

XI.

Die *Lues hereditaria tarda viscerum*, die Spätformen von angeborener Syphilis der inneren Organe, sind noch ein sehr dunkles, schwer zu durchforschendes Gebiet. Wenn man bedenkt, dass unzählbare Menschen an *Lues acquisita* der inneren Organe sterben, ohne dass es gelingt, je einmal zu Lebzeiten die Diagnose festzustellen, so begreift man leicht, dass bei der angeborenen Syphilis, besonders bei ihren Spätformen, wo ja der Verdacht auf Syphilis noch weit weniger in die Waagschale fällt, derartige Fälle noch häufiger vorkommen können.

Viele Kinder sterben dahin; der Todtenbericht lautet: Leber-, Herz-, Lungen-, Gehirnleiden u. s. w., aber niemand denkt daran, dass hier eine schlecht behandelte Krankheit der Eltern sich auf ein inneres Organ des Kindes geworfen hat, und da die richtige Behandlung nicht eingetreten ist, dem jungen Leben ein frühzeitiges Ende bereitet hat. Ein Arzt in einem kleinen Orte in der Nähe von hier, ein findiger Kopf, der als Wunderdoctor weit und breit bekannt ist und durch riesige Gaben von Lysol, Creosot, Creolin schon unzählige Magen verdorben hat, hat dadurch entschieden schon manches günstige Resultat erzielt, dass er bei allen einigermaassen dunkeln und schwer zu erkennenden Krankheiten Jodkali giebt. Er giebt dasselbe kritiklos; hilft nichts, so schadet nicht viel, trifft aber gerade in Folge der ungeheuren Verbreitung der Syphilis häufig das Richtige und hat so schon manche Heilung zu verzeichnen gehabt, an der alle möglichen Aerzte sich vergeblich versucht haben. Seine Taktik ist sicherlich nicht unrichtig; einige Gläser Jodkali werden, wenn sie auch nicht angezeigt sind, nur selten einen dauernden Schaden hervorrufen, während sie unter Umständen, wenn es sich gerade um Syphilis handelt, das Leben retten können.

Ich werde hier zunächst auf die Krankheiten der Lunge, der Leber und der Nieren zu sprechen kommen. Die Krankheiten des Gehirns werde ich mit denen des Nervensystems abge sondert behandeln.

Fall XXXII. Rosa M., 16 Jahr alt, wurde mir im Frühjahr 1891 wegen eines Lungenleidens von ihrem Vater in die Sprechstunde gebracht.

Einige Stunden vorher erhielt ich von ihrer Mutter einen Brief des Inhalts, ihr Gatte habe in seiner ledigen Zeit eine gewisse Krankheit durchgemacht, er habe sich zwar, um gesundes Blut zu bekommen, kurz vor seiner Hochzeit einer Kur unterzogen, doch fürchte sie, dass dieselbe nicht genügend gewesen und dass die Krankheit auf ihr einziges Kind übergegangen sei. Sie habe sich nur schwer entschlossen, darüber zu schreiben, aber die Furcht, ihr Kind zu verlieren, wenn sie dem Arzt nicht Alles sage, habe sie veranlasst, hinter dem Rücken ihres Mannes mir diese Mittheilung zu machen. Es war also eine gewisse Voreingenommenheit, mit der ich an diesen Fall herantrat. Als ich aber die Patientin selbst sah, ein blühendes, kräftiges Mädchen, konnte ich es fast nicht glauben, dass sie, wie ihr Vater mir sagte, seit zwei Jahren die Lungenschwindsucht habe, dass sie seit dieser Zeit ganze Wagenladungen Creosot u. s. w. und auch ein Jahr lang homöopathische Kügelchen nach Tausenden verschluckt, und einen grossen Theil dieser Zeit in Davos, Arosa und verschiedenen südlichen Kurorten zugebracht habe. Zuerst habe sie nur über Athmungsbeschwerden geklagt, die nach anstrengenden Bewegungen oder bei Katarrhen sich zur eigentlichen Dyspnoe steigerten. Dann habe sich ein Husten eingestellt, der aber nur wenig Auswurf herausbefördert habe. Diese Symptome seien Abends etwas schlimmer geworden, Fieber habe sich jedoch nur selten dazu gesellt. Das gute Aussehen und das Ausbleiben einer Abmagerung habe die meisten Aerzte veranlasst, im ersten Augenblick gar nicht an eine Schwindsucht glauben zu wollen. In der letzten Zeit haben Athemnoth, Schmerz und Husten zugenommen, der Auswurf wurde reichlicher und eiterig, seit den letzten 10 Tagen begannen auch die Kräfte etwas zu schwinden und der Appetit nahm bedeutend ab. Was mir besonders auffiel, das waren die hochgradigen asthmatischen Beschwerden, die weder mit dem Lungenbefund, noch mit der Herzthätigkeit, noch mit dem Allgemeinbefinden in Einklang zu bringen waren. Bei der Untersuchung fand ich einen deutlich ausgesprochenen Herd in der rechten Lunge, vorn unter dem Schlüsselbein, hinten in der Gegend des Scapularwinkels der rechten Thoraxhälfte am deutlichsten wahrnehmbar; die Lungenspitzen waren frei. Das Sputum wurde von mir und einem auswärtigen Kollegen getrennt auf Tuberkelbacillen untersucht und hatten beide ein negatives Resultat zu constatiren. Ohne den Brief der Mutter hätte ich nicht an Lungensyphilis gedacht, obgleich der Sitz des Leidens, wie sich aus der Literatur ergab (Sacharjin, syph. Pneumonie, Berl. Klin. Wochenschrift. 1878, p. 35. Grandidier, *ibid.*, 1875, p. 195., M. v. Cobe, Panaritius) für dieselbe sprach, ebenso das relativ gute Aussehen bei dem schon lange dauernden Leiden (Fournier, Gaz. des hôpit., 1878). Trotzdem hätte ich nicht sofort an Syphilis gedacht, so aber veranlasste mich dieser Brief nach Stigmata der hereditären Lues zu fahnden. Ich fand die zwei oberen mittleren Schneidezähne als ausgesprochene Hutchinson'sche Zähne, eine Perforation des rechten Trommelfelles mit Uebelhörigkeit daselbst, die angeblich ganz ohne Schmerzen entstanden sei, und über das Velum palatinum ausgebreitet eine strahlige Narbe, durch die die Symmetrie und die elegante Arkade des Gaumensegels verzerrt war. Ein Versuch, den Vater auf eine geheilte Infection zu examiniren, wurde schroff abgewiesen. Trotzdem diagnosticirte ich Lues hereditaria tarda pulmonum und verordnete Cinnabaris 3, dessen Affinität zur syphilitischen Lunge ich von der acquirirten Syphilis her genügend kannte, und Kal. iod. I. Der Erfolg war ein sehr zufriedenstellender; der Appetit wuchs zusehends, die Kräfte nahmen zu, Athemnoth, Husten und Auswurf wurden von Tag zu Tag geringer und nach zwei Monaten konnte ich das Mädchen als geheilt entlassen. Ich habe bis Ende 1894 die Patientin immer von Zeit zu Zeit untersucht und habe nie wieder einen Rückfall constatiren können. Auch der geübteste Diagnostiker könnte jetzt, abgesehen von einem ganz leichten Brouchialathmen, beim Inspirium an der krank gewesenen Stelle die gehabte Krankheit kaum

mehr herausfinden. Vor einem Jahr hat sie sich mit meiner Erlaubniss verheirathet und ist jetzt Mutter eines gesunden Kindes.

Fall XXXIII. Frida F., 13 Jahr alt, aus X., kam im Jahre 1892 in meine Behandlung wegen Lungenschwindsucht. Bei der Untersuchung des reducirten Kindes fand ich ebenfalls auf der rechten Lunge und zwar wiederum in der Mitte eine starke Dämpfung, bronchiales Inspirium und abgeschwächtes Expirium, daneben cavernöse Symptome. Bereits bestand das ausgesprochene Bild der Phthisis mit Fieber, Husten, eitrigem Auswurf, Dyspnoë, Brustschmerzen, Nachtschweissen, und schon dreimal hatten sich Lungenblutungen eingestellt. Das Fieber überschritt jedoch 38 Grad niemals. Der Sitz der Affection allein veranlasste mich an Syphilis zu denken; ich untersuchte das Kind weiter, fand eine Perforation des Septum narium und des harten Gaumens, Knochenaufreibungen an der Tibia und eine Hyperostose mit Nekrose am Becken. Der Vater, ein Arbeiter, gestand ohne weiteres eine gehabte Infection ein. Ich verordnete Cinnab. 4. und Kal. jod. 2. Schon nach 4 Tagen liess das Fieber nach und alle Symptome schienen sich zu bessern; dies hielt jedoch nur ein bis zwei Wochen an. Nach Verfluss von zwei Monaten machte ein Lungenödem dem Leben ein Ende. Bei der Section fand ich keine Gummata, wie ich geglaubt hatte, sondern eine chronische diffuse Infiltration. Vom Hilus ausgehend, erstreckten sich starke Schwielen durch das Lungengewebe. Sie waren entstanden durch Infiltration und Neubildung von interstitiellem Bindegewebe und waren theils den Gefässen, theils den Bronchien gefolgt. Das von ihnen eingeschlossene Lungengewebe war theils verdichtet, zum grössten Theil aber verliert, verkäst und eiterig zerfallen. Diagnose nach der Obduction: Chronisch-diffuse interstitielle Pneumonie auf metastischer Basis.

Dass die Syphilis in der Lunge sich abspielen kann, ist allgemein bekannt und wird schon bei Paracelsus, Peter Pincton, Christ. Bennet 1640 und Theophil Bonet 1670, ferner von Astruc und Morgagny (cf. Proksch, Geschichte der Lungensyphilis, Wien. Medicin. Blätter 1879) erwähnt. Durch die Forschungen Laennecs über Tuberkulose wurde die Lungensyphilis allmählig von der Bildfläche verdrängt, wurde aber durch Riccord, Lebert, Vidal, Virchow, Wagner, Förster, Ramdohr u. s. w. wieder in ihr Recht eingesetzt.

Ueber Lungensyphilis bei Neugeborenen habe ich schon im Abschnitt II gesprochen. Bei der Lues hereditaria tarda sowohl, wie bei der Lues acquisita haben wir zwei Formen zu unterscheiden, einmal die bereits erwähnte diffuse interstitielle Infiltration, für's andere die eigentlichen Gummiknoten in der Lunge; dieselben werden zuweilen einzeln, gewöhnlich zu mehreren auf einer Seite der Lunge angetroffen. Von ihnen aus entwickeln sich Schwielenbildungen, die längs der Bronchienverzweigungen verlaufen; diese bilden sehr derbe, schwielige Herde, welche im Innern der Lunge als knotige Bildungen erscheinen. Sind solche Stellen zahlreich vorhanden, so ist ein grosser Theil der Lunge unwegsam und die Kranken leiden an Athemnoth; verkäsen die Gummata, so stellt ihre weitere Erweichung und Ulceration die syphilitische Phthise dar. Zwei Punkte sind für dieselbe besonders charakteristisch. Einmal das Auftreten der Infiltrationen vorzugsweise in der Mitte

der Lunge, (doch wurden von Fournier, Lang und Schnitzler auch Lungenspitzenaffectionen beobachtet), dann das relativ gute Allgemeinbefinden trotz langem Bestande des Leidens. Die häufig vorkommende hochgradige Dyspnoë, die durch die Percussion nicht immer ihre Erklärung findet, deutet Pancretius als bedingt durch eine respiratorische Lähmung des Vagus in Folge eines Drucks auf denselben bei seinem Durchgang durch den Hilus. Rosner meint, dieselbe beruhe auf Compression der Bronchien durch Drüsen und Infiltrate, eventuell auch durch schrumpfende Narben.

Das Fehlen der Tuberkulose in der Familie einerseits, Stigmata der hereditären Syphilis andererseits werden die Differentialdiagnose immer erleichtern. Schwierig, ja geradezu unmöglich wird die Beurtheilung der Krankheit, wenn ein tuberkulöses Individuum syphilitisch geworden ist oder, was gewiss nicht selten ist, wenn Syphilis in Tuberkulose übergeht. Fournier erwähnt im ganzen fünf Fälle, betont aber, dass eine grosse Anzahl von Erkrankungen ihrer Natur nach leicht verkannt wird und in vielen Fällen ohne Zweifel der Tuberkulose zugeschrieben wird.

Die hereditär tardiv syphilitischen Erkrankungen der Leber sind besser studirt, besser gekannt und kommen auch weit häufiger vor, als die Lungenerkrankungen. Fournier erwähnt 25 Fälle, die theils von ihm selbst, theils von Hutchinson, Dowse, Berne u. s. w. gesammelt worden sind. Im grossen Ganzen unterscheiden sie sich von der Lebersyphilis der Erwachsenen nur wenig, ich kann mich deshalb kurz fassen. Wie dort trennt man auch hier drei Formen, die interstitielle diffuse Hepatitis, die gumöse Form und die Amyloidleber. Ueber die Lebererkrankungen bei Syphilis hereditaria praecox habe ich bereits in Abschnitt II gesprochen, von späten Formen habe ich im Ganzen drei Fälle behandelt.

Fall XXXIV. N. N. aus R., 23 Jahre alt, hatte mich im Jahre 1890 wegen eines Pseudo-tumor albus syphiliticus consultirt, den ich für Syphilis, der Hausarzt aber für Tuberkulose hielt. Da eine Nekrose dazu kam, konnten sich die Angehörigen nicht entschliessen, eine spezifische Behandlung durchzuführen, sondern folgten dem Rathe ihres Hausarztes und liessen den Fuss amputiren, um die Gefahr einer Allgemeinaffection des Körpers zu beseitigen. Zwei Jahre später, im September 1892, wurde ich wieder zu dem Kranken gerufen, diesmal wegen eines Leberleidens. Da ich an der Hand verschiedener Stigmata der hereditären Syphilis, welche der Kranke darbot, schon das erste Mal eine syphilitische Affection diagnosticirt hatte, so war es mir auch diesmal natürlich wieder naheliegend, Lebersyphilis zu diagnosticiren. Der junge Mann kam sehr abgemagert und schwach in meine Behandlung. Die Oberfläche der Leber fühlte sich unregelmässig an; es konnten Unebenheiten und Höcker an der Oberfläche und Einkerbungen am Rande gefühlt werden, die Leber war durchweg etwas vergrössert; auch klagte er über bedeutende Schmerzen in der Lebergegend. Icterus war nicht vorhanden, auch hatte der Stuhl ganz durchweg normale Färbung. Ich verordnete Mercur. sol. III. und Jod. Kali. I., was eine bedeutende, mehrere Monate

andauernde Besserung herbeiführte. Ein Theil der Höcker war verschwunden, auch war die Leber etwas kleiner geworden. Nach zehn Monaten stellten sich neue Erscheinungen des Leberleidens ein; ungemein rasch entwickelte sich hochgradiger Icterus und ein bedeutender Ascites, auch Blutungen aus dem Magen und unstillbare Diarrhöen stellten sich ein. Trotz aller Pflege und Mittel collapsirte der Kranke schnell und starb dann drei Monate, nachdem die neue Verschlimmerung sich eingestellt hatte.

Sectionsbericht: Leber mässig verkleinert, durch dicke, schwielige Bindegewebauflagerungen mit dem Diaphragma verwachsen. Gegen die Mitte zu, besonders im Bindegewebe der Capsula Glissonii, hirsekornt- bis nussgrosse Gummata, theilweise noch ziemlich hart, theilweise erweicht und käsigt; gegen die Oberfläche zu waren die Gummata theilweise resorbirt (wahrscheinlich durch die erste antisyphilitische Behandlung); an ihrer Stelle syphilitische Schwielen, durch welche die Oberfläche eingezogen und gelappt erschien. Diese Gummata waren unter sich und mit den Schwielen durch ein vielfach vernezeltes Bindegewebe verbunden. Das zwischen diesen schwieligen Fasern befindliche Lebergewebe war theils amyloid entartet, theils fettig degenerirt. Verschiedene grössere Zweige der Gallenwege und des Ductus hepaticus waren durch Gummablagerungen oder Narben constringirt. Milztumor, amyloide Entartung der Nieren und des Darms. Diagnose nach dem Sectionsbefund: Lues hereditaria tarda der Leber durch Gummabildung.

Fall XXXV. Robert F., 17 Jahre alt, Sohn eines Lehrers in X., kommt im Juli 1890 wegen eines Leberleidens in meine Behandlung. Eine Reihe von Lebermitteln, die von allopathischen Aerzten und von mir angewandt worden waren, blieben vollständig erfolglos. Starker Icterus; verschiedene grosse Höcker äusserlich durchzufühlen. Hutchinson'sche Zähne, Hornhautnarben, Exostosen der Ulna, Narben an den Glutaei, Geständniss des Vaters. Diagnose: tardive hereditäre Lebersyphilis. Verordnung: Mercur. dulc. 2., Jodkali 1. Nach 14 Tagen Icterus verschwunden, Farbe des Stuhls wieder normal; die Knoten sind nach weiteren 14 Tagen nicht mehr zu fühlen. Vor einem Jahre stellte er sich mir wegen eines Zeugnisses vor; er war bis dahin gesund geblieben. Leber normal, auch die Exostosen am Arm waren — er hatte die Mittel nahezu ein Jahr fortgenommen — beinahe vollständig verschwunden.

Die Gummabildung ist die seltenere, wenn auch typischere Form der Lues hereditaria tarda der Leber. Der Verlauf sowie die möglichen Ausgänge sind in den beiden Krankengeschichten und in der Nekropsie bereits genügend geschildert. Kleine Gummata können in der Leber vorkommen, ohne die geringste Störung hervorzurufen, wie man ja oft bei Sectionen Lebergummata gefunden hat, die sich nie bemerkbar gemacht haben; eine grössere Menge derselben bringt aber die in dem Sectionsbericht genannten Veränderungen in der Leber hervor.

Fournier erwähnt auch eine amyloide Form. Doch macht diese neben dem Gesamtbild der kachektischen Störung keine besonderen Symptome.

Die häufigste Form ist zweifellos die diffuse Infiltration der Leber, bei der im interlobulären Bindegewebe eine Zelleneubildung stattfindet, welche die Leberzellen im Innern des Acinus verdrängen und so ihren Zerfall veranlassen. Die Leber ist dabei vergrössert, kommt aber, wenn das zellenreiche Gewebe sich in

ein schrumpfendes umwandelt, ebenfalls zur Schrumpfung; es bildet sich eine Cirrhose aus. Derartige Fälle wurden von Fournier, Hutchinson, Rindfleisch und Dittrich beobachtet (Prager Vierteljahrschrift 1849, Bd. XXI, drei Fälle von 11-, 15- und 18jährigen Kindern.) Auch ich habe einen solchen Fall in Behandlung gehabt.

Fall XXXVI. Anna S., 15 Jahre alt, von N. bei N., wurde mir im März 1892 in Behandlung übergeben. Der Hausarzt hatte sie mehrere Wochen behandelt und schliesslich erklärt, er könne sich weder die Krankheit noch ihre Ursache erklären. Er hatte dementsprechend die Eltern des Mädchens an Liebermeister gewiesen; sie wollten aber zunächst einen Versuch mit der Homöopathie machen und waren deshalb zu mir gekommen. Die Patientin war sehr zart; man hätte sie nicht für älter als zehn Jahre halten mögen. Sie klagte über Müdigkeit, Schwinden der Kräfte, Appetitlosigkeit, und die Eltern fügten bei, dass sie ihre gewohnte Lebenslust ganz verloren habe. Sie war mager, hatte einen etwas gelblichen Teint, aber ohne Icterus. Der Stuhlgang hatte ganz normale Farbe, nur aus der Zunge konnte man entnehmen, dass die Leber nicht ganz richtig functionire. Ich hielt die Sache für eine Entwicklungstörung und gab ihr entsprechende Medicamente. Nach zwei Monaten kam sie wieder, jetzt aber mit ausgesprochenen Digestionsstörungen, Symptomen der Dyspepsie, Flatulenz, Meteorismus, Verstopfung mit Diarrhöen wechselnd, Druck und Völle im Unterleib, Brechreiz u. s. w.

Stuhlgang war immer noch normal gefärbt und kein Icterus. Wieder gab ich entsprechende Mittel: Ich glaube es war *Lycop.* und *Cardus marian.* Erst im August, als ich von meiner Sommerfrische zurückgekehrt war, stellte sich mir die Patientin wieder vor; sie hatte inzwischen Liebermeister consultirt, der sich scheint's nicht viel aus der Sache machte, ihr eine sechswöchentliche Ruhekur, Milchkost und ein Pulver, bestehend aus Pulv. rad. Rhei 20., Magnes. carb. und *Elaeosacc.* *menthae* 10. verordnet hatte.

Ich war über ihr Aussehen sehr verblüfft. Sie war furchtbar heruntergekommen und hatte einen Ascites, der den ganzen Unterleib anfüllte. Von einer Untersuchung der Leber war unter diesen Umständen keine Rede mehr. Sie hatte von ihrem Hausarzt verschiedene Diuretika bekommen; auch ich gab ihr eine ganze Reihe homöopathischer wassertreibender Mittel. Es war Alles umsonst, der Leib füllte sich immer mehr an. Unter diesen Umständen entschloss ich mich zur Punction. Gegen mein Erwarten flossen nur sechs bis sieben Liter Wasser heraus; denn wie ich jetzt fand, füllte die Leber einen grossen Theil des Unterleibes aus; sie reichte bis Fingerbreit unter den Nabel herab, war ungemein hart und liess mehrere ausgesprochene harte Knoten durchfühlen. Jetzt war die Diagnose nicht mehr schwer. Ich diagnosticirte diffuse Hepatitis, complicirt mit Gummabildung. Verschiedene Stigmata der hereditären Syphilis, die ich jetzt bei näherem Suchen fand, ferner das Absterben mehrerer, kaum geborener Geschwister u. s. w. bestärkten mich in dieser Annahme. Ich verordnete *Mercur. sol.* 2. und Kal. jod. 1. Das Wasser kam nicht wieder, es schwoll vielmehr die Leber so schnell ab, dass nach zwei Monaten der geübteste Diagnostiker keine Veränderung mehr an derselben hätte finden können. Das Mädchen blieb ein Jahr in meiner Behandlung und ist bis heute gesund geblieben. Bemerken möchte ich noch, dass ich bei der Punction auch eine bedeutende Schwellung der Milz fand und dass der Urin Eiweiss und granulirte Cylinder führte. Auch diese beiden Erscheinungen verschwanden in den ersten Monaten der Behandlung.

Es ist dies ein typischer Fall von diffuser hereditär syphilitischer Hepatitis mit der Ausnahme, dass dieselbe offenbar mit

Gummabildung complicirt war. Auch Mackenzie veröffentlichte einen Sectionsbericht von einem 15jährigen Knaben, bei dem eine Combination von Gummabildung mit Cirrhose vorhanden war, und Pitt einen ähnlichen von einem 16jährigen Knaben. Sonst variiren die Fälle höchstens durch eine mehr oder weniger entwickelte Perihepatitis oder durch Icterus. Ascites findet sich aber bei fast allen Fällen, die ich in der Literatur gelesen habe.

Auch Homén, Helsingfors, sagt, dass man relativ oft bei den späteren hereditären Formen die Lebercirrhose oder die diffuse interstitielle Hepatitis antrifft.

Ähnlich spricht sich Schott aus (Veränderungen der inneren Organe bei Syphilis hereditaria, Jahrb. der Kinderheilkunde, IV, Jahrg. 1861, Heft 4, Seite 227); ferner Tissier (Syph. héréd. Lésions de foie, Ann. de Derm. et de Syph 1885, p. 207), welcher die Gummaknoten bei Lebersyphilis erwachsener Kinder für selten erklärt, ebenso, wie schon erwähnt, Rindfleisch (Lehrb. der pathol. Gewebelehre, 1875, S. 421), Klebs (Handb. der pathol. Anatomie 1869, Bd. I, S. 441). Die französischen Autoren dagegen nebst den bereits erwähnten namentlich noch Chareot, Gombault, Hudelo finden die Induration nicht so gleichmässig verbreitet, wie bei der vulgären Lebercirrhose, und auch die Granulirung gröber und ungleichmässiger.

Erkrankungen der Nieren kommen in den ersten Lebensmonaten, also bei Syphilis hereditaria praecox, sehr häufig vor, aber auch in späteren Jahren sind sie nicht gerade selten, wie Beobachtungen von Hutchinson, Dowse, Laschkewitz, Schwimmer, Bartels und Fournier erhärten. Mein Fall — ich habe nur einen zur Verfügung — war folgender:

Fall XXXVII. Elsa S., 7 Jahre alt, wurde mir im December 1893 wegen Oedemen der Haut und des Gesichts gebracht. Scharlach habe sie nicht gehabt, dagegen ausserordentlich viele Knochenkrankungen mit Nekrosenbildung, Keratitis interstitialis rechts, ebenso eine Trommelfellperforation auf der rechten Seite mit Verminderung des Gehörs. Der Vater war, wie ich von Verwandten gehört hatte, an Gehirnsyphilis gestorben. Der Urin enthielt viel Eiweiss, $5\frac{1}{100}$ — $7\frac{1}{100}$, spezifisches Gewicht schwankte zwischen 1020 und 1030, also war Amyloidniere auszuschliessen. Die üblichen Nierenmittel, ebenso Milchdiät, verschlimmerten den Zustand zusehends, bis die obenerwähnten Stigmata mich auf die Diagnose hereditär-tardive syphilitische Nierenentzündung brachten. Ich verordnete Mercur, dulcis 2. und Ferr. iod. I. und fand, dass nach einem Monat das Eiweiss verschwunden war. Doch kehrte es wieder, sobald ich mit den beiden Arzneien aussetzte und verschwand erst wieder und zwar gänzlich, als ich dieselben noch zwei Monate fortnehmen liess. Ich habe den Urin vielleicht noch 20 Mal in den nachfolgenden Jahren untersucht und habe niemals wieder weder Cylinder noch Eiweiss gefunden.

Dass hier die Nierenentzündung eine zufällige Complication der hereditären Syphilis gewesen sei, wird wohl in Anbetracht der zweimaligen prompten Wirkung der Specifica niemand behaupten wollen. Die von mir gemachte Beobachtung der Heilung einer

syphilitischen Nephritis durch Mercurpräparate steht im Widerspruche mit der Ansicht Senators, dass eine mercurielle Behandlung bei jeder Art von Nephritis als contraindicirt zu betrachten sei. Vielleicht meint Senator bloss die manchmal unsinnigen Quecksilber-Gaben der Allopathen und dürfte sich der homöopathische Mercur wohl von seinem Verbot ausschliessen, der zwar heilt, aber die unangenehmen, schädigenden Nebenwirkungen der grossen allopathischen Hydrargyrum-Gaben nicht hat. Fournier meint, dass bei hereditärer Syphilis die parenchymatöse Nephritis oder die Amyloid-Niere häufiger seien, als die interstitielle Nierenentzündung. Häufig finden sich auch diese Nierenerkrankungen, besonders die amyloide Degeneration complicirt mit andern Leiden, so Leber-, Knochiensyphilis u. s. w. Auch gummöse Nephritis wurde schon von einigen Beobachtern bei Kindern gefunden.

Der Verlauf der hereditärsyphilitischen Nierenentzündung ist meist ein langsamer; heimtückisch im Entstehen, heimtückisch im Fortschreiten, ist der Ausgang gewöhnlich ungünstig. Nur wenn es gelingt, die Diagnose frühzeitig zu stellen, ist von einer anti-syphilitischen Behandlung eine günstige Wendung zu erwarten, selbst wenn, wie Lang meint, es sich um eine noch nicht weit vorgeschrittene amyloide Degeneration handelt. Günstig ist die Prognose bei Gummabildung, weil neben derselben sich leistungsfähiges Parenchym erhalten haben kann und besonders dann, wenn die Erkrankung einseitig ist, die gesunde Niere also vicariirend für die kranke eintreten kann.

Auch Erkrankungen der Milz, des arteriellen Systems, des Muskelsystems, der Thyreoidea u. s. w. sind schon bei Lues hereditaria tarda beobachtet worden, doch sind die gesammelten und veröffentlichten Fälle nicht einwandfrei, so dass wir auf dieselben nicht näher eingehen können. Erwähnen möchte ich noch zum Schlusse dieses Abschnittes, dass ich gegenwärtig einen 15jährigen jungen Menschen in Behandlung habe, bei dem ich starken Verdacht auf Lues hereditaria tarda **des Herzens** habe. Anamnesticch würde die Diagnose stimmen, da ich aber in der ganzen Litteratur keinen Fall gefunden habe, an den sich der meinige anlehnen könnte, so erzähle ich ihn mit aller Reserve und habe ihn auch nicht unter die Zahl der nach meiner Ansicht einwandfreien Fälle aufgenommen.

Louis B., 15 Jahre alt, kam mit seinem Vater vor etwa fünf Monaten zu mir wegen eines Herzleidens mit äusserst mannigfaltigen Symptomen; vor allem klagte er über Athemnoth, verbunden mit Präcordialdruck und Herzklopfen, sowie über Anfälle von cardialem Asthma und Angina pectoris. Nachdem er mehrere Monate lang von verschiedenen Aerzten behandelt worden war, hatte sich zuletzt auch noch bedeutender Ascites mit Anasarca eingestellt, gegen welche alle nur denkbar möglichen Mittel angewandt worden waren. Auch ich gebrauchte zuerst Herzmittel ohne Erfolg, bis ich durch die anamnesticchen Daten und das Vorhandensein einer Tibiaexostose

nebst Hornhautleukome auf die Diagnose Herzsypphilis auf hereditärer Basis gebracht wurde. Ich verordnete nun Mercur. dulcis 2. und Natr. iod. 1. Der Ascites, der allen Mitteln getrotzt hatte, verschwand in 10—12 Tagen, der Patient fühlt sich seitdem sehr wohl, kann bereits halbtägige Spaziergänge machen; nur eine geringe Herzvergrößerung ist geblieben. Wie der Verlauf weiter sich gestalten wird, vermag ich natürlich noch nicht abzusehen.

Einen ähnlichen Fall hatte ich einmal in N. behandelt; er betraf ein Herzleiden bei einem 17jährigen Mädchen, das Gerhard-Berlin für mangelhaften Verschluss des Ductus venosus Aurantii und Liebermeister für eine Degeneration des Herzmuskels erklärt hatte. Das Mädchen war amenorrhöisch. Ich schloss mich Liebermeister an und versuchte verschiedene Mittel ohne Erfolg. Da wurde ein auswärtiger Arzt gerufen, ich habe leider nicht erfahren können, wer es war; aber er muss ein guter Diagnostiker gewesen sein, er erkannte sofort, dass es sich hier um hereditäre Syphilis handle, verordnete eine Schmierkur und grosse Gaben Jodkali. Stigmata konnte ich nie an dem Mädchen finden, auch die Eltern haben nie eine syphilitische Erkrankung eingestanden; was diesen Arzt veranlasst hat, hereditäre Syphilis zu diagnosticiren, ist mir heute noch unklar. Ich traute der Verordnung nicht viel Gutes zu, muss aber bestätigen, dass das Mädchen nach zwei Monaten vollständig hergestellt war.

