren ambulanten Behandlung mit hydrargyrum bichl. corros. nach Haus entlassen.

Fall VIII und IX schildern ausgedehnteste Ulcerationen syphilitischer Natur, im ersteren seit einem Jahre bestehend. Auffallend schnelle Heilung durch lokale Therapie: dann erst als Schutz für die Zukunft Schmiercur resp. Sublimatpillen.

VIII. August S., 48 Jahr, Weinhändler, Kolberg, 24. 4. 1879.

Infection vor 13 Jahren. Seit über einem Jahr ulceröses Syphilid der Stirn, der Nase und der linken Wange. Schabung, Aetzung. Nach 14 Tagen völlig geheilt entlassen. Jetzt erst specifische Behandlung mit Sublimatpillen.

Nach 3 Monaten, später noch mehrfach wieder ohne Recidiv vorgestellt.

IX. Ernst K., 29 Jahr, Maler, Altleben, rec. am 25. 2. 1883.

Infection Ende August 1882. Anfang November Exanthem, das bei homöopathischer Behandlung fast verschwindet, Anfang Januar 1883 aber wiederkehrt.

Der ganze Körper dicht übersät mit luetischen Narben von charakteristischer Form und Pigmentirung, ferner mit theils grösseren, theils kleineren Papeln und zahlreichen, zum Theil mit dicken Borken belegten, Ulcerationen. Am meisten betheiligte sind Gesicht, Stirn und Rücken, so dass sich hier kaum ein zusammenhängender Fleck gesunder Haut findet, der einige Quadracentimeter gross wäre. Dazwischen die meist kleinen Ulcerationen überall verstreut. Breite Condylome am After etc. Am 1. 3. in der Narkose Abkratzung sämtlicher ulcerirten Stellen und Aetzung mit Lapis. Nach 10 Tagen waren fast alle Ulcerationen geheilt! Schmiercur, die nach 12 Inunctionen wegen starker Stomatitis unterbrochen werden muss.

Am 2. 5. wird Patient geheilt mit den nöthigen Vorschriften entlassen. Die Haut zeigt an den erkrankt gewesenen Stellen leicht bräunlich pigmentirte glatte Narben.

Fall X und XI gleichfalls ausgedehnteste Rypia, die trotz in beiden Fällen gleich instituirter allgemeiner Therapie auftritt

und derselben nicht weicht. Erst nach längerer Doppelterapie wird definitive Heilung erzielt.

X. Minna St., 25 Jahr, Dienstmagd, Hossel felde, 10. 12. 1883.

Infection vor 2 $\frac{1}{2}$ Jahr. Keine Behandlung.

Ausgedehnteste Rypia an den Extremitäten, Stirn und Rücken. Wiederholte Schmierkur und Jodkali. Zunächst ohne Erfolg. Energische Localbehandlung mit scharfem Löffel und Aetzung. Erst nach 5 Monaten definitive Heilung.

XI. Karl R., 32 Jahr, Handarbeiter, Gräfenhainchen, 25. 3. 1881.

Infection im August 1880. Frictionseur im Leipziger Krankenbaus. Ende Februar trat unter Fieber ein den ganzen Körper bedeckendes Exanthen auf.

Sehr heruntergekommener, abgemagerter, stark anämischer Mann. Rypia syphilitica. Unter gleichzeitiger Jodordination und roborirender Diät wird durch Lokalbehandlung in 1 $\frac{1}{2}$ Monaten bis auf 2-markstückgrosse Flächen Heilung erzielt. Patient, blühenden Aussehens, auf Wunsch entlassen.

Patient kommt trotz Jodkaligebrauchs im Juli, also nach 2 Monaten, mit einem Recidive wieder. Unter Lokalbehandlung und Jodkalium sehr langsame Heilfortschritte. Im Januar nochmalige Instituirung einer Inunctionseur und im Februar wird er nach dem Schwinden aller Erscheinungen entlassen. 1883 neues Recidiv. Tiefes aus einem Hautgumma entstandenes Ulcus, in 2 Monaten durch Lokalthherapie geheilt.

Fall XII. Frische Infection. Lokalbehandlung und Schmiercur. Während derselben entstehen Hautulcera ad anum. Kein Einfluss der Inunctionen auf diese zu constatiren: Heilung durch lokalen Eingriff erzielt.

XII. Otto E., 29. Jahr, Missionscolporteur, Stuttgart, 24. 3. 1880.

Frische Infection. Ulcerirte Papeln an der Skrotalinserction, am Damm und an der Innenfläche der Oberschenkel. Anus frei. Allgemeine Skleradenitis.

Lokalbehandlung der Papeln und Schmiercur. Während der Inunctionen und während die ausgekratzten Geschwüre am Skrotum und den Oberschenkeln in der Vernarbung begriffen sind, entstehen um den After herum multiple schlecht aussehende Geschwüre mit unterminirten Rändern und Tendenz zu Vergrößerung.

30. 4. Auskratzung und Aetzung dieser Geschwüre in der Narkose.

8. 4. Während die Mehrzahl der Geschwüre in Vernarbung begriffen oder bereits vernarbt ist, haben drei ihren Character nicht verändert. Nach nochmaliger und wiederholter energischer Lokalbehandlung Heilung am 31. 4.

XIII. Hautgumma bei acquirirter, ein ebensolches bei hereditärer Lues.

XIII. Frau B., 32 Jahr, 26. 12. 1877. Ehemann 1870 inficirt. Verheirathet 1873. Bald defluvium capillorum, Hals- und Rachen-catarrhe, beständiges Krankheitsgefühl. Vor 2 Jahren Abort.

Schmiercur und Jodkalium gebraucht. Vielfache Fussgeschwüre, ärztlich viel behandelt.

Mehrere kleinere Ulcerationen oberflächlicher Art nebst vielen Narben. (Skleradenitis der Leisten). 2 grössere, in der Mitte ulcerirte, über das Hautniveau erhabene Knoten, dünnes serum secernirend, auf der rechten Wade.

26. 12. Auslöffeling der Knoten, einzelne Zapfen dringen in die Muskulatur und müssen durch schmale Löffel herausbefördert werden. Aetzung.

Mitte (7.) Januar, als alle Wunden sich in gutem Granulationszustand befinden, Institution einer Schmiercur.

1. 2. Patientin mit vollständig vernarbten Geschwüren zur häuslichen Behandlung entlassen.

Hat sich nach 2 Jahren ohne Recidiv wieder vorgestellt.

XIV. Julius N., 16 Jahr, Halle a. S., 2. 1. 1876. Hereditäre Belastung nachgewiesen. Schwacher, schlecht

genährter Mensch von skrophulösem Habitus. Hutschinson'sche Zähne.

Flache, unempfindliche Geschwulst an der Innenseite des linken Sprunggelenks von Walnussgrösse, in der Mitte ulcerirt, dünne Flüssigkeit secernirend.

Abkratzung, Abtragung der Hautränder mit der Schere. Mikroskopische Diagnose: syphilitische Neubildung. Definitive Heilung unter antiseptischem Verband Ende des Monats. Mit Jodkaliumgebrauch, der jetzt erst begonnen wird, entlassen. Pat. hat sich sehr erholt.

XV. Paronychia mit ausgedehnter Zerstörung der Weichtheile, die aller inneren Behandlung trotzend immer weiter um sich greift: frische Syphilis. Dem chirurgischen Eingriffe gelingt es, dem Weitergreifen der Zerstörung Einhalt zu thun, indessen wird später die Wegnahme von 4 Zehen nöthig.

XV. Anna T., Hofmeisterstochter, 16 Jahr, Niedertrystedt, rec. am 10. 5. 1876. Vor einem Jahre von einem syphilitischen Menschen goethzüchtigt. Bald darauf Rachenaffection, Condylome. Specifiche Behandlung, auf die beide Affectionen zurückgingen. Im Oktober 1875 zwischen den Zehen Papeln und Geschwüre an den Nägelfalzen, die jeder Behandlung trotzend, immer weiter um sich greifen.

Patientin mässig gut genährt, blass, noch sehr unentwickelt. Narben und Pigmentflecken in der Analfalte, Drüsen-schwellungen etc. Am linken Fusse ist nur der grosse Zehe gesund, die Weichtheile der anderen sind durch tiefgehende Ulcerationen, welche sich bis an die Basis der Zehen erstrecken und mit gangränösen Fetzen und entsetzlich stinkendem, jauchenden Eiter bedeckt sind, zerstört. Am rechten Fuss zwischen den Zehen zahlreiche zum Theil ulcerirte Papeln. An sämtlichen Nägeln vom Falz vielfach weit auf das Nagelbett gehende Geschwüre, von den Nägeln nur noch Theile vorhanden.

Reinigung mit 5%₀ Karbolsäure und ausgiebige Anwendung des Lapisstiftes, wonach bald schöne Granulationen an den

Grenzen des Gesunden erzielt werden. Die Phalangen der 4 äusseren Zehen links liegen fast ganz frei nach Abstossung und Entfernung der nekrotischen Gewebsparthieen. Zu gleicher Zeit Schmiercur.

Am linken Fuss wird im Juni die Exarticulation der 4 äusseren Zehen im Tarsophalangealgelenk nöthig, da von Weichtheilen fast nichts übrig geblieben ist.

Patient verlässt Mitte Juli geheilt die Klinik. - -

Die lokale Behandlung der syphilitischen Erkrankungen der Nasenhöhle und der Rachengebilde ist wie die der skrophulösen Ozaena seit den Volkmann'schen und Schede'schen Veröffentlichungen in weitere Kreise gedrungen und hat dort eine bereitwillige und ausgedehnte Aufnahme gefunden. Besonders die Wiener Kliniker, vornehmlich Ausspitz, und ferner die Aachener Syphilidologen haben sich derselben angenommen und zahlreiche einschlägige Krankengeschichten mit höchst interessantem Material beigebracht, während allerdings auch von anderer Seite sich Widerspruch erhoben hat. So 1877 in einer Abhandlung „La syphilis pharyngo-nasale“, von Charles Mauriac der für die Lokalbehandlung die äusserste Reserve empfiehlt, da man durch jede örtliche Irritation einen Zerfall besonders der noch in der formativen Periode befindlichen Hyperplasieen erziele. Zeissl dagegen hält bei Ozaena-Kranken eine allgemeine Behandlung nur dann für angezeigt, wenn an anderen Stellen des Körpers neue syphilitische Lokalisationen bemerkbar werden und bedient sich der Nasendouche mit verschiedenen Lösungen (Chlorkalk oder verdünnte Salzsäure), mit denen er die Abstossung nekrotischer Knochenstückchen zu erreichen strebt. Dass diesen Mitteln und den von Anderen, z. B. Diday, empfohlenen Einathmungen gasförmiger Substanzen gegenüber der Gebrauch des scharfen Löffels einen ungleich grösseren Eingriff darstellt, ist ausser Frage, indessen ist trotzdem dem Letzteren der Vorrang einzuräumen. Bei dem ausserordentlich complicirten und unregelmässigen Bau der Gebilde der Nasenhöhle ist es fraglich und jedenfalls unsicher, ob es gelingt, alle erkrankten Stellen

durch die Douche eingeführten Adstringentien zugänglich zu machen, um so mehr, wenn zahlreiche Borken den Weg versperren, die sich binnen kurzer Zeit wieder bilden, sich oft gar nicht lösen und den sie bedeckenden Ulcerationen unbehelligte Gelegenheit gewähren, ihren Zerstörungsprocess in der Tiefe fortzusetzen. Ueberhaupt haben sich ja in den letzten Jahren gegen den Gebrauch der Nasendouche warnende Stimmen erhoben, nachdem auf die geformten Entzündungs- und Krankheitserreger und ihre Produkte, die die Douche nach hinten in die complicirter gebauten Räume spült oder spülen kann, hingewiesen und nachdem auf den häufigen Zusammenhang fortgeleiteter Ohrerkrankungen mit pathologischen Processen des hinteren Nasenrachenraums aufmerksam gemacht wurde. Der scharfe Löffel dagegen entfernt leicht und sicher alle entgegenstehenden morschen Gewebstheile, Borken, Granulationen und nekrotischen Knochenparthieen auch von den Stellen, an denen sie der Douche nicht zugänglich sind: er bietet dem Operateur wenigstens eine gewisse Sicherheit, nichts Krankes zurückgelassen zu haben und schafft durch Herbeiführung einer grossen glatten Wundfläche vor Allem die Möglichkeit eines freien und unbehinderten Sekretabflusses, indem er die Nasenhöhle nun erst einer gehörigen Reinigung und Bespülung zugänglich macht. Die selten ausbleibende Blutung bietet in ihrer Bekämpfung nur geringe Schwierigkeiten, allerdings verhüllt sie häufig dem Auge den Ueberblick in den mechanischen Eingriff.

Indessen liegt nicht der geringste Grund vor das so überaus nützliche Instrument deshalb für den Nasen-Rachen-Raum ganz verwerfen zu wollen, wie dies Sigmund, trotz seiner Empfehlung desselben für den sonstigen Gebrauch thut.

Bei der gehörigen allerdings vorauszusetzenden Übung und Aufmerksamkeit werden die gesunden Gewebe, die sich durch ihre festere Consistenz deutlich von den erkrankten Parthieen markiren, dem schabenden Instrumente nicht zum Opfer fallen; bei einer Handhabung ohne ungebührliche Gewalt kann der Tast-Sinn vollständig den Gesichtssinn ersetzen.

Die Operation wurde in Narkose im Sitzen ausgeführt, die Reaction war meist eine geringfügige. Die Nachbehandlung bestand in der früher veröffentlichten Oelgaze-Tamponade (nach vorheriger Abreibung mit Lapis). Einer mündlichen Mittheilung des Herrn Geheimrath v. Volkmann zufolge kann ich berichten, dass derselbe ausserordentlich günstige Erfolge dieser Methode zu verzeichnen hat, und auf eine grosse Anzahl von Fällen zurückblickt, die er dieser unterwarf. Nie trat eine allzuheftige Reaction ein, alle Fälle wurden schliesslich zur definitiven Heilung gebracht und selbst bei den schon vor einer langen Reihe von Jahren auf diese Weise behandelten und geheilten Kranken ist kein örtlicher Rückfall bekannt geworden. Die Einführung der erwähnten Behandlung kann mit Recht das Verdienst in Anspruch nehmen, den allen Syphilitikern gleich gefürchteten Naseneinsturz in bedeutendem Umfange eingeschränkt zu haben, eventuell bei rechtzeitigem Eintreten seine Möglichkeit auszuschliessen.

Einfache, aber tiefgreifende Aetzungen haben sich besonders bei Gaumenulcerationen mit Tendenz zu schnellem Gewebszerfall bewährt, indem sie durch ihre sichere und schnelle Inhibirung des Ulcerationsprocesses, die von keinem inneren Specificum allein schon seiner langsamen Wirkung wegen erzielt werden kann, die Patienten vor möglichen und häufig beobachteten später unersetzbaren Substanzverlusten bewahrten. Handelt es sich doch gerade hier bei Gaumen und Nase um besonders für Jeden Einzelnen wichtige und z. Th. nicht allein für das äussere Decorum wichtige Organe.

Fall I und II seit Jahren bestehende, nach lange vorausgegangener Infection entstandene Rhiniten, bei denen Allgemeinbehandlung ohne Erfolg war. Fall II geheilt durch nur chirurgischen Eingriff, sehr hochgradige Veränderungen, zu gleicher Zeit Perforation des harten Gaumens.

III. Trotz Allgemeinbehandlung auf Grund einer alten Infection entstehende Gaumenperforation.

1. Frau Auguste R., 26 Jahr, 24. 6. 76.

Infection vor 6 Jahren, Kinder hereditär belastet bis auf das letzte, vor 2 Jahren nach einer Schmiercur geborene.

Seit lange bestehende Rhinitis. Septum ausgedehnt perforirt, dicke Krustenbildung, übelriechender Ausfluss beider Nasenhöhlen. Auskratzung in Narkose bei der Knochen nicht entfernt wird, Lapisätzung. Typische Oeltamponbehandlung.

10. Juli. Bis auf auf kleine gut granulirende Stelle Alles geheilt.

Kein Recidiv.

II. Karl St., 43 Jahr, Korbmacher, Eckartsberga, 21. 7. 1880.

Vor 10 Jahren Infection. Anfangs nur lokal und diätetisch behandelt. Nach 3 Jahren Pharynxaffectionen, damals Schmiercur. Vor 2 Jahren Nasenbeschwerden, Anschwellung auf der rechten Seite und übelriechende Secretion. Nach einem Jahre entstand Erysipelas faciei, Sekretion soll danach stärker geworden sein. Erneute Rachen-affectionen. Nochmalige Schmiercur im März begonnen, dann längerer Jodkalium-Gebrauch. -- Sekretion und Gestank des Sekrets nehmen zu.

Kräftiger Mann in gutem Ernährungszustand. Beide Nasenlöcher an den Rändern mit dicken Borken belegt, intensiver Gestank aus der Nase. Die Nasenschleimhaut innen im unteren Theile glatt, glänzend, zeigt einige kleine Geschwüre. Muscheln fehlen, hinten Alles mit dicken braunen Borken belegt, die Sonde dringt auf rauhen Knochen. Uvula verschwunden. Gaumen und Rachen zeigen mehrfache Narben, zwanzigpfennigstückgrosse Perforation des harten Gaumens, missfarbige Schleimhautränder. Zunächst Reinigung mit Carbolausspülungen und Oeltampons.

27. Narkose, Auskratzung, Aetzung, Oeltampons.

15. September mit nur noch wenigen gut granulirenden Stellen entlassen. Ränder der Gaumenperforation vernarbt. Im October stellte sich Patient wieder vor mit völlig vernarbten Ulcerationsflächen und erhielt einen Gaumenobturator.

III. Rosina R., 45 Jahr, Arbeiterfrau, rec. am 8. 4. 1875, Löbnitz.

Wahrscheinliche Infection 1871, damals spezifische Behandlung. October 1874 Halsaffection, die auf Jodkalium-Gebrauch zurückging.

Mitte März neue Beschwerden, vor 10 Tagen wurde zuerst ein Eindringen von Flüssigkeiten aus dem Munde in die Nase bemerkt.

An hinterer Rachenwand, mit der das Gaumensegel fast ganz verwachsen ist, Ulcerationen und narbige Residuen abgelaufener Prozesse, rechts eine etwa bleifederstarke Communication mit der Nasenhöhle. Etwa in der Mitte des Gaumensegels dicht am harten Gaumen rundlicher Defect von etwa 1 cm Durchmesser, mässige Röthung und Schwellung der Ränder.

Vorläufig Cauterisation derselben und der Ulcerationen mit Lapis.

29. 4. Nach Ueberhäutung der Ulcerationen endgültige Operation der Gaumenperforation. Ablösung des Velum von der Rachenwand, Anfrischung der Ränder der Gaumenperforation und Naht mit seitlichen Entspannungsschnitten.

6. 5. Suturen nach gutem Wundverlauf entfernt. Defect bis auf eine stecknadelknopfgrösse Oeffnung geschlossen.

8. 5. Patientin entlassen.

Der Verschluss der zurückgebliebenen unbedeutenden Communication ist nach kurzer Zeit in der Ambulanz erzielt worden. Der Heilerfolg war ein dauernder.

Fall IV und V frischere Infectionen, bei IV plâques, bei V sehr hartnäckige der Allgemeinbehandlung trotzende Rachenulcerationen durch chirurgischen Eingriff neben gleichzeitiger Frictionseur schnell beseitigt.

IV. Wilhelm G., 25 Jahr, rec. am 29. 9. 1880.

Infection Anfang Juni. Erste Erscheinungen drei Monate darauf.

Status: Frische Lues, Skleradenitis, ulcus durum vernarbt, plâques auf beiden Tonsillen. Schmiercur. Energische Abreibung der plâques mit dem Lapis. Nach zweimaliger

Aetzung sind dieselben vollständig verschwunden. Patient wird nach einmonatlicher Behandlung mit den üblichen Vorschriften entlassen.

V. Martha K., 17 Jahr, Dienstmädchen, Halle, 26. 2. 1884. Infection vor 5 Monaten. Vierwöchentliche Frictionscur nach den ersten Erscheinungen. Drei Monate nach der Infection Rachen-Ulcerationen, welche auf alle innere Behandlung, wiederholte Frictionen, Jodkali und Gurgeln mit den verschiedensten Adstringentien nicht verschwinden.

Locale Behandlung mit energischen Aetzungen ergiebt in 20 Tagen Heilung.

VI und VII. Alte Lues. weitgehende Zerstörungen in Nase, Gaumen und Rachen. Sistirung und narbige Heilung des ulcerösen Processes durch Auslöfchelung, Aetzung und Tamponade neben gleichzeitiger Einleitung einer allgemeinen Behandlung. Bei Beiden vorher keine Behandlung.

VI. Friederike E., 28 Jahr, Bergmannsfrau, Helfta, 28. 9. 1879.

Vor 3 Jahren Infection, damals Exanthem, keine Behandlung. Vor einem Jahre Rachenaffectionen, Sprachverschlechterung etc.

Jetzt: Etwas heruntergekommene Frau, allgemeine Skleradenitis. Weicher Gaumen und Uvula fehlen fast ganz, nur noch einzelne Brücken zur hinteren linken Rachenwand gehend, Ränder wulstig unregelmässig. Rechts ein grosses speckig belegtes Geschwür von unregelmässig buchtiger Form bis zum arcus glosso-palatinus mit derb infiltrirten Rändern. Energische örtliche Behandlung mit gleichzeitiger specifischer, scharfer Löffel, Lapis. Vernarbung in 21 Tagen erzielt. Das gefürchtete Weitergreifen des ulcerösen Processes ist nicht eingetreten.

VII. Friederike M., 27 Jahr, 8. 7. 1875, unverehelicht aus Klein-Wangen.

Infection wahrscheinlich im 16. Jahre. Keine Behandlung. Papulöse Syphilide, Dettuvium der Haare, Gaumen- und Rachenaffectionen geringeren Grades. Seit einem Jahre steter Schnup-

fen. Ulcerationen auf der Gesichtshaut. Seit einem halben Jahre Durchtritt von Flüssigkeiten in die Nasenhöhle bemerkt.

Jetzt: Nasenbeine eingesunken: äussere Nase, Oberlippe und ein grosser Theil beider Wangen von borkenbedeckten Ulcerationen eingenommen. Septum und Nasenmuscheln in grosser Ausdehnung zerstört, innere Nase ganz mit Borken ausgekleidet. Am harten Gaumen eine erbsengrosse Narbe einer früheren Perforation.

10. 7. In der Narkose Behandlung mit dem scharfen Löffel, starke Blutung. Typische Nachbehandlung. Drains in die Nasenöffnungen. Innerliche Behandlung mit Jodkalium.

11. 8. Alles vernarbt. Nasenöffnungen genügend weit. Patientin entlassen, soll Jodpräparate fortgebrauchen.

Hat sich nach Jahren ohne Recidiv vorgestellt.

VIII und IX. Ozaena auf Grund von Lues hereditaria. IX. Entfernung einer grossen Menge nekrotischer Knochen bei seit 3 Jahren bestehenden Ulcerationen. Später gelungene Rhinoplastik.

VIII. Louise B., 20 Jahr, Malerstochter, Halle, 27. 9. 1877.

Hereditär nachweislich belastet, seit 7 Jahren geringer übelriechender Ausfluss aus der Nase, Abstossung kleiner Knochensplitter. Allmähliches Einsinken des Nasenrückens, seit mehreren Jahren fortdauernde Rachenaffectionen. Vor einem Jahre parenchymatöse Keratitis überstanden.

Beiderseits Leukome der cornea. Nasenrücken stark eingesunken, Septum breit perforirt, Nasenschleimhaut mit dicken Borken belegt, nach deren Ablösung sich flache Ulcerationen zeigen. An der hinteren Rachenwand eine kreisrunde, marktstückgrosse, schmierig belegte, oberflächliche Ulceration mit mässig verdickten Rändern. Vorläufig Oelwattetampons und Aetzung des Rachenulcus. Jodkali.

8. 12. Operation, Schabung, Lapis.

20. 1. Mit gänzlich vernarbten Ulcerationen entlassen.

IX. Louise K., 12 Jahr, Weberstochter, Ermsleben, 26. 6. 76.

Nachweislich hereditär belastet. Als Kind anfänglich gesund erkrankte Patientin vor 3 Jahren an Nasenfluss. Vor einem

Jahre Auftreibung der Nasenwurzel, bald Aufbruch, starke Eitersekretion, allmähliche Bildung eines tiefgehenden fetzigen Geschwürs, das mit dicken Borken besetzt war. Bald auch Ulcerationen an den Lippen.

Ziemlich grosses, gut entwickeltes Mädchen. An der Nasenwurzel ein über zehnpfennigstückgrosser Defect, mit gelben missfarbigen Borken bedeckt, darunter rauher Knochen. Auf der linken Oberlippe ein die Haut perforirendes Geschwür, in der Tiefe rauher Knochen weit blossliegend. Weicher Gaumen nahezu zerstört, zum Theil narbige Verwachsungen mit der hinteren Rachenwand.

1. 7. Operation in Narkose: Entfernung der beiden in toto nekrotischen Nasenbeine, nekrotischer Theile des processus nasalis ossis frontis, des grössten Theils des vomer, ferner von Theilen des proc. alveolaris des linken Oberkiefers und des harten Gaumens. Mund und Nasenhöhle communiciren weit miteinander.

Innerlich Jodkalium.

Gute, wenn auch langsame Wundheilung.

Am 10. 10. ist alles vernarbt, der ursprünglich sehr grosse Defect an der Nasenwurzel hat sich erheblich verkleinert und ist etwa zwanzigpfennigstückgross. Patientin wird vorläufig bei gutem Allgemeinbefinden nach Hause entlassen, soll später zur Plastik wiederkommen.

Im Mai 1877 stellen sich gummöse Anschwellungen an verschiedenen Körperstellen ein, am Scheitelbein, Stirn, an der 10. rechten Rippe.

Ausserdem Auftreibung des rechten Humeruskopfes. Die Gummata werden gespalten und ausgelöffelt. Gute Heilung; die Auftreibung der Humerus geht nach längerem Jodkaliumgebrauch zurück (2 Monate). Anfang Juni Rhinoplastik, Ende Juni Erysipel, das glücklich überwunden wird. Die Rhinoplastik ist gut gelungen, der Stirndefect vernarbt allmählich gut. Der Nasen-defect völlig geschlossen.

Patientin geheilt Ende Oktober entlassen, hat sich später wieder vorgestellt. Es ist kein Recidiv eingetreten. —

Syphilitische Spätformen auf der Schleimhaut des Mastdarms sind während des Zeitraums von 1876 bis 1883

nur 2 länger in Behandlung gewesen und die betreffenden beiden Kranken haben leider aus persönlichen Gründen ihre definitive Heilung nicht abgewartet. In beiden Fällen, — es handelte sich umgeschwürige Prozesse in grosser Ausdehnung, — gelang es, die durch die entzündliche Infiltration des unteren Endes des Mastdarms hervorgerufenen Stricturen in der Narcose durch Dehnung zu überwinden und das Gesichtsfeld freizulegen, ohne dass man nöthig hatte zum Rectalschnitt seine Zuflucht zu nehmen. Die beidemal vorgenommenen energischen Abreibungen mit dem Höllensteinstift erzielten eine rasche Reinigung der Ulcerationsflächen, brachten den Geschwürsprocess zum Stillstand und minderten die subjectiven Beschwerden um ein Bedeutendes. Beide Patienten wurden nach einem Monat ca. mit gut granulirenden Flächen entlassen zur Weiterbehandlung mit fleissigen Irrigationen von adstringirenden Flüssigkeiten. Wann definitive Heilung eingetreten ist und ob, war nicht zu ermitteln.

Uebrigens empfiehlt auch Esmarch im Handbuch von Billroth und Pitha die ausgiebige lokale Behandlung der erwähnten Prozesse, bei denen er die Auftragung concentrirter Chlorzinklösungen dem Aetzstift vorzieht.

Gute Erfolge operativer Behandlung bei Gummata der Muskeln sind schon früher mehrfach (so die bekannten in Langenbeck's Archiv) veröffentlicht worden. Hier kamen diese meist erst in Behandlung, nachdem bereits ein theilweise eitriger Zerfall derselben eingetreten war, die Zerfallsmassen wurden dann mit dem scharfen Löffel sowie mit Messer und Schere entfernt, die Wundhöhle ausgeschabt. Nicht oder nur an einem kleinen Theile vereiterte Gummata wurden in toto excidirt. Eine Zusammenziehung der Weichtheile durch die Naht war wegen der Grösse der gesetzten Defecte, die die Nothwendigkeit, im Gesunden zu operiren, forderte, nur im beschränkten Maasse anwendbar. Der Heilverlauf war durchweg ein guter.

I. Albert D., 39 Jahr, Sattler, Halle, 26. 5. 1881.

Infection angeblich vor langer Zeit. Specifiche Behandlung seiner Zeit durchgemacht. Verheirathet, 2 gesunde Kinder.

Seit einiger Zeit an der Hinterfläche des linken Oberschenkels langsam wachsende Geschwulst, die schliesslich aufbrach.

Kräftiger Patient von gesundem Aussehen. Sonst keine Residuen von Lues. An der erwähnten Stelle über taubeneigrosse harte Geschwulst in der Mitte ulcerirt. Infiltration des benachbarten Gewebes.

Diagnose: Gumma (später durch mikroskopische Untersuchung bestätigt). Mit 2 ovalen Schnitten wird die Geschwulst circumscirt und alles Krankhafte, auch die ganze Fascie, sorgfältig entfernt. Die gesetzte Wunde ist durch tiefe Nähte nicht ganz zu vereinigen. Gaze-Watteverband. 2. 6. Patient bei normalem Heilverlauf in poliklinische Behandlung entlassen. Recidiv nicht eingetreten.

Ein klassischer Fall gummöser Muskelerkrankung, welcher 1876 und 1877 mehrfach in Behandlung war (Gottlieb E., Fleischer aus Weissnitz), hat sich leider vor definitiver Heilung aus der Klinik entfernt und sich auch später nicht mehr vorgestellt, so dass die Krankengeschichte nicht ein völlig sicheres Urtheil über den Erfolg der eingeschlagenen Therapie gewährt. Es handelte sich um enorme Gummata, von denen das eine von Männerfaustgrösse, oberflächlich ulcerirt auf der scapula sass und vollständig die Stelle des musculus supraspinatus einnahm, während das andere fast kindskopfgross im biceps femoris und vastus externus des rechten Oberschenkels seinen Sitz hatte. Patient war früher an Gummata des Kopfes und secundärer Schädelknochennekrose behandelt worden und die erwähnten Neubildungen waren trotz längerer innerlicher Behandlung entstanden. 1½ Monate nach der vorgenommenen Wegnahme der betreffenden Geschwülste entfernte sich Patient. Die Defecte waren ausgefüllt, indessen noch oberflächliche Granulationsflächen vorhanden.

Die chirurgische Behandlung syphilitischer Knochenkrankungen hatte gleichzeitig ungefähr mit den Veröffentlichungen aus der Hallenser Klinik in Hamilton einen berechneten Vertreter gefunden. In seinen „lectures on syphilitic

ostitis and periostitis, Dublin 1874“ veröffentlicht er mehrere Fälle, in denen er Heilung mit chirurgischen Mitteln erzielte, nachdem eine Allgemeinbehandlung erfolglos gewesen war. Beim Sternum und Schädel bedient er sich starker Salpetersäure, welche täglich vorsichtig aufgetragen wird, um eine Demarkation der nekrotischen Knoentheile, die er dann entfernt, zu erhalten. Erweichte gummöse Knoten empfiehlt er nicht zu eröffnen, sobald sie Knochen aufliegen, weil an dem blossgelegten Knochen durch Luftzutritt Nekrose entstände, kommt aber zu dem Schluss, dass syphilitische Ostitis und Periostitis der chirurgischen Behandlung sehr zugänglich seien, und dass man selbst in verzweifelten Fällen durch operativen Eingriff, wenn nicht eine Heilung herbeiführen, so doch Erleichterung schaffen könne. Dieselbe Ansicht sprach 1876 Schuster in Aachen, gestützt auf einzelne Fälle, aus.

Die folgenden 3 Krankengeschichten illustriren die hier geübte Behandlung syphilitischer Knochenkrankungen, welche in Fall II aus allgemeinen Rücksichten eine nicht lediglich chirurgische war. In Fall I hatte die Infection vor 16 Jahren stattgefunden, bei II und III war das Datum derselben nicht zu ermitteln. In allen Dreien wurden die Patienten in kürzerer Frist von den sie sehr angreifenden lokalen Schäden dauernd befreit.

I. Henriette II., 48 Jahr, Arbeiterfrau, Rundsorf.
1. 2. 1875.

Vor 16 Jahren durch ein fremdes Kind, das sie nährte, inficirt. Geschwür an der Brustwarze. Das eigene Kind bekam papulöses Exanthem, wurde durch Calomeleur geheilt. Die Mutter überstand plâques, Beingeschwüre etc., es trat indessen Heilung ein. Später zweimaliger Abort und mehrere Kinder, die bald starben, 1 gesundes Kind dazwischen.

Patientin hat seit Jahren ein besonders hartnäckiges Geschwür am rechten Unterschenkel, auf dessen Grunde sich kurz vor ihrer Aufnahme der Knochen blossgelegt zeigte.

Mittelgrosse gracile Frau. Die rechte Tibia zeigt im unteren Drittel mehrere rundliche, unebene, nicht druckempfindliche Auftreibungen. In der Mitte des Unterschenkels ein kraterförmiges Geschwür, im Grunde, etwa zwanzigpfennigstückgross entblösst, rauher, missfarbiger Knochen. Am 4. 2. Nekrotomie. Ausmeisselung des noch nicht gelösten Sequesters in der Grösse eines Fünzigpfennigstücks. In der Tiefe noch einige käsige, lederartige Zapfen, die gründlich ausgeschabt werden.

Normaler Heilverlauf. 7. 3. Patientin mit markstückgrosser, gut granulirender Wundfläche entlassen.

II. Louise Sch., 34 Jahr, Handarbeitersfrau, Gonitz. rec. am 14. 8. 1880.

Tumor an der Stirn, langsam entstanden, der auf innere Mittel nicht zurückgeht. Patientin wegen Verdachts eines fungus durae matris in die Klinik geschickt.

Fluctuirender Tumor auf der Stirn von über Wallnussgrösse, ohne Pulsation, die derselbe früher gezeigt haben sollte. Auf beiden Scheitelbeinen 2 kleinere fluctuirende Tumoren. Diagnose nach Anamnese auf vereitertes Gumma gestellt.

16. 8. Breite Incision. Abschabung der ganzen Abscesshöhle, die mit harten, grauen, lederartigen Schwarten ausgekleidet ist. Nach Abschabung wird der mit zahlreichen Löchern durchsetzte, gelbliche, characteristisch aussehende Knochen sichtbar. Eine Lösung hat noch nicht stattgefunden. Abschabung und Abmeisselung des Knochens bis in's Gesunde, wobei die Schädelhöhle in geringer Ausdehnung eröffnet wird. Naht und Drainage. Die beiden anderen Gummata werden nur durch Ausschabung entfernt. Jodkali.

Prima intentio erzielt. 5. 9. 1880 Patientin mit Pflaster auf der kleinen Draingranulationsstelle geheilt entlassen.

III. Friedrich R., 24 Jahr, Tagelöhner, Obhausen, rec. am 30. 7. 1879.

Infection geleugnet. Seit 3 Jahren Stockschnupfen. Einsinken des Nasenrückens. 1878 Geschwür auf dem linken oberen Augenlid. Im Juni 1879 ein ebensolches rechts. Bei starkem

Schnauben treibt Luft die Glabellargegend auf und es entleert sich Eiter aus den Geschwüren.

Zwei längliche Ulcerationen auf beiden Augenlidern, die Sonde dringt links auf rauhen Knochen, rechts in eine rauhe Knochenhöhle, ebenso rauher beweglicher Knochen durch die Nase zu sondiren. Skleradenitis etc.

1. 8. Operation: Ausschabung des Geschwürs am linken Auge, welche eine Menge stinkender, gangränöser Fetzen zu Tage fördert und den Löffel auf einen mobilen Sequester des Stirnbeins gelangen lässt. Grosser T-Schnitt in der Mittellinie von der Haargrenze bis zum processus nasalis und horizontal über die Augenbrauen fort. Ein etwa fünfmarkstückgrosser flacher Sequester, unter dem die dura in ganzer Ausdehnung blossliegt, entfernt. An den Rändern des so entstandenen Stirnbeindefekts erkennt man lebhaftige Knochen-Neubildung. Ausschabung der Nase. Drainage-Naht-Verband.

20. 8. Wunde, soweit genäht, primär verklebt. An der Stelle des Drains eine etwa zehnpfennigstückgrosse Granulationsfläche. Nasensekretion besteht nicht mehr. Am 31. 8. Patient auf Verlangen mit kleiner granulirender Fläche entlassen.

30. 12. 79 kommt Patient wieder mit einem sehr charakteristischen ulcus des linken oberen Augenlids von etwa Zweimarkstückgrösse, welches bereits tiefe Zerstörungen bewirkt hat. Der Lidknorpel ist zum grossen Theil zerstört und durch Narbenzug ist ein starkes Ektropium herbeigeführt. 7. 1. Ulcus ausgeschabt; hat sich bis zum 15. 2. völlig überhäutet.

Blepharoplastik im März mit gutem Erfolge gemacht.

Nicht übergehen will ich, dass die versuchsweise früher angewandte Behandlung syphilitischer Periostitiden mit Gummi-bindeneinwickelung in jedem Falle herangezogen wurde und oft die besten Erfolge ergab. Die Kranken wurden in kurzer Frist von ihren oft äusserst heftigen Schmerzen befreit und die entstandenen Hyperostosen nahmen sichtlich ab. Die hier einschlägigen Fälle konnten fast ausnahmslos ambulant behandelt werden, die vorhandenen Kranken-Journale enthalten demgemäss nur kurze und nur in ihrer Gesamtheit interessante Notizen.

Von Visceralsyphilis sind nur Erkrankungen des Hodens Gegenstand der Behandlung gewesen, wie auch im Allgemeinen die chirurgische Syphilistherapie auf diese Organe zunächst beschränkt ist, zumal die sichere Diagnose der syphilitischen Erkrankung innere Eingeweide auf grosse Schwierigkeiten stösst und meist erst durch den pathologischen Anatomen festgestellt werden kann.

Es handelte sich in allen Fällen um gummöse Erkrankungen des Hodengewebes, combinirt vielfach mit symptomatischer Hydrocele und chronischer Verdickung der tunica vaginalis. Die Gummata wurden mit dem scharfen Löffel entfernt oder extirpirt, drainirt und die bei der Radicaloperation übliche Naht angelegt. In allen Fällen war der Heilverlauf ein sehr günstiger. Die Patienten wurden in ausserordentlich kurzer Frist geheilt und in den meisten Fällen konnte noch nach Fortnahme alles Erkrankten gesundes Hodengewebe mit dem intacten Nebenhoden zurückgelassen werden. Ich glaube nicht, dass unter den Fällen medicamentös behandelter Hodengummata sich Analoga zu den folgenden Beispielen finden werden, welche wie diese mit der Schnelligkeit der Heilung die Sicherheit des Erfolges besonders mit Rücksicht auf den Schutz und die Erhaltung des noch bestehenden, im speciellen Falle so hervorragend wichtigen Gewebes, verbinden. —

I. Hermann M., 28 Jahr, Kaufmann, Köthen, 19. 11. 1878. Patient, aus gesunder Familie und selbst stets gesund gewesen, inficirte sich September 1876. Schmiereur von 6 Wochen im December. Recidiv Mai 1877, Schleimhautaffectionen und Ulcerationen auf der Haut, durch lokale Behandlung und Jodkalium beseitigt.

Seit Juni dieses Jahres Schmerzen in dem linken Hoden und den Samenstrang entlang in die linke Lendengegend ausstrahlend, die sich auf Druck nicht steigerten, einige Wochen später auch dieselben Erscheinungen rechts, Schwellung der Hoden. Sublimatpillen und Fricke'sche Einwickelungen setzten dieselben wenig herab. Vor 2 Monaten rechtsseitige ziemlich beträchtliche

Hydrocele, die vor 4 Wochen in Magdeburg punktirt wurde. In der letzten Zeit hat sich von Neuem Flüssigkeit angesammelt, weshalb sich Patient aufnehmen lässt:

Rechtsseitiger deutlich nachweisbarer, wenn auch nicht sehr beträchtlicher, Erguss. Im oberen Theil des rechten Hoden, der im Ganzen vergrößert erscheint, ist deutlich eine harte, kugelige Prominenz zu palpiren. Nebenhode anscheinend unverändert. Linker Hode ist ebenfalls in toto vergrößert, im Ganzen etwas derb anzufühlen, die Oberfläche indessen glatt.

Am Körper sonst keine Erscheinungen bestehender Lues.
20. 11. Breite Spaltung der rechtsseitigen Hydrocele, Entleerung von ca. 40 gr. trüb-seröser Flüssigkeit. Wände der tunica glatt, ohne Auflagerungen und Verdickungen. Nach Hervorziehung des rechten Hoden Incision in eine etwa kleinkirschengrosse Protuberanz. Entleerung graugelblicher Zerfallsproducte aus der Mitte. Die grauen lederartigen Schwarten, welche die Wände des Tumors bilden, werden mit dem scharfen Löffel entfernt. Glättung der Ränder mit Scheere und Pincette. Drainage, typische Naht, Verband.

22. Afebriler Verlauf, Wundränder primär verklebt.

25. Drain entfernt; Patient erhält Suspensorium und Benzoëwatte-Verband und steht auf.

30. Patient mit Pflaster auf dem Granulationsknopf an der Stelle des Drains entlassen, mit Anweisung Jodkalium fort zu gebrauchen.

II. Nicolaus D., 31 Jahr, Brauereibesitzer Wollstein in Posen, 13. 2. 1879.

Patient stammt aus gesunder Familie und war selbst früher stets gesund. Infection vor 6 Jahren mit folgenden geringen Schleimhautaffectionen. Damals 14 tägige Schmiercur, welche die erwähnten Erscheinungen zum Schwinden brachte. Im folgenden Jahre auftretende Recidive veranlassten den Patienten zu einer Cur in Aachen (Frictionen und Schwefelbäder), die anscheinend definitive Heilung brachten. Vor 4 Monaten trat eine allmählich wachsende Anschwellung des linken Hodens ein, die mit Einreibungen von Jodkalisalbe und Fricke'schen Einwickelungen behandelt wurde.

Ferner einmalige Punction der gleichzeitig aufgetretenen Hydrocele, die indessen nicht von dauerndem Erfolg war. Patient entschloss sich zur Radicaloperation.

Patient von kräftigem Körperbau und gutem Ernährungszustande zeigt keine Symptome von Syphilis. Linker Hode wegen des bestehenden Exsudates nicht deutlich zu palpiren.

14. 2. Operation. Das durch den Hydrocelenschnitt entleerte Exsudat, etwa 100 gr, ist rein serös. Die Tunica erscheint etwas verdickt, auf der Innenseite einige flache Unebenheiten. Der Hode ist in toto vergrössert und zeigt auf seiner dem Nebenhoden entsprechenden Fläche 2 gelblich durchscheinende leicht kugelig prominirende Stellen. Bei Incision derselben entleeren sich Zerfallsproducte syphilitischen Characters: breiige, gelbgrauliche, nicht eigentlich käsige Massen, welche von einer Zone opaken, lederartigen Gewebes eingeschlossen sind, das dem schabenden Löffel einen verhältnissmässig starken Widerstand leistet; Entfernung alles Krankhaften, Excision eines Theils der darüber liegenden Albuginea, Drainage der beiden entstandenen Höhlen. Typische Naht, Verband.

16. Verbandwechsel, primäre Wundheilung.

19. Drains entfernt. Suspensorium mit Benzoëverband.

27. Patient entlassen, die kleinen Draingranulationsstellen nach einmaliger Aetzung geheilt.

III. August M., 29 Jahr, Steinsetzmeister, Aschersleben, 1. 9. 1879. Patient aus gesunder Familie und selbst stets gesund gewesen. Infection von 3 Jahren, Schmiercur. Vor zwei Jahren Gonorrhöe mit leichter Schwellung des linken Samenstranges. Seit einigen Monaten langsame, mässig schmerzende Anschwellung des linken Hoden.

Robuster, gut genährter Mann; keine sonstigen Symptome von Lues, ausser einer nicht sehr beträchtlichen tophusartigen Anschwellung in der Mitte des rechten Schienbeins. Linksseitige mässig starke Hydrocele; Hode in toto stark geschwollen, derb und unregelmässig höckrig anzufühlen. Samenstrang ohne palpable Veränderungen. Incision. Entleerung rein seröser Flüssigkeit. Tunica im Ganzen etwas verdickt, ohne Auflage-

rungen. Nebenhode nicht vergrössert, anscheinend ganz gesund. Der ganze Hode dagegen ist in eine knotig höckerige Geschwulst verwandelt, mindestens um das Doppelte seines Volumens vergrössert. Die Incision in den Hoden ergibt, dass derselbe fast ganz in Gummigewebe von graugelb gesprenkelter Farbe und lederartiger Consistenz verwandelt ist, dazwischen fibrös aussehende Stellen (degenerirte Samenkanälchen), während normales Hodengewebe nur an zerstreuten Stellen in ganz geringer Ausdehnung vorhanden ist. Der grösste Theil des Hodens wird schichtweise weggenommen und nur der Nebenhode mit einer angrenzenden Schicht normalen Hodengewebes zurückgelassen. Diese schmale Randschicht wird vernäht, ein Drain eingelegt und Tunica und Haut in der gewöhnlichen Weise darübergezogen. 3 fernere Drains. Verband.

5. 9. Verbandwechsel. Heilung durch prima intentio. Afebriler Verlauf.

8. 9. Drains entfernt. Suspensorium.

18. 9. Mit Pflaster auf einem noch ganz schmalen Granulationsstreif an der Stelle der Lage zweier Drains entlassen.

Ich schliesse hiermit die Anführung der Krankenberichte ab, sie genügen die in der vorstehenden Arbeit ausgesprochenen Ansichten zu illustriren, und ich glaube, dass sie ein deutlicher Belag für die Zweckmässigkeit und Richtigkeit derselben sind.

VITA.

Ich, Wilhelm Otto Johannes Harttung, wurde geboren am 11. Juni 1857 in Frankfurt a. d. O., mein Vater, Albert Harttung, war Arzt dortselbst. Meine Schulbildung erhielt ich auf den Gymnasien zu Frankfurt und Anklam i. P., wo ich Ostern 1876 die Maturitätsprüfung bestand. Um mich dem Studium der Medicin zu widmen bezog ich darauf die Hochschule München und später die Universitäten: Göttingen, Greifswald, Halle a.S. und Kiel. Aus Gesundheitsrücksichten und persönlichen Gründen war ich verhindert das W.-S. 1878/79 und vom November 1880 bis Januar 1882 auf Universität zu sein; ebenso während des Winters 1879/80, in dem ich meiner Dienstpflicht mit der Waffe beim 6. Brandenburgischen Infanterie-Regiment Nr. 52 in Frankfurt a. d. O. genügte. Das tentamen physicum bestand ich am 20. November 1880 in Halle; die Staatsprüfung beendete ich, nachdem ich Ende Winter 1883 exmatriculiert war im Anfang des Februar 1884 in Kiel. Ich diente darauf als einjährig-freiwilliger Arzt beim Leib-Grenadier-Regiment in Frankfurt und begab mich nach Absolvirung einer sechswöchentlichen Dienstleistung beim Magdeburgischen Füsilier-Regiment Nr. 36 in Halle Anfang Januar 1885 nach Breslau, wo ich am 1. April 1885 als Assistenzarzt an der Königlichen Haut-Klinik angestellt wurde. Durch Königliche Cabinetsordre vom 28. Januar 1885 wurde ich zum Assistenzarzt II. Classe der Reserve befördert.

Während meiner Studienzeit hörte ich die Vorlesungen folgender Herren Professoren und Docenten:

in München: Prof. von Jolly, Voit, Baeyer, Rüdinger:

- in Göttingen: Heule, Meissner, von Brunn;
in Greifswald: Budge, Landois, von Feilitzsch, Lämprecht,
Schwaners;
in Halle: von Volkmann, Weber, Kraske;
in Kiel: Esmarch, Litzmann, Quineke, Völckers,
Heller, Edlefsen, Petersen, Neuber.

Allen diesen Herren spricht der Verfasser an dieser Stelle seinen Dank aus.

THESEN.

1. Die Abschabung und Cauterisation breiter Condylome ist jeder anderen Behandlungsmethode vorzuziehen.
 2. Die Lustgarten'schen „Syphilisbaccillen“ sind nicht als pathogene Mikroorganismen der Syphilis anzusprechen.
 3. Die Anlegung der Zange am nachfolgenden Kopf ist aus der Reihe der geburtshülflichen Operationen auszuschalten.
-

10394