



Ueber
nervöse Affektionen im sekundären Stadium
der Syphilis

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt der

hohen medizinischen Fakultät der Universität Bern

von

Albert Knaus,

Arzt in Bern.



Bern

Haller'sche Buchdruckerei

Fritz Haller & Co.

1894

Ueber
nervöse Affektionen im sekundären Stadium
der Syphilis

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt der

hohen medizinischen Fakultät der Universität Bern

von

Albert Knaus,

Arzt in Bern



Bern

Haller'sche Buchdruckerei

Fritz Haller & Co.

1894

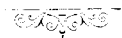
Auf Antrag des Herrn Professor Lesser von der
medizinischen Fakultät zum Druck genehmigt.

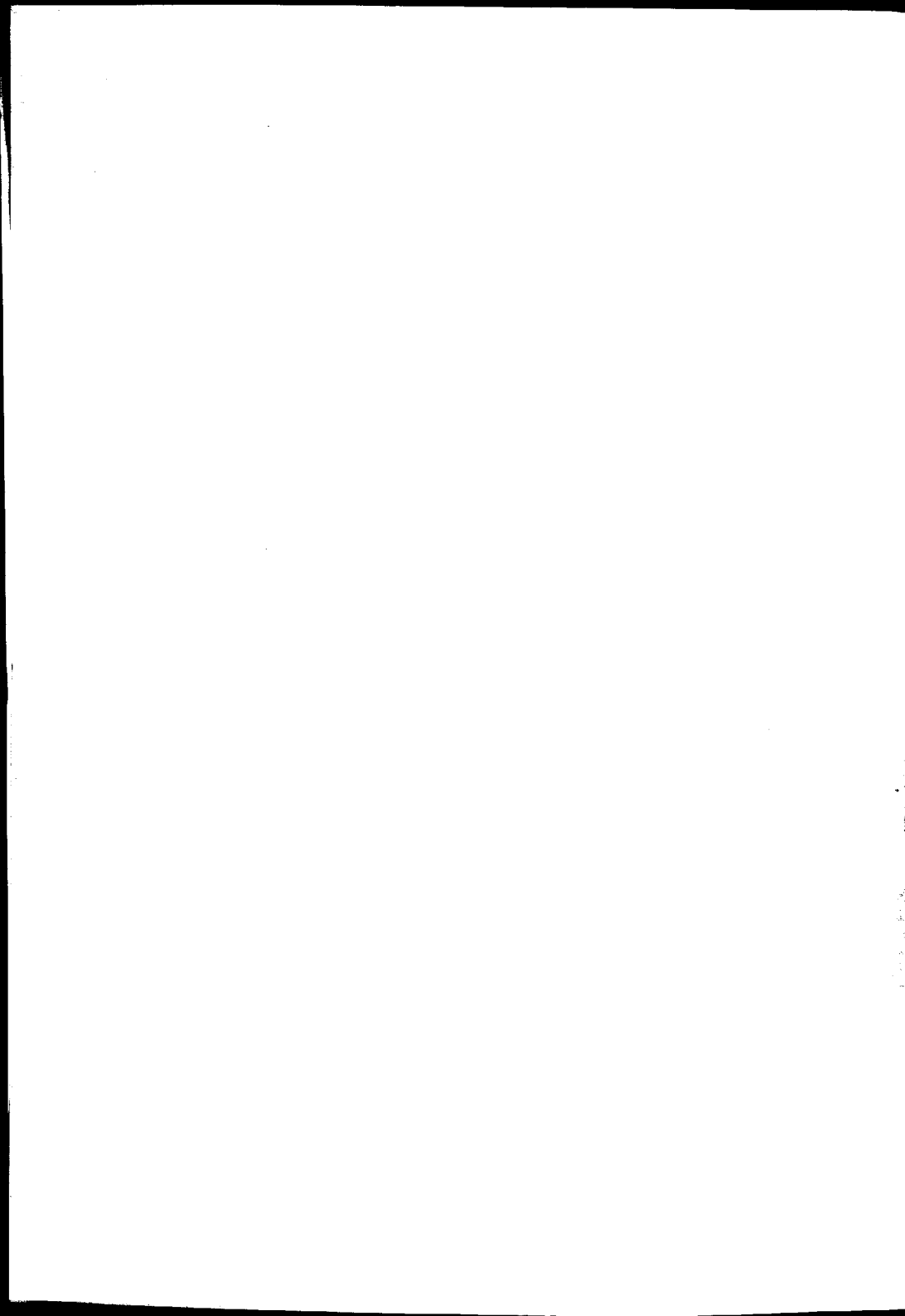
Bern, den 28. Februar 1894.

Der Dekan:
Strasser.

Meinen Eltern

in Liebe und Dankbarkeit gewidmet.





Die Thatsache, dass unter den so mannigfaltigen Folgeerscheinungen der syphilitischen Infektion auch eine Erkrankung des Nervensystems in sehr vielen Fällen vorhanden ist, ist schon sehr lange bekannt und durch zahlreiche klinische und anatomische Befunde belegt. Schon in den ersten Jahren nach dem Auftreten der Syphilis, am Ende des 15. Jahrhunderts, waren solche Fälle zur Kenntnis der Aerzte und Laien gelangt und später sprachen sich z. B. Hutten und Paracelsus auf Grund ihrer diesbezüglichen Beobachtungen in noch bestimmterer und genauerer Weise aus. Dagegen vertrat Hunter die irrige Ansicht, dass eine spezifisch syphilitische Erkrankung innerer Organe und so auch des Nervensystems nicht existiere, und dass die nun einmal nicht zu leugnenden Symptome von seiten des Nervensystems nur sekundär bedingt seien durch syphilitische Neubildungen, z. B. an den Schädelknochen durch Tophi, Gummata, Nekrose u. s. f. Die Unbegründetheit dieser Anschauung und der Irrtum dieser Lehre wurde erst lange Zeit später durch erneute Forschungen klargelegt und für immer sicher gestellt, dass das Nervensystem in allen seinen verschiedenen Abschnitten direkt mitergriffen sein kann.

Es ist nun fast ausschliesslich das tertiäre Stadium, für das schon lange die verschiedensten nervösen Störungen bekannt sind. Es ist in der That leicht verständlich, dass bei dem so verschiedenen Sitze der tertiär syphilitischen Neubildungen auch oft das Nervensystem betroffen wird, und je nach der Lokalisation des Prozesses in demselben eine grosse Reihe aller möglichen nervösen Krankheitserscheinungen vorkommen können und faktisch auch vorkommen. So treten je nach Sitz und Art der Läsion Lähmungen auf, Convulsionen, Neuralgien,

Anästhesieen, Parästhesieen etc. Die schweren Gehirnerscheinungen sind bedingt durch Uebergreifen der Erkrankung vom Schädeldach oder durch Gummata in der Gehirnsubstanz oder durch Gefässerkrankungen. In derselben Weise können sich auch Rückenmarkserkrankungen geltend machen, seien sie nun indirekt bedingt durch Erkrankung des Wirbelkanals oder beruhend auf Gummabildung in der Rückenmarkssubstanz selbst. Epileptische und apoplektische Anfälle sind keine Seltenheit; oft genug kommen schwere psychische Alterationen vor; die ätiologische Beziehung der Luës zu Tabes und Dementia paralytica ist bekannt, wenn auch diese beiden Krankheiten nicht mehr als direkte Aeusserungen des syphilitischen Giftes anzusehen sind.

Es ist indessen diese frühere Anschauung, dass ausschliesslich im tertiären, späten Stadium das Nervensystem in den Bereich der Erkrankung gezogen werde, schon längere Zeit verlassen. Wir wissen jetzt, dass bereits im sekundären Stadium, und zwar häufig schon im Beginn desselben, in der Eruptionsperiode, d. h. in der Zeit, wo neben Fieber, Milzschwellung, andern Krankheitsäusserungen innerer Organe und deutlichen Störungen des Allgemeinbefindens das erste Exanthem entsteht, eine ganze Reihe der verschiedensten nervösen Affektionen vorkommen.

Es soll der Zweck dieser Arbeit sein, unter Berücksichtigung der einschlägigen Litteratur diese nervösen Affektionen des sekundären Stadiums der Syphilis übersichtlich aufzuzählen und zu schildern, und daran anschliessend zwei Beobachtungen an entsprechenden Fällen anzuführen.

Wir schliessen von unserer Besprechung natürlich vollständig aus diejenigen Fälle, wo bei einem abnorm rapiden Verlauf der Krankheit (sog. galoppierende Syphilis) die tertiären Erscheinungen, also auch die entsprechenden Erkrankungen des Nervensystems, schon sehr bald, bereits im ersten Jahr nach der Infektion, sich einstellen.

Gleich an dieser Stelle nehme ich gerne Gelegenheit, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. E. Lesser, für die Anregung zu dieser Arbeit und für die Unterstützung bei der Ausführung derselben, meinen besten Dank auszusprechen.

Ueber die Bestimmung der Zeit, in welcher während der sekundären Periode am häufigsten diese nervösen Störungen eintreten, sind zuverlässige und genaue Angaben schwer zu machen. Wenn man aber bedenkt, dass gerade im Anfang die Luës in ausgesprochenster Weise einen universellen Charakter hat und alle Organe erreichen kann, da sie zu dieser Zeit am meisten die Eigenschaften einer akuten allgemeinen Infektionskrankheit zeigt, während sie je länger je mehr in der Folge sich mit mehr lokalem Charakter auf ein oder einzelne Gebiete beschränkt, so ist es auch begreiflich, dass gerade im Anfang der sekundären Periode nervöse Störungen sehr häufig vorkommen können. Ganz speciell scheinen sich funktionelle nervöse Störungen ohne direkt nachweisbare pathologisch-anatomische Grundlagen oft schon sehr früh zu entwickeln, deren Entstehen wohl auf die gerade zu dieser Zeit am reichlichsten im Körper vorhandenen Toxine zurückzuführen ist.

Es ist nun zwar keineswegs gesagt, dass in der sekundären Periode solche Störungen der nervösen Funktionen vorhanden sein müssen; indessen wird sich doch in vielen Fällen bei genauer Beobachtung das eine oder andere nervöse Symptom konstatieren lassen. In erster Linie ist es die Luës des Weibes, die fast ohne Ausnahme durch solche Erkrankungen in der sekundären Periode ausgezeichnet ist. Es liegt dies ohne Zweifel in der zarteren Konstitution des weiblichen Geschlechtes, an der auch das allen Reizen zugänglichere und leichter aus dem Gleichgewicht zu bringende Nervensystem desselben teil nimmt. Dass auch hier wieder bedeutende individuelle Unterschiede vorhanden sind, je nach Temperament, allgemeiner Prädisposition und Veranlagung des Nervensystems, ist wohl unnötig anzuführen.

Was nun die spezielle Ursache der einzelnen nervösen Störungen anlangt, so können wir mit Bezug darauf zwei Hauptkategorien unterscheiden: Einmal solche Störungen, welche beruhen auf einer *direkten Erkrankung* irgend eines der verschiedenen Abschnitte des Nervensystems. Dabei sind diejenigen Affektionen, bei denen *keine greifbare pathologisch-anatomische Grundlage* in den nervösen Teilen zu finden ist, denjenigen Störungen gegenüberzustellen, als deren Ursache eine *wirkliche anatomische Veränderung* im Nervensystem sich vorfindet. —

Die zweite Kategorie umfasst jene Fälle, bei denen eine direkte ursprüngliche Erkrankung des Nervensystems nicht vorliegt, bei welchen dasselbe aber *in indirekter Weise durch die Erkrankung eines benachbarten Organs*, z. B. durch periostale Schwellungen am Schädel oder an andern Knochen, in deren Nähe Nerven verlaufen, oder durch geschwollene Drüsen in Mitleiden-schaft gezogen wird.

Diesem Einteilungsprincip folgend besprechen wir zunächst die rein funktionellen Störungen des Nervensystems, bei denen eine Erkrankung desselben zwar zur Erklärung der Symptome anzunehmen, ein pathologisch-anatomisches Substrat aber nicht nachweisbar ist.

Wenn wir nun hier zuerst das oft so frühzeitige und häufige Symptom des *Kopfschmerzes* (Cephalaea) aufzählen, so kann dies nur unter einem bestimmten Vorbehalt geschehen; denn ein Teil dieser Fälle gehört unter die zweite Hauptkategorie, da sie fortgeleitete Erkrankungen darstellen; natürlich darf auch nicht vergessen werden, dass in vielen Fällen der Kopfschmerz lediglich durch periostale Erkrankungen ohne besondere Beteiligung des Nervensystems zu stande kommt.

Dieser Kopfschmerz kann in geringem Grade dem Patienten als blosses Eingenommensein des Kopfes, als Druck vorkommen, oder aber durch alle Intensitätsgrade hindurch bis zu dem Punkte sich steigern, dass der betreffende Patient sich vor Schmerzen am Boden wälzt, tobt, schreit und sogar zum Selbstmord seine Zuflucht nimmt. — Ebenso variabel wie die Intensität sich verhält, ist auch die Lokalisation der Schmerzen. Oft erstrecken sich dieselben über den ganzen Schädel, ohne dass der Betreffende eine bestimmte schmerzhaft Stelle zu nennen im stande wäre; er hat das Gefühl, als wolle ihm der Schädel zerspringen, als würden fortwährend Hammerschläge auf denselben geführt, als wäre ihm ein feuriger Reif von ansehnlicher Breite quer übers Haupt von einem Ohr zum andern gelegt u. s. w. Meist hat der Patient das richtige Gefühl, dass diese Schmerzen tiefer ihren Sitz haben, nicht in der Schädelkapsel und ihrer Bedeckung.

Infolge dieser oft furchtbar qualvollen Schmerzen kann es, wie Fournier beobachtet hat, in wenigen Tagen zu einer sehr auffallenden Veränderung des Patienten kommen: Derselbe wird

finster, in sich gekehrt, sein Appetit ist schlecht, die Verdauungsprozesse liegen darnieder; er wird allmählich gleichgültig gegen das, was um ihn herum vorgeht, und untauglich zu jeder Anstrengung und Arbeit, besonders wenn sie seine Denkfähigkeit in Anspruch nimmt. Die gewohnten Beschäftigungen verrichtet er zwar noch, aber ohne zielbewusstes Handeln, als eine Art „Automat“, wie sich Fournier ausdrückt.

In Bezug auf den Verlauf verhalten sich die Schmerzen auch sehr verschieden. Dieselben können in kontinuierlicher Weise fortbestehen; doch finden meist auch in diesem Falle deutliche Exacerbationen und Remissionen statt, und es gilt schon lange als gewissermassen charakteristisch für die syphilitischen Kopfschmerzen, dass dieselben besonders nachts exacerbieren; daher die übliche Bezeichnung derselben: *Dolores nocturni*. In vielen Fällen ist dies allerdings richtig und für die Diagnose verwertbar; als Regel aber kann es nicht gelten. — Oft finden sich auch ganz freie Intervalle, die mit Zeiten intensiver Kopfschmerzen abwechseln. Diese können ganz periodisch sich einstellen, in genau begrenzten Zeiträumen, so dass z. B. der Patient ganz bestimmt sagen kann, dass er in so und so langer Zeit wieder von einer Schmerzattacke werde befallen werden. — Auch hier ist es das Gewöhnliche, dass die Nachtzeit für den Patienten die ungünstigere ist; während tagsüber die Schmerzen ganz schwinden, stellen sich dieselben gegen Abend allmählich ein, um dann verschieden lange den Patienten in qualvoller Weise des Schlafes zu berauben, nur einige Stunden dauernd, oder die ganze Nacht bis am Morgen. In dieser Weise kann der peinigende Zustand nicht nur Tage, sondern Wochen und noch längere Zeit andauern, zumal wenn nicht die geeignete Therapie eingeleitet wird. Es ist nämlich eine vielgemachte Erfahrung, dass diese sonst so hartnäckigen Kopfschmerzen der JK- und in geringerem Masse auch Hg-Behandlung in auffallend prompter Weise, in wenigen Tagen schon, weichen. Fournier, in seinen „*Leçons cliniques sur la syphilis*“ nennt diese spezifische Wirkung geradezu eine „wunderbare“.

Was nun die eigentliche Ursache dieses oft so schmerzhaften Leidens anlangt, so sind hiefür schon sehr verschiedene Hypothesen aufgestellt worden. So wurde z. B. eine Zeit lang angenommen, dass dasselbe kein selbständiges primäres Uebel

sei, sondern, wie es ja thatsächlich unter Umständen vorkommen kann, eine Folge des gestörten Allgemeinbefindens, ganz besonders des Fiebers. Obschon also eine derartige Entstehung besonders für geringere Grade nicht auszuschliessen ist, so ist doch dieselbe für die Mehrzahl der Fälle höchst unwahrscheinlich. Abgesehen davon, dass oft bei vollständiger Apyrexie intensive Kopfschmerzen vorhanden sind, ist auch im allgemeinen das Fieber nicht so hoch und der gestörte Allgemeinzustand nicht derart, dass sie ein so hartnäckiges Kopfweh zu bedingen im Stande wären.

Es ist daher gegenwärtig eine andere und sehr wahrscheinlich der Wirklichkeit nahe kommende Anschauungsweise über das Zustandekommen dieses wichtigen Symptomes fast allgemein angenommen, nämlich die, dass dasselbe seine Erklärung findet in einer Hyperämie des Gehirns und seiner Hüllen. Lang, in seinen „Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis“ fasst diese Vorgänge, insoweit sie die Hirnhäute betreffen, unter dem Namen „Meningealirritation“ zusammen.

Um nun diese Anschauungsweise positiv zu stützen, wurde von Prof. Schnabl in Innsbruck der Augenhintergrund einer Reihe Syphilitischer aufs genaueste untersucht. Er fand von 40 syphilitischen Patienten, deren Augenhintergrund er in Bezug auf hyperämische und entzündliche Zustände untersuchte, nur 19 mit normalem Augenhintergrund; bei 14 fand er einen deutlich hyperämischen Zustand mit teilweiser Rötung der Netzhaut und Papille, bei den übrigen 7 entzündliche Veränderungen der Retina oder Chorioidea, oder beider. — Diese Befunde sind immerhin mit einer gewissen Vorsicht aufzunehmen, da ihre Deutung nicht so einfach ist.

Eines der zeitlich frühesten nervösen Symptome dieser Kategorie ist ferner *die Schlaflosigkeit*. Der Patient, oder häufiger die Patientin, beklagt sich selbst, sie könne einfach den Schlaf nicht finden. Trotzdem sie sich alle Mühe gibt und zu allerlei Kunstgriffen ihre Zuflucht nimmt, kommt doch der Schlaf nicht über sie. Gelingt es ihr einmal, für kurze Zeit denselben zu erlangen, so wird sie meist sehr bald aus demselben aufgeweckt, durch Träume oder ohne bekannte Ursache. Daher steht die betreffende oft am Morgen müder und matter auf, als sie sich am Abend zuvor zu Bette gelegt. — In andern

Fällen ist die Schlaflosigkeit allerdings einfach die Folge der unerträglichen nächtlichen Kopfschmerzen. Dass hierbei der Schlaf sich nicht einstellen kann, ist bei der oft furchtbaren Intensität des zu Grunde liegenden Leidens gewiss nicht verwunderlich.

Eine Reihe anderer nervöser Krankheitserscheinungen sind ferner bekannt, die sich als funktionelle Erkrankungen des Nervensystems dokumentieren. Hierzu gehört die allgemeine Ermüdung, Schlafheit und Abgeschlagenheit, die *nervöse Asthenie*, die das Gefühl des Wohlbefindens bei so vielen Syphilitischen in dieser Zeit nicht aufkommen lässt. Auch alle vegetativen Funktionen liegen darnieder, der Appetit ist schlecht und Verdauungsbeschwerden aller Art vorhanden; selbst der Puls ist klein und leicht unterdrückbar.

Aber auch auf psychischem Gebiet machen sich oft derartige *depressive Zustände* geltend, freilich oft in eigentliche Psychosen übergehend. Fournier, in seinem oben genannten Buche, macht darauf aufmerksam, dass hierbei nicht sowohl die Intelligenz, als vielmehr die höheren ethischen Gefühle leiden, der Charakter des Patienten. Indessen bemerkt man an den Kranken doch oft eine gewisse Trägheit ihrer seelischen Funktionen, auch die Denkfähigkeit leidet, was sie oft selbst wahrnehmen und beklagen. Jede Anstrengung geistiger Art ist ihnen äusserst lästig, und zu mancher Arbeit sind sie geradezu unfähig.

Alle diese genannten psychischen Depressionszustände sind nur milde Vorstufen der eigentlichen *Psychosen*, die in sehr mannigfacher Art die sekundäre Periode charakterisieren können, sei es nun, dass dieselben direkt durch die Luës hervorgerufen werden, oder dass die Veranlagung dazu schon im Organismus vorhanden war. Es ist nämlich eine häufig beobachtete Tatsache, dass eine bereits bestehende Psychose in evidenter Weise im sekundären Stadium der Luës verschlimmert wird und exacerbirt. — Es kann die Luës schon ganz im Anfang der sekundären Periode ihre verderbliche Wirkung ausüben; so wurde z. B. in die Klinik von Berthier, wie Lang (siehe oben) erzählt, ein Mann gebracht, der einige Wochen nach der Infektion in heftige Gemütsbewegungen verfiel mit Zornausbrüchen und wilden Hallucinationen. Erst 20 Tage später zeigte sich die Roseola.

Ob bei diesen psychischen Störungen die Luës als einziges ausschlaggebendes ätiologisches Moment in Betracht kommt, ist noch nicht sicher festgestellt. Sie *kann* allerdings für sich allein solche Zustände bedingen; ob aber zum Ausbruch derselben meist nicht noch andere prädisponierende Ursachen nötig sind, ist eine weitere und nicht unwichtige Frage. Jedenfalls wird ein durch die verschiedensten Schädlichkeiten geschwächtes, oder auch ein von Geburt an weniger widerstandsfähiges Nervensystem ein günstigeres Angriffsobjekt bilden, als ein normales. Daraus lässt sich auch ungezwungen die Verschiedenheit der Intensität dieser neuro- und psychopathischen Erscheinungen der sekundären Periode bei den einzelnen Individuen erklären. — In ähnlicher Weise wies Virchow für die tertiäre Periode den Einfluss solcher Schädlichkeiten, wie Kopftraumen, Alkoholismus, geistige Ueberanstrengung, Gemütsaffekte etc. auf die Entwicklung und Lokalisation der spätern syphilitischen Neubildungen im Gehirn nach.

Aeusserst vielgestaltig und mannigfach sind oft in der sekundären Periode die *Störungen der sensiblen Funktionen der Haut*, welche Störungen ganz besonders bei dem weiblichen Geschlecht vorzukommen pflegen. Vorherrschend sind Alterationen der Schmerzempfindung, die *Analgesie*. Sie kann sehr verschiedene Grade erreichen; bald ist es nur eine geringe Herabsetzung der Schmerzempfindung, bald aber ein gänzliches Erlöschensein derselben. Interessant ist dabei, dass die Berührungsempfindung meist vollständig normal sich verhält. Diese Analgesie kann eine universelle sein, oder aber sich nur auf einzelne Körperregionen erstrecken; im letzteren Falle sind es meist die Hände oder auch Füße, die analgetisch sind. Eine besonders merkwürdige und relativ häufig beobachtete Lokalisation der Analgesie ist die auf dem Handrücken, während die *Vola manus* frei bleibt; es scheint überhaupt diese Gegend bei der Analgesie eine besondere Rolle zu spielen: meist wird auch die Analgesie zu allererst in dieser Region bemerkt und schwindet auch hier zuletzt, wenn die übrige Körperhaut schon normale Schmerzempfindung wiedererlangt hat; oft ist auch hier der Grad der Störung ein besonders hoher. — Eine weitere Stelle, wo diese umschriebene Analgesie vorkommt, sind auch die Mammæ: während dieselben vollständig analgetisch sind,

findet sich oft rings in ihrer Peripherie ganz normale Schmerzempfindung.

Diese Unempfindlichkeit gegen Schmerz ist meist nur eine oberflächliche und betrifft ausschliesslich die Haut; daher erklärt es sich, dass gröbere Läsionen, wie Kneifen, Klemmen, u. s. f., wobei grössere Nervenzweige mitgezerrt werden, als Schmerz richtig empfunden werden. Hievon gibt es allerdings Ausnahmen.

Seltener ist mit der Analgesie auch *Anæsthesie* verbunden; dagegen Anæsthesie für sich, ohne Analgesie, kommt nicht vor. — Ein interessantes Beispiel von universeller Analgesie führt Fournier (siehe oben) an: Eine junge Frau, vor 3—4 Monaten infiziert, spürt nunmehr, während andere sekundär syphilitische Symptome, wie Kopfwch, besonders abends, etc., vorhanden sind, am ganzen Körper keinen Schmerz mehr: Sticht man mit einer Nadel in die Haut der Hand, der Vorderarme, Oberarme, des Halses, Gesichtes, Schädels, der Füsse, Brust u. s. f., so hat sie hievon nicht das leiseste Schmerzgefühl.

Ferner kommt, wenn auch selten, eine Kombination von Analgesie mit Störungen der *Temperaturempfindung* vor. Auch hiefür führt Fournier ein besonders instruktives Beispiel an: Nicht nur konnte die betreffende Patientin bei der Prüfung kalt und warm nicht unterscheiden, sondern sie zog sogar z. B. erst nach mehreren Sekunden ihre Hand, die über einem brennenden Gegenstand sich befand, zurück. — Diese Analgesie und Anæsthesie kann sich gelegentlich auch auf die Schleimhaut des Mundes, der Zunge, des Auges erstrecken.

Wenn solche Abnormitäten der Sensibilität überhaupt eintreten — bei Frauen ist dies häufig der Fall — so geschieht es meist in den ersten Epochen der sekundären Periode; die Dauer derselben ist meist eine kurze, einige Wochen oder auch oft 2—4 Monate; zur Heilung gelangen diese Störungen durch die spezifische Therapie stets. — Fournier sah im Zeitraum von 2 Jahren mehr als 100 solcher Fälle, meist bei Frauen.

Dass die Luës und nicht eine Chlorose oder Hysterie oder die „Nervosität“ die hauptsächlichste Grundlage dieser Störungen bildet, geht daraus hervor, dass dieselben gleichzeitig auftreten mit anderweitigen syphilitischen Symptomen und auf geeignete Therapie auch wieder gleichzeitig mit denselben schwinden.

Seltener als genannte Alterationen sind *Parästhesieen*, *Hyperalgesieen*, *Störungen der aktiven und passiven Lagevorstellungen*.

Auch das *sympathische Nervensystem* wird oft in der sekundären Periode von den Einwirkungen des syphilitischen Giftes erreicht. Es ist die Temperatur besonders der Extremitäten, die oft wenig, oft aber sehr bedeutend herabgesetzt ist. Sie fühlen sich kalt wie die einer Leiche oder, wie Fournier sagt, wie ein Stein an; der Patient hat auch subjektiv das Gefühl der Kälte. Oft besteht dieses abnorme Kältegefühl an den Extremitäten selbst in der Bettwärme in gleicher Weise ununterbrochen fort, und es versteht sich von selbst, dass wenigstens die höheren Grade ein sehr lästiges Uebel darstellen, das zu jeder feineren Arbeit untauglich macht; die Patienten geben selbst an, ihre Hände seien wie abgestorben. Auch ein *allgemeines* Kältegefühl in höherem Grade kommt vor, wobei die Patienten, ohne warm zu werden, selbst im Sommer sich bedecken, wie im Winter. Meist dauern diese Zustände 2—3 Monate.

Ausserdem leiden sekundär Syphilitische oft an kurzen, meist nur ca. 1 Minute dauernden *Frostanfällen*, besonders nachts; ihre Intensität ist meist nicht sehr bedeutend. — Umgekehrt ist auch ein gewisses *Hitzgefühl*, besonders gegen den Kopf zu sich verbreitend, oft vorhanden an den verschiedenen Körperregionen. Diese „Kongestionen“, wie es die Kranken oft nennen, sind ebenfalls meist schnell vorübergehend und haben ihren Grund wohl in Störungen der Gefässinnervation. — Ferner gehören hieher die *Anfälle von Hyperhidrosis*, die den Patienten in wachem oder schlafendem Zustand heimsuchen. Bei der geringsten Bewegung und leichtesten Anstrengung, beim blossen Marschieren, beim Treppensteigen u. s. f. gerät der betreffende in starken Sch weiss, oder im Bett, sogar während vollständiger Ruhe, auf dem Stuhle sitzend, ohne jede anstrengende Bewegung. — Merkwürdig ist, dass diese Hyperhidrosis sich besonders auf die Extremitäten erstreckt, mit Vorliebe auf die Palmarseite der Hand; Gesicht und Rumpf bleiben frei. — Diese Neigung zu abnormer Schweissbildung, die gewöhnlich zum mindesten mehrere Wochen besteht, oft einige Monate, kann unter Umständen derart sein, dass der Schweiss von den Händen herabtröpfelt.

Anzuführen ist an dieser Stelle die allgemein bekannte Thatsache, die auch für eine Alteration des Nervensystems spricht, dass z. B. bei den heftigen Kopfschmerzen der Eruptionsperiode *Morphium* und ähnliche Narcotica in den üblichen Dosen kaum von irgend einer Wirkung sind, sondern manchmal sogar zur Verschlimmerung und zu Aufregungszuständen führen, die nur durch die spezifische Therapie zum Weichen zu bringen sind, wie von Veronese in seiner Arbeit (Syphilis als aetiologisches Moment bei Erkrankungen des Nervensystems, Wien 1883) hervorgehoben wird.

Eine noch nicht völlig ausreichend untersuchte Erscheinung ist das Verhalten der *Reflexe*, besonders des *Patellarreflexes*. Finger, der mit Bezug darauf 50 Fälle untersuchte, fand denselben gesteigert zu Beginn des syphilitischen Exanthems und während des Bestehens desselben; neue Schübe des Exanthems waren stets von erneuter Steigerung des Patellarreflexes begleitet. In späterer Zeit dagegen war der Patellarreflex herabgesetzt, um zuletzt total zu erlöschen. Entweder blieb es dabei, oder er kehrte allmählich zur Norm zurück.

Fernere Untersuchungen hierüber machte E. Marx, welche er in seiner Dissertation (Untersuchungen über den Patellarreflex, insbesondere bei Luës, Berlin 1893) niederlegte. Seine Beobachtungen erstrecken sich auf Fälle von ganz frischer Infektion mit noch vorhandenem Primäraffekt, auch auf solche mit beginnender Roseola, und auf Spätformen. Bei letzteren findet er nichts abnormes; bei frischer Luës aber folgendes:

Unter 24 frisch Syphilitischen im Alter von 18—43 Jahren waren 7 Potatoren, so dass an diesen letzteren die Beobachtungen von vornherein nicht massgebend sein können bei dem bekannten Einfluss des Potatoriums auf den Patellarreflex. Er verglich nun mittelst eines sinnreich konstruierten Apparates, der die Intensität des Patellarreflexes genau zu bestimmen erlaubt, die Reflexhöhe von Gesunden mit derjenigen der 17 syphilitischen Patienten, wobei er im Mittel eine konstante beträchtliche Erhöhung bei den sekundär Syphilitischen fand im Vergleich zu den Gesunden, besonders des rechten Patellarreflexes. Diese Erhöhung des Patellarreflexes machte bald wieder der Norm Platz, was wohl durch eine Gewöhnung der Ganglienzellen an die durch das syphilitische Gift ausgeübte

Reizung zu erklären ist, wie E. Marx annimmt, da die Produkte des syphilitischen Virus nicht so bald aus dem Organismus verschwinden.

Die Zahl der gemachten Beobachtungen über diesen Punkt ist bis jetzt eine zu geringe, um eine allgemeine Regel aufstellen zu können; jedenfalls ist die Ansicht, die in oben genannter Arbeit ausgesprochen wird, dass nämlich diese Erhöhung des Patellarreflexes im sekundären Stadium für die Diagnose Luës zu verwerthen sei, wo diese noch zweifelhaft scheine, mit grosser Vorsicht aufzunehmen. Erst wenn auf Grund eingehender Prüfung dieses Punktes an weitschichtigem Materiale ein übereinstimmendes Resultat sich zeigen wird, kann obige Anschauung als gültige Regel aufgestellt werden.

Als Seltenheit sei noch des Vorkommens einer *Polydipsie* und *Bulimie* im sekundären Stadium der Luës Erwähnung gethan.

Diesen rein funktionellen nervösen Symptomen sind nun diejenigen nervösen Affektionen anzureihen, bei welchen eine direkte Erkrankung der betreffenden Abschnitte des Nervensystems nachweisbar ist. Wenn auch keine absolut sicheren Sektionsbefunde vorliegen, so sind doch eine Anzahl von Fällen klinisch so genau beobachtet, dass sie mit Sicherheit hieher zu zählen sind.

Es gehören hieher manche Fälle von *Neuralgie*, ein Symptom, das besonders bei der Luës des Weibes im sekundären Stadium sehr oft vorkommt. Meist aber ist allerdings die Neuralgie eine indirekte, d. h. erst hervorgerufen durch erkrankte Gewebe in der Nachbarschaft der betreffenden Nerven. Diese Fälle finden daher im nächsten Hauptabschnitt ihre Besprechung.

Eine direkte pathologische Grundlage der Neuralgie ist die *Neuritis*, wobei von vornherein der Nerv selbst Sitz der Erkrankung ist. Analog der Pb-, Alkohol- und rheumatischen Neuritis gibt es eine solche auch infolge der syphilitischen Intoxikation. So veröffentlichte S. Ehrmann (Wien 1886) einen Fall von halbseitiger Neuritis spinaler Aeste bei recenter Luës:

9 Monate p. inf. hatte Patient neben andern sekundären Erscheinungen das Gefühl von Ameisenlaufen und Prickeln an der Ulnarseite des linken Vorderarms, am Ring- und kleinen Finger dieser Hand. Die von den

Interossealmuskeln ausgefüllten Räume sind sämtlich eingesunken, besonders die zwischen den Metacarpalknochen des kleinen und Ringfingers liegenden. Auch der Abduktor und Flexor digiti minimi, Adduktor und Opponens pollicis haben an Volumen abgenommen, mit Ausnahme des letzten alles Muskeln, die vom Ulnaris innerviert sind. — Ferner war eine intensive Druckempfindlichkeit der Nerven in dem parästhetischen Bezirk nachzuweisen. Besonders der Ulnaris hinter dem Condylus internus und speciell in der Mitte der Vorderfläche des Vorderarms waren bei Druck äusserst schmerzhaft, bis in die ulnare Seite der Flachhand. Druck auf den N. medianus war schmerzhaft. Der Radialis dagegen war bei Druck schmerzlos. Auf der ganzen ulnaren Seite des linken Vorderarms war Hyperalgesie vorhanden, unterhalb der Mitte sich noch steigend. Auch die Nerven der linken untern Extremität derselben Seite waren druckempfindlich.

Der Zusammenhang mit Luës war unzweifelhaft, schon nach dem Erfolg der specifischen Therapie, und es handelte sich wirklich um eine multiple Erkrankung der peripheren Nerven der einen Seite, um eine Polyneuritis syphilitica.

Sehr wichtig, mitunter auch in diagnostischer Hinsicht, ist die *Neuralgie des Ischiadicus*, als deren Ursache ebenfalls eine Neuritis, eine entzündliche Infiltration dieses Nerven, angesehen wird. Diese Ischias, die schon in früheren Jahrhunderten, zwar nicht in genau begrenzter Weise, als Ischias venerea¹ bekannt war, ist, wie Fournier u. a. betonen, gar nicht so selten; denn sehr oft wird die wahre Ursache derselben übersehen. Es besteht in der That auch kein äusseres Merkmal in der Art dieser Neuralgie, das in diesem oder jenem Fall mit Sicherheit darauf hinweisen würde, dass Luës im Spiele sei.

In der Frage des Zeitpunktes der Erscheinung der sekundären Ischias sind auch wieder ziemliche Verschiedenheiten der Ansichten vorhanden; die einen nehmen als häufigstes Vorkommen die Eruptionsperiode an, andere das Ende der sekundären Periode. Für gewöhnlich scheint die sekundäre syphilitische Ischias ca. 6 Monate bis 1 Jahr p. inf. aufzutreten. — Dieselbe kommt hauptsächlich bei Weibern vor, wie Fournier konstatiert. Doch finden sich auch gegenteilige Angaben. So fand L. Dubois (De la sciatique d'origine syphilitique, Thèse Paris 1884) bei 20 sekundär Syphilitischen mit Ischias 17 Männer

¹ So findet sich eine Beschreibung derselben bei Plenck, Lehre von den venerischen Krankheiten, Wien 1780, pag. 200.

und nur 3 Frauen. Indessen erlaubt die geringe Zahl dieser Beobachtungen keinen allgemeinen Schluss.

Der Beginn der Ischias ist meist nicht ein plötzlicher, sondern ganz allmählich stellen sich die Schmerzen ein und erreichen gewöhnlich eine ganz abnorme Intensität; tritt die geeignete Therapie, durch welche meist sofortige Heilung erfolgt, nicht ein, so kann der Betreffende jahrelang von dieser Neuralgie heimgesucht sein.

In die zweite Hauptkategorie stellten wir die Störungen, bei denen eine ursprüngliche Erkrankung des Nervensystems nicht vorhanden ist, sondern die Erkrankung der nervösen Teile durch eine Affektion unmittelbar benachbart liegender Organe veranlasst wird. Es sind hauptsächlich periostale Schwellungen oder vergrößerte Drüsen, die zur Kompression der Nerven führen, und natürlich kann es je nach der Art derselben zur Entwicklung der verschiedensten Symptome kommen. Dabei ist gar nicht nötig, dass z. B. der Entzündungsprozess von einer Drüse auf den betreffenden Nerven sich fortsetze; in rein passiver Weise, durch Kompression, kann die betreffende Erscheinung zu stande kommen.

Hieher sind die meisten *Neuralgien* zu zählen, ein besonders beim Weibe häufiges Symptom des sekundären Stadiums. Die selteneren Fälle, wo eine primäre Neuritis als Ursache anzuschuldigen ist, sind früher erwähnt. Die Lokalisation der Mehrzahl der Neuralgien dagegen in der Frühperiode lässt von vornherein vermuten, dass diese Neuralgien in indirekter Weise durch Erkrankung von Organen, die den betreffenden Nerven benachbart sind, bedingt seien. Denn wir sehen, dass weitaus am häufigsten Neuralgien auftreten an Nerven, die entweder enge Knochenkanäle passieren oder in unmittelbarer Nähe von Knochen oder Lymphdrüsenpaketen vorüberziehen. So sind in erster Linie die Hirnnerven zu nennen, die sehr häufig Sitz von Neuralgien sind. Die Gegend der Orbita, die Frontal- und Temporalregion sind bevorzugt, und zwar sind es meist die Äste des Trigeminus, besonders der Nervus supra-orbitalis, infraorbitalis, seltener der Maxillaris inferior, Lingualis, bei denen also die Möglichkeit dieses Vorgangs am leichtesten gegeben ist.

Fournier (siehe oben) führt einen Fall von Zungenneuralgie an, deren deutliche Exacerbationen jedesmal koincidierten mit frischen Ausbrüchen von syphilitischen Plaques auf der Zunge. Auch Castelnau (*Névralgies syphilitiques*, Ann. de Cazenave, T. I, p. 212) sah einen Fall, wo die Infektion im August stattfand, und schon im November eine heftige Zungenneuralgie folgte.

Seltener sind die Neuralgieen im Bereich der Plexus cervicalis (*Occipitalis magnus*, *Auricul. magnus* etc.), wobei, wie Gros und Lancereaux (*Des affections nerv. syphil.*, Paris 1861) bemerken, sehr oft auch einzelne sensible Trigeminasfasern mit-ergriffen sind, was sich bei den zahlreichen Anastomosen der Cervicalnerven mit dem Trigeminus leicht erklärt. Bei der Cervico-Occipitalneuralgie breiten sich die Schmerzen bis über das Gesicht und bis in die Parietalgegend aus. — Eine Neuralgia occipito-temporalis und occipito-frontalis ist ebenfalls bekannt.

Seeligmüller (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 43, 1883, über syphil. Neuralgieen) macht auf eine typische Lokalisation der syphilitischen Neuralgie am Schädel aufmerksam, bei der der Schmerz innerhalb eines ca. 2 Querfinger breiten Streifens empfunden wird, welcher in der Art eines Kinderkammes von der einen Ohrgegend zur andern herüberläuft. Er betrachtet diese Neuralgie geradezu als charakteristisch für Luës und schliesst blosse Schmerzhaftigkeit infolge von syphilitischer Periosterkrankung absolut aus. — Die Erklärung für das häufige Auftreten dieser Neuralgie ist vielleicht darin zu suchen, dass die in Betracht kommenden Nerven (*Occipitalis minor*, *Auriculo-temporalis*) in unmittelbarer Nähe der Cervicaldrüsen verlaufen, die in geschwelltem Zustand einen Druck auf erstere ausüben können, wodurch die Neuralgie hervorgerufen wird. Einen solchen Fall werden wir weiter unten anführen.

Neuralgieen im Bereich des Plexus brachialis kommen vor, die möglicherweise auch durch Druck von Lymphdrüsenpaketen hervorgerufen sind. Intercostalneuralgieen sind ziemlich häufig.

Die syphilitischen Neuralgieen sind betreffs des Zeitpunktes ihres Erscheinens sehr verschieden; Rumpf (syphil. Erkrankungen des Nervensystems, Wiesbaden 1887) beobachtete sie schon zwei Monate nach dem Primäraffekt, aber auch 4—9 Monate p. inf. — Die Art und Weise dieser neuralgischen Schmerzen ist in

keiner Weise von den gewöhnlichen neuralgischen Schmerzen verschieden. Ihre Intensität kann zuweilen eine geradezu unerträgliche werden; Exacerbationen und Remissionen sind meist vorhanden, und oft ist eine deutliche Verschlimmerung des Abends oder in der Nacht nicht zu verkennen. Da diese Neuralgien unter Umständen als ganz isoliertes Symptom der sekundären Periode vorkommen können, so ist die richtige Diagnose oft gar nicht so naheliegend. Die Einleitung der spezifischen Therapie, die in solchen Fällen, bei denen jede andere Aetiologie fehlt, und die der gewöhnlichen Therapie gegenüber durchaus nicht weichen wollen, nicht versäumt werden darf, entscheidet auch bei diesem Symptom sofort; die syphilitische Neuralgie wird dadurch prompt geheilt. So führt Fournier (siehe oben) das Beispiel einer jungen Dame an, die seit 5 Monaten an einer heftigen Gesichtsneuralgie litt. Opium, Chinin, Belladonna und alle andern Medikamente blieben ohne Erfolg. Von syphilitischen Antecedentien war absolut nichts vorhanden. Durch die Hg-Behandlung schwand aber die Neuralgie in einer Woche gänzlich. Es war also eine *syphilitische* Neuralgie; die Patientin gab denn auch später die Luës zu.

Ein Fall von Neuralgie, die ohne Zweifel durch die geschwellten Drüsen indirekter Weise bedingt war, wurde auf hiesiger Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten beobachtet:

Emil N., 27 Jahre alt, trat am 31. X. 93 ins Spital ein. Mit 8 Jahren hatte er Typhus, später Pneumonie, mit 15 Jahren Scharlach durchgemacht. Vor ca. 1 Jahr hatte er einen Tripper mit starker rechtsseitiger Nebenhodenentzündung. — Schon längere Zeit leidet er an Acne des Rückens.

Vor ca. 5 Wochen bekam er eine starke Anschwellung der Drüsen unterhalb des linken Unterkiefers und auf der linken Seite des Halses, mit sehr starker Druckempfindlichkeit. Zu gleicher Zeit traten auf der linken Seite, von der Stelle der Geschwulst ausgehend, heftige Schmerzen auf, die anfangs vor dem linken Ohre nach dem Hinterhaupt und zuweilen bis zum Nacken und in die Gegend des rechten Ohres ausstrahlten. Auch im linken Ohre (Gehörgang) will Patient oft heftige Schmerzen verspürt haben. Die Schmerzen verloren sich ca. 14 Tage nach ihrem ersten Auftreten, als sich Patient zu Bette legte.

10 Tage nach dem Auftreten der Drüsenanschwellungen bekam Patient auch Schwellung der linken Seite des Rachens, verbunden mit starken Schlingbeschwerden und wurde vom Arzte mit Gurgelungen und hydropathischen Umschlägen behandelt. Durch eine spätere Punktion der Hals-

geschwulst konnte angeblich kein Eiter nachgewiesen werden. Allmählich gingen Drüsenanschwellung und Schlingbeschwerden zurück.

Etwa 8 Tage später (also 18 Tage nach dem Auftreten der Schwellung der Halsdrüsen) bemerkte Patient ziemlich starken Haarausfall und einen leichten Ausschlag auf der behaarten Kopfhaut. Einige Tage darauf bemerkte er ferner einige kleine rote, leicht empfindliche Knötchen auf der Glans penis, zugleich mit geringen brennenden Schmerzen beim Wasserlassen. Vor ca. 4–5 Tagen sah der behandelnde Arzt einen Ausschlag und schickte deshalb den Patienten ins Spital.

Ueber die Zeit seiner Infektion kann Patient nichts Näheres angeben. Er hat angeblich seit längerer Zeit bis vor ca. 2 Wochen mit demselben Frauenzimmer häufigen geschlechtlichen Verkehr gehabt.

Status: Ziemlich grosser, schlanker, gut aussehender junger Mann. Die linke Submaxillargegend ist in toto etwas geschwollen und infiltriert. Am vordern Rand des linken Sterno-Cleido-Mastoideus, dicht unterhalb des Kieferwinkels, findet sich eine gut mandelgrosse, sehr hart sich anfühlende, etwas auf der Unterlage verschiebbliche, auf Druck ganz unempfindliche Drüse. Die Haut darüber ist leicht verschiebbar. Unterhalb dieser Drüse finden sich noch 2 mässig vergrösserte Drüsen. Am untern Rand des linken Unterkiefers findet sich eine etwa kirschgrosse Submaxillardrüse. Auf der rechten Seite, ebenfalls am vordern Rand des Sterno-Cleido-Mastoideus, fühlt man eine haselnussgrosse, harte Drüse; ferner eine stark vergrösserte Cervicaldrüse. Die Schleimhaut des Rachens ist ziemlich gerötet; die etwas vergrösserte und zerklüftete linke Tonsille zeigt ein ca. 2 cm langes, schmales, von oben nach unten sich ausdehnendes spaltförmiges Geschwür mit leicht gelblichem Belag. Die Umgebung fühlt sich hart an.

Auf der behaarten Kopfhaut findet sich unregelmässig zerstreut eine Anzahl stecknadelkopfgrosser bis linsengrosser, hell- und bräunlichroter, leicht erhabener Efflorescenzen, die zum Teil mit kleinen gelblichbraunen Borkchen bedeckt sind. Der ganze Rücken ist bedeckt von zahlreichen Acneknoten. Daneben finden sich viele Comedonen und eine Anzahl Pigmentflecken und Narben. Auf der Haut der Brust, des Abdomens und der Oberschenkel zeigt sich ein aus leicht geröteten, teils maculösen, teils papulösen Efflorescenzen bestehendes Exanthem. Handteller und Fusssohlen sind frei.

Auf der Glans penis und am innern Preputialblatt finden sich eine Anzahl kleiner, stecknadelkopf- bis linsengrosser, leicht geröteter, etwas erhabener Efflorescenzen; sonst keine Geschwüre oder Narben am Penis. Der rechte Testikel ist etwas grösser als der linke, der rechte Nebenhoden etwas vergrössert, fühlt sich ziemlich hart und höckerig an; keine Druckempfindlichkeit. Die Inguinaldrüsen zeigen nur geringe Schwellung beiderseits, ebenso die Axillar- und Cubitaldrüsen.

Diagnose: Syphilis. Primäraffekt auf der linken Tonsille. Maculopapulöses Exanthem. Acne vulgaris.

Therapie: Schmierkur. Pinseln des Primäraffekts mit Sublimat 1:100. Einstreuen der Erosionen auf der Glans penis mit Calomel.

4. XI. 93. Exanthem stark abgeblasst; die kleinen Papeln auf der Glans penis fast vollständig abgeheilt. Die Schwellung der Drüsen der linken Unterkiefer- und Halsgegend hat abgenommen; die linke Tonsille etwas abgeschwollen; Geschwür gereinigt. Schmierkur gut vertragen.

6. XII. Täglich lokale Einreibungen an den Halsdrüsen mit Ungt. einer. Rachenschleimhaut noch ziemlich gerötet.

16. XII. Allgemeinbefinden gut. Drüsen in der linken Submaxillargegend noch deutlich zu fühlen, Rachenschleimhaut noch ziemlich stark gerötet. — Gleichzeitig fand die Behandlung einer bei dem Patienten konstatierten chronischen Urethritis posterior statt, deren ausführliche Erwähnung wir hier übergehen können, da sie uns nicht interessiert. — Entlassung.

Der Sitz des Primäraffektes ist in diesem Fall die linke Tonsille, denn an den Genitalien fand sich nichts vor ausser den erodierten Papeln. Auch die Inguinaldrüsen waren nur unbedeutend geschwollen, während entsprechend dem Sitze des Primäraffektes die Drüsen unter dem linken Unterkiefer und in der linken Halsgegend, die im Stromgebiet der Tonsille liegen, zuerst und am stärksten anschwellen. In der Gegend der geschwellten Drüsen verlaufen nun aber verschiedene Nerven des Plexus cervicalis, die sich nach ihrem Austritt am hintern Rand des Sterno-Cleido-Mastoideus um denselben herum-schlagen; es sind dies der Occipitalis minor aus dem 3. Cervicalnerven, der Auricularis magnus, der mit letzterem eine Anastomose eingeht, aus dem 3. oder 3. und 4., und der Subcutaneus colli medius aus dem 2.—3. oder 3.—4. Cervicalnerven. Ferner verläuft dicht vor dem Ohre aufwärts aus dem 3. Trigeminusast der Auriculo-temporalis, dessen Endzweige (Rami temporales) in der Haut der Schläfe vor und über dem Ohre sich verbreiten. Nach den Angaben des Patienten lässt sich vermuten, dass jene Schmerzen neuralgischer Art besonders im Verbreitungsbezirk dieses letzteren Nerven und auch des Occipitalis minor sich geltend machten; mit weniger Bestimmtheit lässt sich sagen, dass auch der Auricularis magnus und Subcutaneus colli medius dabei beteiligt waren. Die oben genannten Nerven hatten ohne Zweifel von seiten der geschwellten tiefen Cervicaldrüsen, die kettenförmig entlang der Carotis und Jugularis interna in dieser Gegend angeordnet sind, eine Kompression zu erleiden, durch welche diese schmerzhaften Neuralgien zu stande kamen.

In einer andern Reihe von Fällen werden motorische Nerven betroffen, wodurch das Symptomenbild der *Lähmung* entsteht. Einzelne Fälle, die funktioneller Natur sind, sind in die erste Kategorie zu rechnen; auch Fournier (siehe oben) gibt zu, dass zweifelsohne sozusagen idiopathische Paralysen vorkommen, für die absolut keine pathologischen Veränderungen, weder der Umgebung noch der betreffenden Nerven selbst, verantwortlich gemacht werden können. Hieher gehören vielleicht die äusserst seltenen Fälle von *Hemiplegie*, von der Fournier nur 6 Fälle sah. Dieselbe schwindet wieder ohne irgend welche Störungen zu hinterlassen, und ihr Zustandekommen ist noch völlig un-
aufgeklärt.

Meist aber ist die Lähmung bedingt durch Kompression infolge periostaler Schwellungen. Hieraus ergibt sich nun, dass diese syphilitische Lähmung des sekundären Stadiums eine *circumscribed* ist und sich nur auf *einen* Nerven mit allen seinen Aesten oder nur einzelnen derselben beschränkt. Und aus demselben Grunde sind es auch hier wiederum vorzugsweise die Hirnnerven, die von der Lähmung befallen zu werden pflegen, unter diesen am häufigsten die Augenmuskelnerven (besonders Oculomotorius) und der Facialis.

In ihren Symptomen zeigen diese Lähmungen nichts Spezifisches, und ist es daher unnötig, dieselben hier ausführlich zu schildern. Der spezifischen Therapie weichen sie prompt und ohne Spuren zu hinterlassen.

Die Facialisparese zeigt sich meist im 4., 5. oder 6. Monat p. inf. Gros und Lancereaux (siehe oben) sahen 2 Fälle ganz im Beginn der sekundären Periode; Fournier, Ljunggreen u. a. während der bestehenden *Roseola syphilitica* oder selbst noch vor derselben.

Folgende Beobachtung einer Facialis-Lähmung hat mir Herr Prof. Lesser gütigst zur Veröffentlichung überlassen:

13. X. 93. August M., 30 Jahre alt. Der letzte Geschlechtsverkehr fand statt vor 4 Wochen, vor etwas über 2 Monaten, und dann vor $\frac{3}{4}$ Jahren. Patient hat von Mitte August bis Mitte September und auch früher schon viel geritten. Derselbe trug gelegentlich Reithosen und ebenso ein Nachthemd von einem Kameraden. Patient hatte während dieser Zeit mehrere Furunkel am Gesicht und in dessen Umgebung. Anfangs Oktober bemerkte er einen Ausschlag zuerst an der Innenfläche des linken Schenkels und am Scrotum, der bald allgemein sich verbreitete. Ca. am 10. X. trat eine Parese des linken Facialis ein.

Bei der ersten Untersuchung, am 13. X., finden sich die Erscheinungen einer frischen Syphilis: Primäraffekt an der Innenfläche des linken Oberschenkels, und ein maculo-papulöses Exanthem. Impetigo capitis. — Etwas unterhalb der Stelle, wo das Scrotum dem Oberschenkel anliegt, zeigt sich ein 10 Centimes-Stück grosses rundes, trockenes, braunrotes Infiltrat. Die Inguinaldrüsen sind besonders links stark geschwollen und zwar am stärksten die unterhalb des Ligam. Poupart liegenden, nicht die eigentlichen Inguinaldrüsen. Am linken Mundwinkel sind einige kleine Erosionen. Auf dem Kopfe finden sich einige Impetigostellen, die Patient schon Mitte September bemerkt haben will. Patient kann das linke Auge nicht völlig schliessen; die Runzeln auf der Stirne links sind weniger ausgeprägt als rechts; auch kann Patient nicht pfeifen. Dagegen ist von seiten der Chorda tympani keine Störung vorhanden.

29. X. Nach Schmierkur à 3,0 p. die und Gebrauch von JK à 1,5 p. die sind seit 8 Tagen die Erscheinungen der Facialisparese geschwunden. Dieselbe hat also ca. 1½ Wochen gedauert.

9. XII. Der Facialis agiert vollständig normal. Auf dem Gaumenbogen links und der Tonsille rechts finden sich kleine oberflächliche Ulcerationen. Patient hat im ganzen 42 Einreibungen gemacht.

Es ist in hohem Masse wahrscheinlich, dass es sich hier um eine Facialisparese infolge von Luës handelt, da jede andere Ursache fehlt. Erkältung und alle übrigen vorkommenden Erkrankungs Zustände, die einer Facialisparese zu Grunde liegen können, sind nicht vorhanden. Am beweisendsten aber für den syphilitischen Ursprung der Parese ist der Umstand, dass das Leiden in so kurzer Zeit und vollständig durch die spezifische Therapie gehoben wurde.

Was die nähere Lokalisation dieser Facialisparese anlangt, so werden wir schon aus dem Mitbefallensein des Stirnastes zur Annahme einer peripheren Lähmung gedrängt. Da ferner keine Störungen von seiten der Chorda tympani vorliegen, so ist die Ursache des Leidens unterhalb des Abgangs derselben zu suchen, wahrscheinlich innerhalb des Canalis Fallopii, und es ist anzunehmen, dass eine durch die Luës bedingte periostale Schwellung in demselben den Nerven komprimierte.

Nebenbei wäre noch zu erwähnen, dass der Fall bemerkenswert ist durch den eigentümlichen Sitz des Primäraffekts am Oberschenkel. Jedenfalls hat eine durch das Reiten bedingte Epithelabschürfung die Eingangspforte für das Gift gebildet. Am nächsten liegt die Annahme, dass die Infektion durch Berührung mit Sekret bei Gelegenheit des Geschlechtsverkehrs stattfand, wogegen es recht unwahrscheinlich, aber nicht absolut

ausgeschlossen ist, dass es sich um eine indirekte Uebertragung durch Reithosen oder Nachthemd gehandelt hat.

Endlich sei noch eines Symptomes der sekundären Periode Erwähnung gethan, das wahrscheinlich zu dieser Abteilung von nervösen Störungen, die durch Kompression von periostalen Schwellungen hervorgerufen werden, gehört, der sekundären syphilitischen *Epilepsie* (Fournier). Dass es sich in diesen Fällen nicht um syphilitische Neubildungen in der Gehirnmasse selbst handelt, geht schon daraus hervor, dass diese epileptischen Anfälle zu einer Zeit auftreten, wo die Luës noch nicht zu diesen schweren Laesionen innerer Organe zu führen pflegt. Ferner spricht dafür der Umstand, dass diese epileptischen Störungen nie mit andern schweren Gehirnerscheinungen kombiniert sind. Die Ursache der Epilepsie der sekundären Periode ist höchst wahrscheinlich in dem Drucke zu suchen, der von Schwellungen an der Innenfläche der Schädelkapsel auf den Inhalt derselben ausgeübt wird (corticale Epilepsie). Solche periostale Verdickungen an der Innenfläche des Schädels als Ursache der epileptischen Anfälle sind zwar bisher durch die Autopsie noch nicht nachgewiesen worden; allein da derartige Periostschwellungen an den übrigen Knochen bei sekundärer Syphilis häufig beobachtet sind, so ist die Annahme berechtigt, dass auch an der Dura, welche die Stelle des Periosts für die innere Schädelfläche vertritt, solche Veränderungen vorkommen.

Neben dieser durch die Luës allein bedingten Epilepsie kommt es aber auch häufig vor, dass früher Epileptische, welche seit langer Zeit keine Symptome ihres Leidens mehr gezeigt haben, plötzlich nach stattgehabter Infektion in der sekundären Periode wieder ihre epileptischen Anfälle bekommen. Es ist auch leicht begreiflich, dass eine früher vorhandene Epilepsie durch die Luës, die so oft das Nervensystem affiziert, zumal wenn dasselbe durch eine anderweitige Erkrankung einen *locus minoris resistentiae* darstellt, verschlimmert wird. — So führt Fournier (siehe oben) eine Patientin an, die in 10 Jahren 6 typische epileptische Anfälle hatte. Nachdem sie sich infiziert, traten alsbald in weniger als 4 Monaten 11 Anfälle ein. Nur unter spezifischer Therapie liessen dieselben wieder nach.

Bezüglich der Symptome der sekundären syphilitischen Epilepsie ist nur zu sagen, dass dieselben absolut nichts Spezifisches

an sich haben, wodurch sie von denjenigen der gewöhnlichen Epilepsie zu unterscheiden wären. Ganz unzuverlässig ist z. B. die schon geltend gemachte Behauptung, dass die epileptischen Anfälle der sekundären Luës nur nachts eintreten, und dass dadurch schon eine Unterscheidung von der gewöhnlichen Epilepsie gegeben sei. — Dennoch dürfte es möglich sein, in den meisten Fällen eine syphilitische Epilepsie als solche zu diagnostizieren. Das Hauptunterscheidungsmerkmal liegt im Alter, in dem der Patient an epileptischen Anfällen zu leiden beginnt. Die gewöhnliche Epilepsie beginnt fast stets schon in der Jugend, vor dem Pubertätsalter, die syphilitische Epilepsie dagegen bei Erwachsenen, in den Jahren, in denen eben auch die syphilitische Infektion am häufigsten stattfindet. — Als wichtigster und für die Aetiologie dieser Fälle einzig beweisender Faktor ist aber der Erfolg oder Nichterfolg der antisymphilitischen Behandlung zu nennen. In jedem zweifelhaften Fall soll also diese eingeleitet werden: nachträglich wird dann die Diagnose sicher gestellt werden können. —

Es sind noch eine Reihe anderer Unterscheidungsmerkmale geltend gemacht worden, die aber z. T. von ganz untergeordneter Bedeutung, z. T. geradezu unrichtig sind. Die Angabe, dass aus der Abwesenheit einer Aura oder des „epileptischen Schreis“ auf die syphilitische Grundlage der Epilepsie geschlossen werden könne, ist nicht richtig; auch hierin ist ihr Verhalten meist das gleiche wie bei der gewöhnlichen Epilepsie. — Auch der Anfall selbst zeigt ganz dasselbe Bild wie der der gewöhnlichen Epilepsie: sofortiger Bewusstseinsverlust, bleiche Gesichtsfarbe, Zungenbiss, Schaum vor dem Mund, Coma u. s. f. Beim hysterischen Anfall, der allenfalls zur Verwechslung damit Anlass geben könnte, haben wir dagegen keinen Schrei, keine Asphyxie, keinen Zungenbiss, keinen Bewusstseinsverlust. — Auch die Annahme, dass die Intervalle bei der syphilitischen Epilepsie kürzer seien, d. h. also die einzelnen Anfälle rascher auf einander folgen, ist nicht richtig. Dagegen ist zur Unterscheidung die Anamnese manchmal zu verwerten, und die Frage nach nervöser Heredität, nach Traumen, Schreck u. s. w. nicht zu unterlassen, die für die gewöhnliche Epilepsie von Wichtigkeit ist. Vor allem aber soll die Untersuchung auf andere syphilitische Symptome (Primäraffekt, Exanthem, Kopfweh,

Schlaflosigkeit etc.) nicht versäumt werden, und da diese Fälle von sekundärer syphilitischer Epilepsie meist im Beginn der sekundären Periode auftreten, so ergibt diese Untersuchung meist ein positives Resultat.

Die Prognose der sekundären syphilitischen Epilepsie ist eine gute, im Gegensatz natürlich zu der der gewöhnlichen Epilepsie und ebenso der des tertiären Stadiums, bei der meist dauernde Veränderungen zurückbleiben.

Die Wichtigkeit der Kenntnis dieser nervösen Affektionen des sekundären Stadiums der Luës, die wir im Vorhergehenden ausführlicher besprochen haben, ist eine sehr grosse. Es kommt häufig vor, dass Patienten, besonders Frauen, gerade wegen derartiger schmerzhafter Affektionen die Hilfe des Arztes in Anspruch nehmen und nur über diese Schmerzen klagen, während sie andere syphilitische Erscheinungen dieser Periode, die keine subjektiven Symptome verursachen, nicht bemerken oder nicht bemerken wollen. Es kann nun sehr leicht vorkommen, dass diese Fälle von dem Arzte, der an die Möglichkeit des Zusammenhangs der betreffenden Affektionen mit Syphilis nicht denkt, mit den üblichen Narcoticis und Sedativis oder mit Elektrizität ohne Erfolg behandelt werden, was natürlich nicht nur für den betreffenden Patienten sehr unangenehm, sondern auch dem Rufe des Arztes unter Umständen nicht sehr zuträglich ist.

Zum Schlusse dieser Arbeit fasse ich die für alle nervösen Affektionen des sekundären Stadiums der Syphilis geltenden Sätze zusammen:

1. Die nervösen Affektionen des sekundären Stadiums der Luës sind nicht selten.
2. Dieselben können sich auf allen verschiedenen Gebieten des Nervensystems geltend machen, lokalisieren sich aber doch mit Vorliebe in gewissen Teilen desselben.
3. Eine pathologische Veränderung der nervösen Teile oder Erkrankungen benachbarter Organe, durch die indirekt Störungen in der Funktion der nervösen Apparate ausgelöst werden, sind in vielen Fällen bei diesen nervösen Affektionen des sekundären Stadiums nachweisbar, in andern dagegen nicht.
4. Alle weichen der spezifischen Therapie.

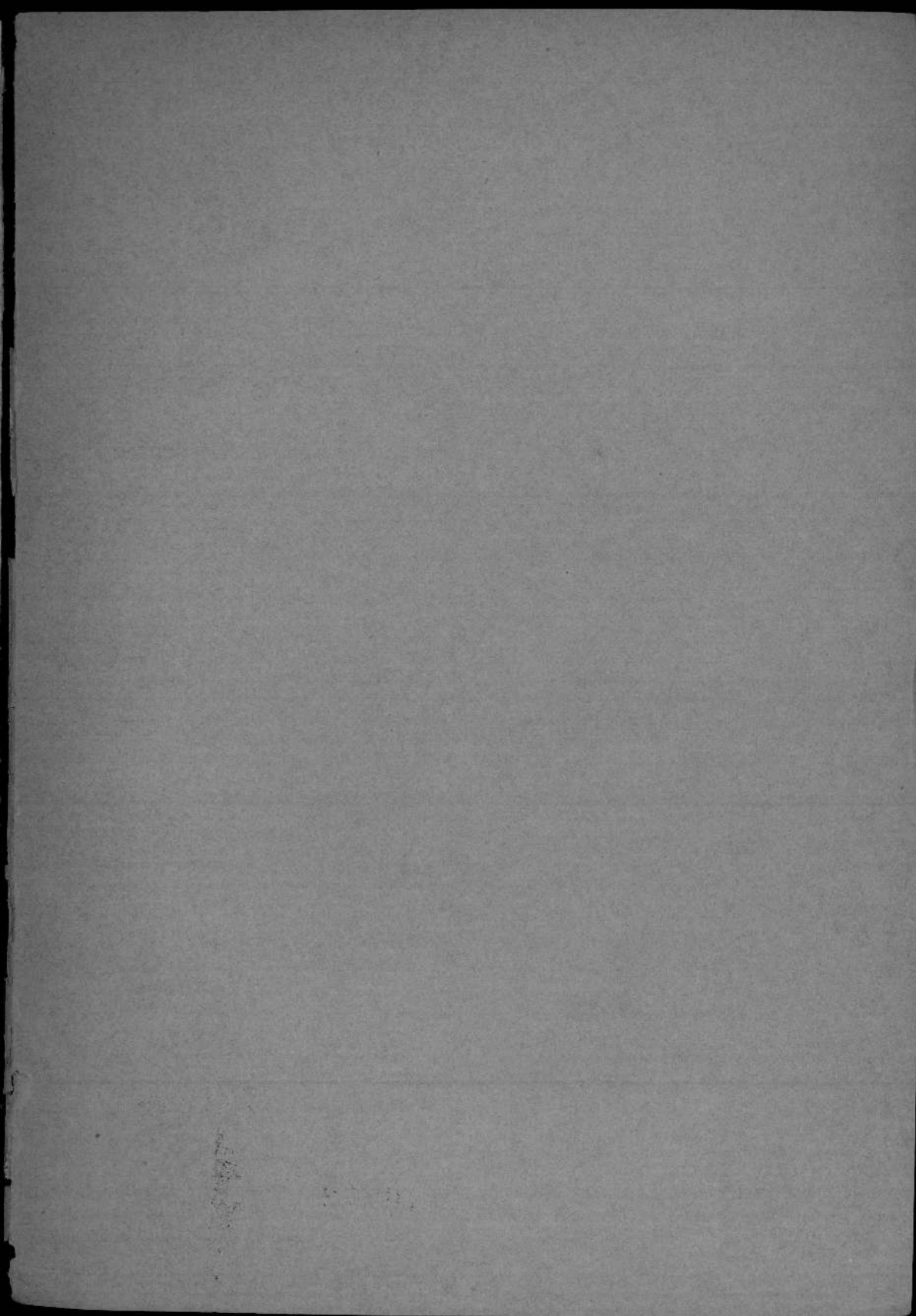
Litteratur.

- Ljunggren, Archiv für Dermatol. und Syphilis, 1870.
Seeligmüller, Ueber syph. Neuralgien. Deutsche med. Wochenschrift, Nr. 43, 1883.
Kiernan, Les psychoses de la fièvre syphil. second., Boston med. Journ., 15 juillet 1880. Ann. derm. et syph. 1881, t. II, p. 168.
De Sinéty, Sueurs locales des extrémités chez une syphil., Société de biol. 1883; Ann. derm. 1884, p. 372.
Richard, Asthénie syph. Thèse Paris 1883.
Dubois, Sciatique dans la syphil. Thèse Paris, 12 février 1884.
Strümpell, Spec. Pathologie und Therapie, Leipzig 1892.
Caradec, Névromes mult. avec troubles troph. dans le cours de la syph. second. Gaz. des hôp., 1880, p. 98.
Lebocuf, De l'asthénie syph. Thèse de Paris 1879.
Lesser, Geschlechtskrankheiten, 1893.
S. Ehrmann, halbseitige Neuritis spinaler Aeste bei recenter Luës, Wien 1886.
Fournier, De l'analgésie syph. second. Ann. de Derm. t. I, p. 486. 1869.
Fr. Veronese, Syphilis als aetiol. Moment h. Erkrankungen des Nervensystems, Wien 1883.
Jullien, Traité pratique des maladies vénériennes. Paris 1886.
Marty, Paralysie du facial au début de la syph., Gaz. des hôp. p. 473. 1863.
Diday, Epilepsie syph. Giorn. delle mal vener. t. III, p. 46. 1867.
Gros et Lancereaux, Des affect. nerveuses syphil. Paris 1861.
Moustapha-Faid, Troubles de la sensibilité, analgésie syph. Ann. de Dermat. t. III, p. 318.
Aparicio, Tremblement syphil., Thèse de Paris 1872.
Gay de Kasau, Observ. de syphil. cérébr. second. Ann. de derm. t. V, p. 469, 1873.
Mauriac, Mémoire sur les affect. syphil. précoces des centres nerveux. Ann. de derm. t. VI, p. 161, 265, 354, 427. 1875.
Ch. Bäumlér, Handbuch der chron. Inf.-Krankheiten. I. Teil, Leipzig 1886.
Finger, Archiv für Dermat. und Syphilis, 1882.
Virchows Archiv, Ueber die Natur der konstit. syph. Affekt., XV. Band.
Schnabl, Berichte des nat.-medic. Vereins in Innsbruck. 1880/81.
Déjérine, Archives de physiol. norm. et pathol. 1874.
Lang, Pathol. und Therapie der Syphilis. Wiesbaden 1885.
G. Lagneau, Maladies syph. du syst. nerv. Paris 1860.
Rumpf, Die syph. Erkrankungen des Nervensystems. Wiesbaden 1887.
Barbier, De l'épilepsie syph. Thèse Paris 1885.



16272





25932