

Über Venen-Syphilis / von J. K. Proksch.

Contributors

Proksch, J. K. 1840-1923.
Royal College of Physicians of Edinburgh

Publication/Creation

Bonn, Germany : P. Hanstein, 1898.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/j92h92p5>

Provider

Royal College of Physicians Edinburgh

License and attribution

This material has been provided by This material has been provided by the Royal College of Physicians of Edinburgh. The original may be consulted at the Royal College of Physicians of Edinburgh. where the originals may be consulted.

This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>

Ueber

Venen-Syphilis.

Von

J. K. Proksch

in Wien.

Bonn,

P. Hanstein's Verlag

1898.

R26670

Digitized by the Internet Archive
in 2016

<https://archive.org/details/b21990360>

Einleitende Bemerkungen.

Unter die heute ganz allgemein am allerwenigsten gekannten syphilitischen Affektionen gehören auch die der Venen. Nicht etwa, dass über diesen Gegenstand bisher allzu wenig beobachtet und veröffentlicht worden wäre; sondern es kümmern sich, wie dies schon das Studium der einschlägigen Casuistik zweifellos ergibt, die einzelnen Beobachter entweder fast ausnahmslos wenig und auch gar nicht um ihre Vorarbeiter, oder wenn sie dies dennoch thun, so finden sie einander nur theilweise oder auch gar nicht mehr in der während der letztvergangenen Decennien sehr und nun in der Gegenwart bis zum Unzubewältigenden angewachsenen Litteratur. Es kann darum auch nicht befremden, wenn in den vorhandenen Lehrbüchern, in denen das gesamte riesige Material wenn auch nur nach groben Umrissen niedergelegt sein sollte, über die meisten Einzelthemata recht dürftige, ja über manche ganz und gar unzureichende Angaben anzutreffen sind.

So meint Moritz Kaposi¹⁾ (1891): „Die luetische Erkrankung der Blutgefässe betrifft fast ausschliesslich die Arterien, indem von syphilitischer Venenerkrankung kaum zweifellose Fälle bekannt sind.“ — Isidor Neumann²⁾ versichert (1896) seine Leser, dass „über die syphilitischen Affektionen der grossen Venen nur spärliche Mittheilungen von Girdevood, Gayraud und G. R. Turner vorliegen.“ —

1) Kaposi, M. Pathologie und Therapie der Syphilis. — In: Deutsche Chirurgie, Stuttgart, 1891, 8^o, Lief. 11, 2 Hälfte, p. 262.

2) Neumann, Is. Syphilis. — In: Specieller Pathologie und Therapie. Herausgegeben von Nothnagel, Wien 1896, 8^o, XXIII, 2. Hälfte, p. 485.

Franz *Mraček*¹⁾ (1898) hatte offenbar nur die seit Hermann von Zeissl²⁾ (1882) in den Lehrbüchern über Syphilis erwähnten Fälle von Bernhard von Langenbeck im Gedächtniss, wenn er sagt: „Die venösen Gefässe sind seltener der Sitz syphilitischer Produkte, obzwar auch da in der jugularis und in der Scheide der femoralis Gummen angeführt wurden.“⁴

Ebenso völlig ungenügend werden wir durch die Lehrbücher über pathologische Anatomie unterrichtet:

Johannes Orth³⁾ (1887) meint: „Von specifisch syphilitischen (gummösen) Entzündungen an venösen Gefässen sind nur wenige Fälle bekannt, aber immerhin genügend, um ihr Vorkommen, wenigstens als sekundäre Veränderung festzustellen.“ Als einzige Litteraturbelege dafür sind die betreffenden Artikel von Oskar von Schüppel und Thomas Stretch Dowse angeführt. — Felix Victor Birch-Hirschfeld⁴⁾ berichtet in allen vier Auflagen seines Lehrbuches nur über einige Fälle von hereditärer Syphilis der Vena umbilicalis und portae; erst in den späteren dieser Auflagen kam noch der Fall von Karl Huber, als der einzige bei einem Erwachsenen beobachtete, hinzu. Es heisst in der vierten Auflage (1894): „Eine specifische Ursache (der chronischen Venenentzündung) veranlasst die von Oedmanson, Winckel und dem Verfasser beschriebene Endophlebitis der Nabelvene syphilitischer Neugeborener, die zu erheblicher Stenose dieses Gefässes führen kann. Aehnliche Verdickungen fand C. Huber in den Extremitätenvenen eines syphilitischen Erwachsenen. Auch die von Schüppel beschriebene Pylephlebitis syphilitica bei Neugeborenen gehört hierher. Während

1) *Mraček*, F. Atlas der Syphilis und der venerischen Krankheiten mit einem Grundriss der Pathologie und Therapie derselben. München, 1898, 8°, p. 60.

2) Zeissl, H. v. Lehrbuch der Syphilis. Vierte Auflage. Stuttgart, 1882, 8°, p. 565.

3) Orth, J. Lehrbuch der speciellen pathologischen Anatomie. Berlin, 1887, 8°, I, p. 268.

4) Birch-Hirschfeld, F. V. Lehrbuch der pathologischen Anatomie. Vierte umgearbeitete Auflage. Leipzig, 1894, 8°, II, p. 169.

derartige Fälle isolirter Venenerkrankungen syphilitischen Ursprungs selten vorkommen, ist dagegen in gummösen Herden eine starke Betheiligung der Venenwände (bis zur Entwicklung einer förmlichen Phlebitis obliterans) regelmässig nachzuweisen.“ — Hans Schmaus¹⁾ (1896) zieht sich, allerdings ohne jede Angabe von Details oder irgend einer Quelle hinsichtlich der Venen-Syphilis, recht geschickt aus der Schlinge: „Innerhalb syphilitischer Herde gelegene Gefässe weisen sehr häufig jene Verdickung der Intima auf, welche wir als Endarteriitis obliterans kennen lernten und die nichts specifisches an sich hat. Ausserdem kommen aber an Arterien wie an Venen specifisch luetische Veränderungen vor.“

Um nichts besser, ja theilweise noch schlimmer sieht es diesbezüglich in der ausländischen Litteratur, soweit diese mir bekannt ist, aus. Nur ein französischer Fachmann, H. Mendel, hat ausser zwei selbst beobachteten Fällen noch elf andere aus der Litteratur zusammengestellt; dabei aber freilich nur auf die Erkrankungen der subcutanen Venen Rücksicht genommen und die Venen-Syphilis überhaupt als eine grosse Rarität hingestellt.

Es erscheint demnach hinreichend gerechtfertigt, eine etwas eingehendere Umschau in der überaus umfänglichen Litteratur vorzunehmen und die darüber gemachten Funde einer näheren Beurtheilung und zur endlichen wissenschaftlichen Verwerthung vorzulegen.

Vorher muss jedoch, und zwar ganz besonders nachdrücklich, hervorgehoben werden, dass mit der folgenden Zusammenstellung durchaus kein Anspruch auf auch nur annähernde Vollständigkeit gemacht werden kann, da diese unter den hiesigen Verhältnissen nur durch grosse Opfer an Geld und Zeit zu erreichen gewesen wäre.

Zunächst sind hier die Monographien über die anderenartigen Erkrankungen der Venen fast ganz unberücksichtigt

1) Schmaus, H. Grundriss der pathologischen Anatomie. Dritte Auflage. Wiesbaden, 1896, 8°, p. 285.

geblieben; denn wenn auch der Ausspruch, den C. A. Wunderlich¹⁾ bereits im Jahre 1853 gemacht hat, dass „die Litteratur über Phlebitis endlos geworden ist,“ für damals noch ein wenig übertrieben war, so ist doch heute die gesamte Litteratur über alle Venenkrankheiten dem Einzelnen kaum mehr bezwingbar. Auch der vasten Casuistik, die in allen übrigen Zweigen der Heilkunde aufgespeichert worden ist, konnte nur soweit nachgegangen werden, als die gleichfalls nur in sehr mässigem Umfange zu Gebote stehende Special-Litteratur über Syphilis direkte Hinweise darauf enthielt. Aber auch so manches von diesem und sogar etliche ganz specielle Monographien über den in Verhandlung stehenden Gegenstand konnten trotz aller Mühe nicht aufgetrieben werden. So fehlen hier nach vollkommen verlässlichen bibliographischen Nachrichten²⁾ die folgenden Abhandlungen gänzlich:

Mirus, Christ. Frid. Guilhelm. Dissert. inaug. sistens observationem dysenteriae atque inflammationis arteriae pulmonalis morbo syphilitico supervenientis una cum epierisi. Lipsiae, 1812, 4^o, pp. 34, 12. — Tessier, Inflammation des veines crurales et iliaques chez une femme affectée de syphilis constitutionnelle. — In: Bulletin de la société anatomique de Paris, 1834, IX, p. 157. — Simms, A case of bronchitis; spasm of the larynx; death from plugging of the pulmonary artery, after syphilis. — In: Lancet, London, 1870, II, p. 603. — Gamberini, P. Le malattie venereo-sifilitiche delle vene. — In: Rivista ital. di terap. e igièna, Piacenza, 1894, XIV, p. 254—258. — Karvonen, J. J. (Syphilitische Phlebitis.) — In: Duodecim, Helsinki, 1894, X, pp. 98, 135. — Ponticaccia, M. Sifilide ereditaria pseudo-paralisi di Parrot, paralisi ostetrica del facciale e dell' ocolomotore, edema dei neonati (flebite ostetrica). — In: Pediatria, Napoli 1894, II, pp. 264, 294.

1) Wunderlich, C. A. Handbuch der Pathologie und Therapie. Zweite Auflage. Stuttgart, 1853, 8^o, II, p. 447.

2) Index-Catalogue of the library of the Surgeon General's Office, United States Army. Washington, 1880—96, 4^o, I—XVI.

Index medicus. A monthly classified record of the current medical literature of the world. New-York, Boston and Detroit, 1879—98, 8^o, I—XX.

Historische Skizze.

Als an der Neige des Mittelalters die Syphilis für eine selbständige Krankheit in ihren Hauptzügen erkannt und damit ein Grundpfeiler des herrschenden Galenismus erschüttert wurde, erschloss sich den Aerzten ein überaus weites Forschungsgebiet, in welches jedoch nach den damaligen Verhältnissen in Praxis und Schule um so weniger gleich tief eingedrungen werden konnte, als Licht und Boden unserer Wissenschaft fehlten. Normale und pathologische Anatomie waren kaum mehr als in dämmerhaften, unsicheren und schwankenden Andeutungen und nur auf dem Papiere vorhanden; sie wurden viel discutirt, aber wenig und gar nicht geübt. Ohne alle praktische Anleitung konnte anfangs naturgemäss, besonders in der pathologischen Anatomie, nichts Erhebliches zu Tage gefördert werden; hatten ja kaum erst liberale Verordnungen den menschlichen Leichnam der Forschung freigegeben.

So berichtet einer der ältesten und hervorragendsten Syphilographen, Nicolo Leonicensi¹⁾ (1497), den Gegenstand berührend nur obenhin und dennoch zutreffend, dass in den Leichen Syphilitischer dieselben Veränderungen angetroffen werden, wie sie sich an der Körperoberfläche zeigen. Doch recht bald, bereits um die Mitte des sechszehnten Jahrhunderts, war das Gumma, welches einige der ältesten Syphilographen schon in der Haut und in den oberflächlich liegenden Knochen diagnosticirt hatten, auch in inneren Organen, namentlich im Gehirn, ferner in den Muskeln, in den Gelenken und in den tiefliegenden Knochen aufgefunden worden. Dasjenige Organ, welchem den noch immer herrschenden, wenn auch gewaltig erschütterten Galen'schen Theorien zufolge in jener Zeit die meiste Aufmerksamkeit zugewendet wurde, war die Leber; die häufigen negativen Befunde an derselben brachten Galen's Theorien zum Falle. Zunächst be-

1) Leonicensus, N. Libellus de epidemia, quam vulgo morbum gallicum vocant. Venetiis, 1497, 4°, 29 Blätter. — In: Luisinus Aphrodisiacus p. 15—40.

reicherte Johannes Schenck von Grafenberg ¹⁾ (1530—1598) die Casuistik der syphilitischen Organerkrankungen; die der übrigen Autoren hat ein Jahrhundert später Theophile Bonet ²⁾ (1620—1689) in dem bekannten Sammelwerke grösstentheils zusammengestellt.

Verhältnissmässig spät beobachtete man die Erkrankungen des Gefässsystems an den Leichen Syphilitischer. Wenn auch schon viel früher, und selbst bei den ältesten Syphilographen zu Ende des fünfzehnten Jahrhunderts, etliche unbestimmte Aeusserungen, sowohl in der Semiotik als auch in der Casuistik und noch mehr in den gangbaren Hypothesen eben dahin abzielen, so ist doch erst Giovanni Maria Lancisi ³⁾ (1654—1720) dem Gegenstand durch anatomische Untersuchungen näher getreten. Vorerst waren es freilich nur die augenfälligsten Erkrankungen, namentlich die Aneurysmen des Herzens und der grossen Gefässe, welche Lancisi und mit ihm einige italienische Forscher (Ippólito Francesco Albertini ⁴⁾ 1662—1746, Antonio Matani ⁵⁾ 1730—1779 u. A.) mit der Syphilis und dem gegen sie verwendeten Quecksilber in ätiologische Beziehung zu bringen suchten; doch constatirte bald der grösste italienische Arzt, Giovanni Battista Morgagni ⁶⁾ (1682—1771), ausserdem die syphilitischen Erkrankungen der kleineren Gefässe und besonders der Hirnarterien, ohne jedoch die Venen einer besonderen Untersuchung

1) Schenckius a Grafenberg, J. De lue venerea essentia, causae, curatio. — In dessen: Observationum medicarum rariorum libri VII. Francofurti, 1665, fol., p. 808—816.

2) Bonetus, Th. Sepulchretum. Genevae, 1679, fol., p. 1668—1672.

3) Lancisius, J. M. De aneurysmatibus, opus posthumum. — In: Scriptorum latinorum de aneurysmatibus collectio. Edidit . . . Thomas Lauth. Argentorati, 1785, 4°, p. 1—100.

4) Albertini, H. F. Animadversiones . . . In: De Bononiensi scientiarum et artium instituto atque academia commentarius, 1748, I.

5) Matani, A. De aneurysmaticis praecordiorum morbis animadversiones. — In: Scriptorum latinorum de aneurysmatibus collectio. Edid. Th. Lauth. Argentorati, 1785, 4°, p. 235—358.

6) Morgagni, J. B. De sedibus et causis morborum per anatonem indagatis. Venetiis, 1761, fol., II, p. 365—372 u. a. a. O.

zu unterziehen. Nur einer seiner Zeitgenossen, Carlo Guattani¹⁾ (1707—1771), schildert und zeichnet auf einer hübschen Tafel einen Fall bei einem 30jährigen Mann, in welchem sowohl die Arteria als auch die Vena poplitea verdickt und zu grossen aneurysmatischen Säcken erweitert und auch in der Aorta starke Veränderungen nachzuweisen waren. Freilich ist die syphilitische Natur dieses Falles ausser etlichen warzenförmigen Excrescenzen, die in der Aorta gefunden wurden, nur mit „se etiam venerea lue laborasse“ belegt; was jedoch für solche, die nicht blos der Gegenwart Wissen und Kenntnisse zumuthen, immerhin einigen Werth hat.

Ob ausserdem die syphilitischen Erkrankungen anderer Venen, namentlich die der intra- und extraparenchymatösen Venen der Körperhöhlen in dieser Zeit pathologisch-anatomisch nachgewiesen wurden, habe ich nicht auffinden können; sicher ist es jedoch, dass diese Erkrankungen sowie die der Circulationsorgane überhaupt zur Deutung der klinischen Erscheinungen seit langer Zeit herangezogen wurden. So lehrt auch Jean Astruc²⁾ (1684—1766) bereits im Jahre 1740: „Hydrops ascites, sive abdominis, si sanguis venosus obstructione hepatis, splenis et pancreatis retardatus, serum quo turget, guttatim dimittat in cavum abdominis.“ In ähnlicher Weise werden auch die Diarrhoe, der Icterus und andere Zufälle an Syphilitischen erklärt; wenngleich die Ursache dieser Obstruction nicht innerhalb, sondern ausserhalb der betreffenden Venen liegend gedacht wird.

Wie diese und alle übrigen streng wissenschaftlichen Forschungen in der Syphilislehre (mit Ausnahme der Gonorrhoe und ihrer Folgekrankheiten) mit dem Auftreten John Hunter's³⁾ (1728—1793) auf ein halbes Jahrhundert fast

1) Guattani, C. De externis aneurysmatibus manu chirurgica methodice pertractandis . . . — In: Scriptorum latinorum de aneurysmatibus collectio. Ed. Th. Lauth. Argentorati, 1785, 4°, p. 101—234.

2) Astruc, J. De morbis venereis libri novem. Editio altera. Lutetiae Parisiorum, 1740, 4°, I, p. 4:6 u. fgde.

3) Hunter, J. A treatise on the venereal disease. London. 1786, 4°, p. 398 u. 7 Tafeln.

vollständig vernichtet und erst allmählich wieder von Ricord¹⁾ (1800—1889) und seinen Zeitgenossen aufgenommen wurden, habe ich in meiner „Geschichte der venerischen Krankheiten“ (Bonn 1895, II) und an anderen Orten wiederholt nachgewiesen. Dass übrigens Venen-Syphilis bereits vor den epochemachenden Arbeiten Ricord's beobachtet wurde, zeigen die oben erwähnten Monographien von Mirus und Tessier.

Casuistik.

Die vorliegenden 107 Fälle, zum grössten Theil von hervorragenden Forschern beobachtet, sind um so werthvoller für die Beurtheilung der wirklichen Kenntnisse über den in Rede stehenden Gegenstand, als diese Fälle zumeist gar nicht gesucht, auch aus der vorher vorhandenen Litteratur nur sehr wenig, gewöhnlich aber gar nicht gekannt, sich durch ihre Natur der unbefangenen Untersuchung von selbst aufgedrängt haben. Denn wenn auch die Lauterkeit unserer Bestrebungen trotz aller Gegnerschaft unantastbar dastehen muss, so müssen wir jedoch gestehen, dass auch wir nur zu häufig dem allgemeinen menschlichen Irren preisgegeben sind, welches nicht sieht, was man nicht kennt und häufig sieht, was man eben sucht und nicht was ist.

Ueber die Erkrankungen der intraparenchymatösen Venen sind hier nur einige der älteren Fälle erwähnt worden, da es überhaupt nicht in dem Plane der dargebotenen Arbeit gelegen ist, über dieses noch sehr dunkle Gebiet weitläufige Betrachtungen anzustellen, und nur mehr auf die besser erkannte, wenn auch nur sehr wenig bekannte Erkrankung der extraparenchymatösen Venen Rücksicht genommen worden ist. Gänzlich ausgeschlossen sind hier selbstverständlich alle die ziemlich zahlreichen Fälle von Erkrankung der Venen, in denen die Autoren selbst über die syphilitische Natur derselben im Zweifel waren; so beobachteten erst neulich Paul Gastou und Gustave Keim²⁾ in der Klinik von Alfred Fournier

1) Ricord, Ph. *Traité complet des maladies vénériennes*. Paris, 1863, 4^o, p. 205 u. 66 Taf. — Zuerst Paris 1842—1851.

2) Gastou, P. et G. Keim. *Néphrite albumineuse; phlébite double; ulcérations ecthymateuses des jambes; gangrène symétrique superficielle des orteils, survenus après une pneumonie; rétrécissement mitral; néphropathie familiale héréditaire*. — In: *Annales de dermat. et de syph.*, Paris, 1896, 3. Sér. VII., p. 56.

einen Fall bei einem 18jährigen Mädchen, bei welchem nach allerlei Antecedentien und unter dunkeln hereditären Belastungen ausser den im Titel theilweise angeführten Erscheinungen noch Oedem, juckende Excoriationen, Geschwüre und Phlebitis an beiden Beinen aufgetreten waren, die Diagnose auf Syphilis aber nicht mit Bestimmtheit gestellt werden konnte.

Auch sind hier alle diejenigen Fälle nicht verzeichnet worden, in welchen die syphilitische Erkrankung der Venen sekundär entstanden, d. i. von den ihnen anliegenden Geweben oder Nachbarorganen ausgegangen ist; wie z. B. die von Edwin Klebs (Handbuch der pathologischen Anatomie I, 1. Abth. p. 447) beobachtete ringförmige Verengung der Pfortader von einem Gumma in der Furche für die Vena cava ausgehend.

Ebenso fehlen hier eine, wenn auch nicht lange Reihe von allgemeinen Darstellungen und Aussprüchen, die nur aus zahlreichen Befunden von Venen-Syphilis hervorgegangen sein können; jedoch wird in einigen späteren Capiteln auf etliche solche Aussprüche hingewiesen werden müssen.

Die nun in chronologischer Reihenfolge vorzuführenden Fälle sind, wenn auch manchmal in der Beschreibung etwas oder auch mehr gekürzt, so doch stets mit den eigenen Worten des betreffenden Autors, Uebersetzers oder Referenten wiedergegeben.

Franz Dittrich,¹⁾

dem wir das Wiederauffinden der Visceralsyphilis in Oesterreich-Deutschland verdanken, und der gegen Karl Rokitsansky den Zusammenhang der Entstehung von Lebernarben aus obliterirten Pfortaderästen, wenigstens als gewöhnliches Vorkommen, in Abrede stellte; notirt auch einige hierher gehörige Fälle unter seinen, leider meistens allzu knappen Obductionsberichten:

1) Eine 52jährige Wirthschaftsbesitzersfrau: Abmagerung. Allgemeiner Hydrops. Erysipel der unteren Extremitäten. Dünn-

1) Dittrich F. Der syphilitische Krankheitsprozess in der Leber. — In: Vierteljahresschrift für prakt. Heilkunde, Prag, 1849, XXI, p. 1—34; die Fortsetzung zu diesem Artikel, ebenda 1850, XXVI, p. 33—54, enthält keine einschlägigen Fälle.

flüssiges wässeriges Blut. Intensiver Bronchialkatarrh. An der hinteren Wand des Pharynx und nahe dem geschrumpften Zäpfchen zwei seichte, strahlige Narben mit Verdichtung des submucösen Zellstoffs. Schwarze Pigmentirung der Schleimhaut des Dickdarms und Magens. Speckmilz, in derselben eine gelbe, keilförmige, derbe, zähe Faserstoffablagerung. Atrophirte granulirte Nieren. Am äusseren Muttermunde eine quere, tiefe Narbe mit wulstiger Hervortreibung beider Lippen. Die Leber mit dem Zwerchfell, Kolon und Duodenum durch gespannte, zarte und dicke Membranen verwachsen; der rechte Lappen geschrumpft, so dass von demselben bloss gegen die Gallenblase zu ein dickes, wulstiges Stück übrig erschien, während der andere Theil in ein Narbengewebe verwandelt war; gegen die Grenze des linken Lappens, der an Grösse dem normalen rechten Lappen gleich kam, fanden sich innerhalb des fibroiden Callus unregelmässige, zackige, weissliche, zähe, derbe Exsudatreste. Der grösste Theil der *Pfortaderzweige des rechten Lappens obsolescirt*, die des linken erweitert.

2) Ein 41jähriges Weib. Abmagerung. Hydrops. Tiefe Narben in verschiedener Richtung sich kreuzend an der inneren Fläche des rechten Oberschenkels. Syphilitische Caries des linken Seitenwandbeines und des Hinterhauptbeines, durch die Haut nach aussen dringend, stellenweise der Knochen nekrosirt, stellenweise bereits narbig. An der inneren Fläche des Hinterhauptbeins ein eiteriges Exsudat über der Dura mater. *Eiterige Phlebitis des rechten Querblutleiters*. Tuberculose des Uterus und der Fallopischen Tuben. Die kleine, allseitig mit dem Zwerchfell verwachsene Leber zeigte oberflächliche, seichte und tiefe strahlige Narben mit blassgelblichen, zähen, schlaffen Exsudatresten.

3) Ein 33jähriger Tagelöhner. Abmagerung. In der rechten Leistengegend eine tiefe Bubonennarbe. Syphilitische Knochennarben am Stirnbein. Strahlige Narben am Schlundkopf; völlig narbige Obsolescenz des Gaumens; Verlust des Zäpfchens. Der Eingang in die Choanen für eine Federspule durchgängig. *Phlebitis des grossen Sichel- und des linken Querblutleiters*. Croupöse Pneumonie beider Lungen. Acuter Dickdarmkatarrh. Die allseitig verwachsene, fettige Muskatnussleber zeigte in tiefen, mächtigen Narben derbe, zähe, zerklüftete Exsudatreste.

4) Eine 31jährige Tagelöhnerin. Abmagerung. Fahle Haut. Syphilitische Geschwüre und Narben in der Haut und in den Knochen des Schädels. Caries mit Nekrose des Zungenbeins. Syphilitische Geschwüre und Narben des Schlundkopfes. *Phlebitis der linken Schenkelvene*. Eiterige Pericarditis und linksseitige Gonitis. Blennorrhoe des Uterus. Akuter Dickdarmkatarrh. Haemorrhagische Erosionen des Magens. Im rechten Leberlappen, der mit dem Zwerch-

fell innig verlöthet war, eingeschlossen in einem fibroiden Exsudatcallus bis haselnussgrosse, weissgelbliche, lederartige, zähe Exsudatreste.

Noch sind zwei Fälle, einer mit Entzündung des Stammes und der grösseren Aeste der Pfortader, der andere mit *Phlebitis der beiden Schenkelvenen* neben syphilitischen Veränderungen der Leber angeführt, doch lässt es Dittrich selbst unentschieden, was von diesen und den anderen begleitenden Erscheinungen der Syphilis und den neben- oder nachverlaufenden Dyskrasien (Tuberkulose, Krebs) zugehört.

Rudolf Virchow.¹⁾

1) Dienstmädchen, 22 Jahre alt. Syphilis von 3½ Jahren. Verdächtiges Exanthem. Bronchopneumonie. Typhus. Tod. Entzündliche Atrophie der Schädelknochen. Abgelaufene partielle Peritonitis. Narben des Cervicalkanals mit Leukorrhoe. Knotige Bronchopneumonie. Gallenstein mit Hydrops cystidis felleae. An der *Arteria pulmonalis* dicht über der Reibungslinie der Klappen *ein kleines, hartes, bläuliches Knötchen*. Alter Cysticercus im Corpus striatum. — Bezüglich des „Knötchens“ ist an anderer Stelle bemerkt: „Ob der sonderbare Nodulus auf der Wand der Lungenarterie ein syphilitisches Condylom war, muss ich unentschieden lassen.“

2) Ziemlich fette Witwe in mittleren Jahren, starb unter grosser Dyspnoe und Wassersucht. Autopsie: Abgelaufene Syphilis. Narbige Atresie der Choanen, teilweise Zerstörung der Epiglottis. Narben der Leber und Nieren. Gallensteine. Thrombose der Nierenvene. Indurirte Milz. Frische Pneumonie. Die Leber zeigte im Ganzen ein grosskörniges Muskatnuss-Aussehen: starke Röthung der Acini bei reichlicher, blassgelbweisser Fettinfiltration um die Portalgefässe. Das ganze Organ durch ausgedehnte, narbige Einziehungen verunstaltet; diese bildeten meist eine tiefe, fast trichterförmige Grube, gegen welche weisse Züge strahlig zusammenliefen. Auf der Oberfläche sassen eine Menge ganz kleiner, weisser, perlartiger Knötchen, wie sie sich auch in der Tiefe finden. Auf Durchschnitten erscheinen derbe, gefässarme *Narbenzüge von weisslichem Aussehen, gegen welche die grösseren Gefässe, namentlich die Venae hepaticae, angezogen und zuweilen eingebogen waren*. Nieren vergrössert, ihre Oberfläche weisslich gelb, leicht durchscheinend, mit einzelnen rothen oder braunen Punkten besetzt; rechts am convexen Rande,

1) Virchow, R. Ueber die Natur der constitutionell-syphilitischen Affectionen, Berlin, 1859, 8°, pp. 37, 39, 53 u. 57. — Sonderdruck aus dessen Archiv, Berlin 1858, XV.

links über eine grössere Strecke mit tiefen, gefässreichen, unregelmässigen Einsenkungen, welche auf dem Durchschnitte ein homogenes, fast speckiges, gelbes Gewebe mit braunrothen Punkten zeigten, das die Marksubstanz noch mit einem grossen Theile mit einnahm. *Sämmtliche Venen der Nieren mit grossen, festen, jedoch lose liegenden, fast rein weissen Thromben erfüllt*, die bis in die grösseren Stämme reichten.

3) Kutscher, 44 Jahre alt, starb, nachdem er wegen Hydrops, namentlich Ascites, behandelt und nach der Punktion der Bauchhöhle ein Leberkrebs diagnosticirt worden war. Die Section ergab: Entzündliche Atrophie, Hyperostose und Sklerose am Schädeldach, Gummata und Pachymeningitis. Pleuritis tuberculosa, alte Lungennarben. Ascites und Peritonitis. Hepatitis chronica gummosa. Indurirter Milztumor mit hämorrhagischen Narben. Atrophie der Nieren, Katarrh und Divertikel der Harnblase. Schwellung der Lymphdrüsen. — Netz zurückgeschlagen, der Leber, dem Magen und der Gallenblase adhärent, schwielig, dick und roth. Pfortader normal. Leber in ihrem ganzen Umfange, besonders gegen die Nebennieren hin, vielfach verwachsen, etwas klein, namentlich am rechten Lappen und gegen das obere Ende des Aufhängebandes, links dagegen in der Dicke und Höhe etwas vergrössert. Ihre Oberfläche zeigte eine Menge grosser und feiner Höcker, durch strahlige von dem Aufhängeband gegen die Pforte ziehende Narbenstreifen abgetheilt. Die Verfolgung der letzteren zeigte, dass sowohl im Umfange der *Pfortader, als der Lebervene schwielige Lager fortliefen*, durch welche die Gefässe verengt, ihre Häute gewulstet und namentlich quergefaltet waren. Auch die Gallengänge sehr eng; in ihnen, sowie in der Gallenblase eine sehr helle Galle mit schwärzlichem Gries und braunen, weichen Massen (Epithel, Pigment, concentrisch geschichtete Steinchen). Das noch übrige Leberparenchym schlaff und weich, aus blassen, (acinösen) und rothen (atrophischen und oedematösen) Stellen abwechselnd zusammengesetzt. Am rechten Rande das Gewebe in grösserer Ausdehnung atrophisch, röthlich, von dicken, weissen Balkenzügen durchsetzt, welche in kleine, gelbe Flecken auslaufen. Zum Theil hier, zum Theil an der Oberfläche einige bis kirschkerngrosse und eine Reihe kleinerer, gelbweisser, trockener, fester, rundlich-eckiger Knoten, eingeschlossen in das schwielige, weissliche Narbengewebe.

G. P. Girdwood.¹⁾

1) Im Herbst 1857 zog sich ein Herr einen ganz oberflächlichen Schanker zu, welcher in einigen Tagen heilte. Nach drei

1) Girdwood, G. P. On three cases of phlebitis occurring in patients affected with the syphilitic poison. — In: Lancet, London, 1860, I, Nr. 25 vom 23. Juni; Ref. aus: Schmidt's Jahrbücher, Leipzig, 1860, CVIII. p. 41.

Wochen trat ein Syphilid, dann eine Fissur am After und später Ulcerationen im Munde und Rachen auf. Nachdem Patient drei Monate in Behandlung gestanden, zeigte sich plötzlich ohne bekannte Veranlassung eine *Entzündung der Vena saphena major* am linken Unterschenkel. Einreibungen mit Ung. hydrarg. cin. längs des entzündeten Stranges brachten die Entzündung in einigen Tagen zum Weichen; doch erschien nun die Entzündung in der Vena saphena des rechten Beines, wurde indessen auf gleiche Weise bald beseitigt.

2) Ein Soldat hatte sich ein kleines oberflächliches syphilitisches Geschwür zugezogen, welches in wenigen Tagen heilte. Zwei Monate später, im Jänner 1859, trat plötzlich ohne bekannte veranlassende Ursache eine *Entzündung der linken Vena saphena magna* auf, nach deren Beseitigung die rechte Vena saphena ergriffen wurde. Kurze Zeit nach der Phlebitis zeigte sich ein kupferfarbener Hautausschlag.

3) Im Jänner 1860 erhielt der Verfasser einen Mann zur Behandlung, bei welchem drei Wochen nach einem kleinen oberflächlichen Geschwür ein Syphilid in Begleitung von einer *Entzündung der linken Vena saphena magna* auftrat. Wie in beiden vorigen Fällen wurde nach Beseitigung der Venen-Entzündung linkerseits die rechte Vena saphena ergriffen.

Th. Pleischl und Jul. Klob¹⁾

veröffentlichten drei Fälle von Visceralsyphilis aus der Klinik von Oppolzer, von denen jedoch nur der erste hierher gehört.

Eine 28jährige, ledige Handarbeiterin zeigt folgenden „Gesamtbefund: Abgelaufene, gummöse Leberentzündung, Kompression der Lungen durch beiderseitigen Hydrothorax, Amyloid-Degeneration beider Nieren mit Cystenbildung, alte Narben an den Genitalien, allgemeine Wassersucht. Constitutionelle Syphilis.“ Der Leberbefund, welcher die zahlreichen Gummata conform mit Franz Dittrich u. A. noch in separate Kapseln eingeschlossen schildert, hebt ebenfalls entgegen Rokitansky hervor, „dass sich bei der genauesten Untersuchung kein Zusammenhang zwischen den Einziehungen des Organes mit den Gefässen nachweisen liess,“ dennoch heisst es weiter: „nur an einer Stelle war ein solcher *Fort-satz an eine grössere Pfortader-Verästelung* herangetreten, mit der Adventitia fest verwachsen und hatte die Wand etwas herausgezerrt. Die innere Fläche der Venenwand war jedoch an dieser Stelle vollkommen glatt und glänzend.“

1) Pleischl, Th. und Jul. Klob. Beiträge zur Pathologie der constitutionellen Syphilis. Wien, 1860, 8^o, p. 17. — Sonderdruck aus: Wiener med. Wochenschrift 1860.

Friedrich Theodor Frerichs¹⁾

hält den folgenden Fall „bemerkenwerth durch die Obliteration vieler Pfortaderäste und die hiervon abhängige Haemorrhagie der Darmschleimhaut, welche in Verbindung mit der vorgeschrittenen Nierendegeneration den unglücklichen Verlauf der Krankheit beschleunigte“:

1) Musikdirektorsfrau, 45 Jahre alt, war vom 4. bis 14. Dezember in meiner Klinik zu Breslau. Seit 1½ Jahren wiederholt Erbrechen, geschwollene Füße, viele Anfälle von Gesichtsröthe. Der klinische Befund lautet: Anhaltendes Erbrechen schleimiger Stoffe, Oedem der Füße, Albuminurie, syphilitische Narben auf der Stirn, indurirter Chanker an den Genitalien, im Umkreise des Rectums breite Condylome, blutige Darmausleerungen, Erschöpfung, am 14. Dez. Tod. Obduction 24. h. p. m. Lappung und Verhärtung der Leber durch syphilitische Narben, *Obliteration zahlreicher Pfortaderäste*, amyloide Degeneration der kleinen Milz und der Nieren, Haemorrhagie der Schleimhaut des Dün- und Dickdarmes.

Die Leber ist etwas vergrößert; durch zahlreiche Furchen, welche von der Oberfläche in die Tiefe dringen, ist sie in Lappen und Läppchen getheilt von Haselnuss- bis Hühnereigrösse. In den Furchen findet sich eine feste Bindegewebsmasse, welche an vielen Stellen auch zwischen die Acini eindringt und dem Parenchym ein cirrhotisches Gefüge verleiht; nur an einzelnen Stellen sieht man Zellen mit Amyloidstoffen von rother Reaction infiltrirt, meistens erschienen sie nur locker verbunden und farbstoff- oder fetthaltig. Als die *Pfortader von der Fossa hepatis aus in die Lebersubstanz* hinein verfolgt wurde, ergab sich, *dass ein grosser Theil ihrer Aeste oblitterirt war*; ihre Wandungen waren von den Bindegewebsmassen der zahlreichen Narbenzüge zusammengedrückt, ihre Lichtung theils durch feste Thromben, theils durch Verwachsung der Wände geschlossen. — Am linken Labium minus des Genitale ein langes indurirtes syphilitisches Geschwür; auf der benachbarten Cutis des Rectums Condylome.

Wenn hier die genitalen Erkrankungen nicht verkannt wurden, so hätten wir einen nicht ganz seltenen Fall von gleichzeitigen Früh- und Spätformen der Syphilis vor uns; auch an eine Reinfecio wäre zu denken, wenn man nicht annimmt, dass diese erst nach vollkommenem Ablauf der ersten Erkrankung erfolgen kann. Unter den 17 Fällen von

1) Frerichs, F. Th. Klinik der Leberkrankheiten. Zweite verbesserte Auflage. Braunschweig, 1861, 8°, II, pp. 72 u. 160.

Lebersyphilis, die Frerichs bis 1858 beobachtete, fand sich ausser dem erwähnten auch noch der folgende:

2) Ein 42jähriges wiederholt an Syphilis behandeltes Frauenzimmer kam zwei Tage vor ihrem Tode zur Aufnahme. Klinischer Befund: Constitutionelle Syphilis, systolisches Blasen an der Herzspitze, Dyspnoë, Cyanose, grosse Milz, prominirende höckrige Leber, Albuminurie, allgemeine Wassersucht, einige Minuten lange allgemeine Convulsionen, Tod. Obduction 18 h. p. m. Insufficienz der Mitralklappen, speckige Degeneration der Leber, Milz und Nieren; Narbenbildung und cirrhotische Degeneration der Leber. *Obliteration eines Theiles der Pfortaderäste*, bedeutende Zunahme der weissen Blutkörperchen in der Vena portae und den Ven. hepaticis.

Die Leber (als Prototyp einer syphilitischen Leber im Text abgebildet) wog 2.20 Kilogrm.; ihr rechter Lappen bedeutend vergrössert und mit narbigen Einziehungen bedeckt, welche Knollen von Haselnuss- bis Hühnereigrösse umschreiben, stellenweise grobkörnig granulirt; der linke Lappen ist zu einem kurzen, lederartig zähen, körnigen Anhang eingeschrumpft. Auf der Schnittfläche der Drüse sieht man theils breite, theils schmalere Bindegewebsstreifen, welche das wachsglänzende gelbe Parenchym hier in kleinere, dort in grössere Inseln theilen und dem Ganzen eine derbe feste Consistenz geben. Die Pfortader zeigt eine anscheinlich verdickte Scheide, das Blut in derselben enthält nahezu eben so viele weisse als rothe Körperchen, auch das Blut der Ven. hepaticae ist an ersteren reich; *die grösseren Aeste der V. portae sind stellenweise winkelig verengt*, die feineren enthalten zum Theil schmutzig braune ältere Blutgerinnsel, *zum Theil sind sie obliterirt*. Die Lymphdrüsen der Porta hepatis sind vergrössert und speckglänzend. Am Scheideneingange syphilitische Narben.

Anton Biermer¹⁾

beschreibt zwei einschlägige, sorgfältig beobachtete Fälle sehr ausführlich und legt auch dem ersten Fall eine besonders instructive Tafel zur syphilitischen (gummösen) Erkrankung der Leber in Stahlstich und Farbendruck bei.

1) Eine 41jährige verwitwete Landarbeiterin wird von anderen Leuten seit einem Jahre auf ihre dunkelgelbe Hautfarbe aufmerksam gemacht, war matt, abgeschlagen, appetitlos und fröstelte; kam dann damit und mit Schmerzen in der Lebergegend und im rechten Arm, Tumor im Unterleib u. dgl. in das Hôpital Pourtalès in Neu-

1) Biermer. Ueber Syphilis der Leber und Milz. — In: Schweiz. Zeitschrift für Heilkunde, Bern, 1861, I. p. 119—155 u. 2 Tafeln.

châtel und darauf in das Insepsital in Bern. Die Hauptsymptome, welche Biermer innerhalb vier Wochen wahrnahm, waren: Ikterus, Kolikschmerzen, Abmagerung, Vergrösserung und höckerige Beschaffenheit des linken Leberlappens, Schmerzhaftigkeit im rechten Hypochondrium, dünne Stühle, zeitweise heftiger Kopfschmerz und Schwindel, kleinhaselnussgrosse Knochenhautanschwellung am linken Vorderkopf, Ausbruch von Raserei, klonische Zuckungen der Extremitätenmuskeln, Stupor, Anaesthesie, Tod. Obwohl beim Auftreten der Knochengeschwulst der Verdacht auf Syphilis rege, eine mässige Schwellung der Hals- und Inguinaldrüsen gefunden, von der Kranken frühere Schmerzen im Schienbein zugegeben wurden, stellte man die Diagnose dennoch auf Leberkrebs. Erst die Autopsie ergab exquisite Lebersyphilis, Milzhypertrophie, Tophus und Caries sicca des linken Stirnbeines, erbsengrosse, ältere Ulceration im Larynx und einige hanfkorn-grosse im Pharynx. Aus dem eingehenden Befund interessiert hier besonders:

Züge von Fasergewebe liessen sich längs der Hauptverästelungen der Pfortader und der Gallengänge verfolgen. Im rechten Leberlappen zeigten sich die Pfortaderäste weit mehr als die Verzweigungen der Gallengänge beschränkt; einzelne der peripherischen Pfortaderäste waren sogar obliterirt. Im linken und rechten Leberlappen fanden sich an der Peripherie und im Innern des Parenchyms sehr vereinzelte kleinere und grössere, linsen- bis kirsch-kern-grosse, gelbliche weisse Knoten. Fast in jeder dieser Geschwülste liessen sich ein oder mehrere obliterirte Gallengefässe nachweisen, und waren als Gummata zu qualificiren. Eine der grösseren Gummigeschwülste wurde noch genauer auf das Verhalten der umgebenden Pfortaderäste und auf die Geschwulstverhältnisse des anstossenden Parenchyms überhaupt untersucht. Die grösseren Pfortaderäste der Umgebung zeigten sich weder in ihrem Lumen verändert noch obliterirt, dagegen war es nicht schwer, in den kleinen Pfortaderzweigen, die das zur Untersuchung verwendete Gumma umgaben, *Obliterationen und vollständige Verschluss des Lumens* durch das umgebende retrahirte Bindegewebe nachzuweisen. An einigen Stellen fand sich Verschluss der Pfortaderäste durch Thrombose; ganz kleine, dichte, feste Thromben sassen hier im Lumen der Gefässe. Blutkrystalle waren in den Thromben nicht nachzuweisen.

Die oberflächlichen Inguinaldrüsen und die Cubitaldrüsen zeigten sich auf dem Durchschnitt speckig, graugelb und liessen das ursprüngliche Gewebe kaum mehr erkennen. In Innern der Inguinaldrüsen finden sich einzelne kleine Ecchymosen; im Uebrigen waren die Maschen des Parenchyms gleichmässig von einer molekulären, gelben, nekrotisirenden Exsudatmasse durchsetzt.

2) Spinnerin, Witwe, 46 Jahre alt, läugnet, wie die vorige, jede syphilitische Infection, doch ist anamnestisch erhoben, dass vor

ungefähr fünf Jahren die ersten Spuren eines pustulösen ulcerirenden Ausschlages mit bräunlich gefärbter Basis im Gesicht und an den unteren Extremitäten aufgetreten waren, und das letzte ihrer sechs Kinder vor drei Jahren einen Ausschlag mit auf die Welt brachte und schon nach drei Wochen starb. Seit dem 16. Lebensjahre der Kranken waren mehrmals acuter Gelenkrheumatismus, einmal Ileotyphus und zweimal linksseitige Pneumonie der jüngsten Erkrankung vorangegangen. Die klinische Diagnose lautete: Ulcerirendes Syphilid (Ecthyma), Tuberculose der Lungen mit einer grossen Caverne im linken Lungenapex, alter endocarditischer Process an der Mitralis ohne grosse Beeinträchtigung der Schliessungsfähigkeit der Klappe, secundäre, nicht näher zu bestimmende Veränderungen an Leber und Nieren (Nephritis?), Hydrops universalis. Die Autopsie ergab: Constitutionelle Syphilis, ulceröses Syphilid an der Stirn und Lendengegend, Hydrops, Myocarditis, linksseitige Tuberculose und cirrhotische Induration der Lunge, Syphilis der Leber, der Milz und des Schädels, Amyloid der Nieren.

An zwei Stellen der Leber lassen sich *in Bindegewebsmassen obliterirte Pfortaderäste* und Gallengänge nachweisen. Die Vena portae zeigt sich in ihrem Lumen nicht beschränkt; nur einzelne feinere Zweige derselben lassen sich auch mit der feinsten Sonde nicht weiter verfolgen; sie verlieren sich als dichte, solide Stränge in den interstitiellen Bindegewebswucherungen. Sowohl in der Peripherie als im Inneren der Leber finden sich vereinzelte, kirsch kern- bis kleinhaselnussgrosse, vom Leberparenchym durch ihre weissgelbe Farbe scharf abstechende Geschwülste, die das gummaartige Aussehen darbieten. Nur in einem dieser Tumoren lässt sich ein deutliches Bindegewebsstroma mit zahlreichen Kernen und Fettkörnchen, nebst einem im Centrum eingeschlossenen Gallengange nachweisen; in den übrigen Tumoren finden sich atrophische Kerne, unregelmässig gezackte, verschrumpfte Körperchen, Fettkörnchen und molekulärer Detritus; von eingeschlossenen Gefässen und Gallengängen keine Spur. Die Inguinaldrüsen derb, fest, etwas vergrössert, auf dem Durchschnitt speckartig, graugelb gefärbt; die Cubitaldrüse nicht vergrössert. Auch dieser typische Fall von Lebersyphilis ist auf einer Tafel veranschaulicht, nur nicht in denselben Dimensionen und kunstvollen Ausführungen wie der vorige.

Demetrius Alexander Zambaco.¹⁾

Observation. Tumeurs syphilitiques gommeuses des méninges. Épanchement gommeux dans la substance cérébrale. Nécrose des os; attaques épileptiformes. Hémiplegie incomplète.

1) Zambaco, D. A. Des affections nerveuses syphilitiques. Paris, 1862, 8^o, p. 480.

É. de R., 47 ans, sans profession, entre, le 8 novembre 1856, à l'hôpital Lariboisière, service de M. Hérard Le 26. nouvelle attaque d'un quart d'heure, pendant laquelle R. a remué ses membres paralyés; pouls toujours à 72 environ. Le 28, coma profond, dont on ne peut la tirer. Le 30, même état. Le 1^{er} décembre, coma complet, un peu de contracture du bras droit, mais cédant aux mouvements qu'on lui imprime; légers spasmes erratiques; pupilles insensibles à la lumière; les paupières restent fermées; pouls à 130; carphologie. Mort.

Autopsie: La perte de substance des os du crâne s'étend à une petite profondeur; elle est remplie par une substance jaune, friable, ressemblant à de la sciure de bois; le tissu osseux du pourtour et du fond de cette solution de continuité est éburné. A la face interne des os et à la partie correspondante à cette perte de substance, on trouve trois petites concrétions, osseuses, rugueuses et saillantes. La dure-mère a une teinte rougeâtre au niveau de la lésion osseuse: c'est comme s'il y avait, sous elle, un épanchement. Les méninges adhèrent entre elles. Au niveau de la lésion osseuse se trouvent, de chaque côté, deux masses de la largeur d'une pièce de 5 centimes, formées par une substance jaune très-dure déposée à la surface interne de la dure-mère sur laquelle elles font saillie. Elles dépriment les autres méninges vers la substance du cerveau, où ces tumeurs se logent, sans pénétrer. La pie-mère est congestionnée. L'hémisphère droit du cerveau ne présente aucune altération; mais, dans l'épaisseur des circonvolutions qui bordent la scissure de Sylvius, et au milieu de la longueur de cette dernière, on trouve une substance qui, à l'oeil nu, paraît être formée de pus concret, et qui ne dépasse pas les limites de la substance grise; cette matière s'étend sur plusieurs circonvolutions voisines; elle est d'un gris verdâtre. Sa surface de section est lisse, sa consistance supérieure à celle de la substance corticale environnante, qui est un peu molle et injectée. Vers le milieu du sinus longitudinal supérieur, le toucher fait sentir un épaississement très-prononcé. On dirait que ce sinus est rempli par un caillot fibrineux dense; l'incision fait voir qu'il s'est déposé dans le sinus une matière en tout analogue à celle des tumeurs mentionnées plus haut; de sorte que *ce sinus est complètement oblitéré dans* une étendue de 2 centimètres. Le corps calleux, les couches optiques et les corps striés sont à l'état normal. Rien dans le bulbe, ni dans la protubérance; rien de remarquable non plus dans les autres organes. Au microscope, nulle part il n'y a de pus, mais partout les éléments fibroplastiques des tumeurs gommeuses, tels que les micrographes les décrivent.

Carl Otto Weber ¹⁾

legte der Niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Bonn Präparate eines an sekundärer Syphilis verstorbenen Mädchens vor, welches wiederholt wegen sekundärer Syphilis, zuletzt wegen syphilitischer Geschwüre des Schädels, behandelt worden und nach wiederholtem Blutsputten an Blutsturz und Lungenapoplexie gestorben war.

Die Section zeigte theils unter unversehrter, theils unter ver-
narbter Haut ausgedehnte und sehr charakteristische Veränderungen
der Schädelknochen, die im Centrum Porosität des Knochens mit
gummöser Bindegewebswucherung, an der Peripherie einen hyperos-
totischen Wall wahrnehmen liessen. In der Leber fanden sich diffuse,
zum Theil narbenähnliche, zum Theil frischere Bindegewebswuche-
rungen an der Oberfläche und an der unteren Fläche des rechten
Lappens, dicht neben dem Ductus cysticus, ein hühnereigrosser,
höckeriger, derber, einem Markschwamme ähnlicher Knoten, in
dessen Umgebung das Lebergewebe erweiterte Gefässe zeigte und
daher dunkelroth und gleichsam cavernös erschien; während der
Knoten selbst auf seiner Schnittfläche gegen die saftreichere,
weichere und von feinen Gefässchen durchzogene Peripherie hin
bläulich, einem derben Sarkom ähnlich, in der Mitte dagegen mehr
knorpelähnlich, ganz im Inneren derb und käsig trocken war. Die
mikroskopische Untersuchung ergab Granulationsgewebe in ver-
schiedenen Stadien der Entwicklung mit käsiger Metamorphose
im Inneren, theils ovale, theils pyoide oder mehr jungen Binde-
gewebszellen gleichende, von wenig Protoplasma umgebene Zellen
und reiche Gefässentwicklung in den jüngern Theilen der Ge-
schwulst.

Beide Lungen waren durchaus frei von Tuberkeln, aber auf
das Dichteste von kleinen bis bohngrossen, jedoch weichen und
frischen Blutaustritten durchsetzt; der mittlere und untere Lappen
der rechten Lunge waren von frisch ergossenem Blute vollkommen
infiltrirt und deshalb sehr voluminös; auch die Bronchien beider
Lungen waren mit Blut erfüllt. Als Ursache dieser Blutergüsse
erwies sich eine über einen Zoll lange, sehr bedeutende *Stenose*
der Arteria pulmonalis dextra. An der stenosirten Stelle ragte
eine $\frac{3}{4}$ Zoll lange und $2\frac{1}{2}$ Linien dicke ovale Neubildung in Form
eines bohngrossen Knotens in das Lumen des Gefässes hinein,
so dass von demselben nur ein sehr kleiner spaltähnlicher Raum

1) Weber, C. O. Der Fall findet sich in: Sitzungs-Berichte der
Niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde 1863, XX (Neue
Folge X), Med. Section p. 171; hier ist ein Referat in: Schmidt's Jahr-
bücher 1864, CXXIII, p. 180 benützt.

frei blieb. Dieser Knoten von der unversehrten Intima bedeckt, war aus der Media hervorgegangen, erschien auf der Schnittfläche gallertartig weich, von der Consistenz eines Myxom und zeigte dieselbe Textur, wie die peripherischen Theile der grossen Geschwulst in der Leber (Granulationsgewebe). Die neugebildeten Zellen waren aus Hyperplasie der bindegewebigen Elemente der Media hervorgegangen; ausserdem erschien die letztere noch auf eine weite Strecke in die Lungen hinein verdickt, so dass das Lumen des Gefässes noch weithin erheblich verengert war; während die übrigen Aeste der Lungenarterie keine Abweichungen zeigten.

Dieser Fall von der noch kaum gekannten syphilitischen Neubildung der Arterienhäute bietet noch besonderes Interesse dadurch, dass die begleitenden Symptome, namentlich das Blutspucken, die Annahme einer Tuberkulose bedingt hatten, und Verfasser hebt hierbei die Möglichkeit hervor, dass in Fällen, wo man während des Lebens Tuberkulose vermuthete und dieselbe bei syphilitischem Marasmus voraussetzen zu dürfen glaubte, häufiger ähnliche Zustände die Ursache des Bluthustens, der Kurzathmigkeit u. s. w. gewesen seien.

Friedrich Wilhelm Felix von Baerensprung¹⁾

hat in vier Fällen das Verhalten der *Gefässe der Leber, Neben-Nieren und Lunge* an den Leichen von hereditär-syphilitischen Kindern untersuchen lassen, wobei denn auch die Bindegewebs-Wucherungen und ihre Metamorphosen in der Umgebung dieser Gefässe constatirt wurden; da jedoch hierbei immer nur von Blutgefässen oder auch nur von Gefässen glattweg die Rede ist, so bleibt wohl die allgemein bekannte Schrift auch für die Entwicklung der gegenwärtigen Frage sehr bemerkenswerth, wenn auch die diesbezüglichen Untersuchungen sich eben nicht für die Casuistik der Venensyphilis verwerthen sassen. Zu den Untersuchungen und Tafeln bemerkt Baerensprung: „Indem ich die grosse Exactheit der bildlichen Darstellungen des Dr. Seebeck vollkommen und dankbar anerkenne, kann ich doch nicht umhin, von seiner Auffassung, die ganz die Virchow'sche ist, abzuweichen. Ich glaube nicht, dass eine Neubildung, auch wenn sie ganz dem Ent-

1) Baerensprung, F. v. Die hereditäre Syphilis. Berlin, 1864, 8°, p. 196 u. 7 Tafeln. — Vgl. die Fälle 15, 23, 34 u. 52 sowie die zugehörigen Tafeln.

wicklungstypus der Binde-substanzen folgt, mit denselben identificirt werden dürfe, sobald sie nicht mehr den physiologischen Zweck, andere Gewebe zu verbinden, erfüllt. Der in Form zahlreicher miliarer Herde auftretende feinkörnige und wohl nicht bloß fettige Zerfall ist eigenthümlich genug und den einfachen Bindegewebsbildungen sonst nicht eigen. Von dem Vorhandensein einer Inter-cellularsubstanz habe ich mich in diesen und ähnlichen Neubildungen niemals überzeugen können; was man dafür gehalten hat, beruht vielmehr auf einem Aufquellen der Zellen.“

Diego Coco.¹⁾

Der Fall, in der Klinik des Professor Salvatore Tommasi in Neapel beobachtet, betrifft zwar eine durch vergrößerte Lymphdrüsen bedingte Thrombose der Pfortader; da jedoch das ganze Krankheitsbild von dieser ausging, so durfte dieser instructive Fall hier um so weniger ausgeschlossen werden, als ja die Litteratur über solche Fälle jedenfalls nicht reich ist.

Br., Mutter von 12 Kindern, von denen 6 noch leben, während die übrigen 6 theils todtgeboren, theils frühzeitig gestorben sind, zog sich vor 18 Jahren ein syphilitisches Geschwür zu und bekam bald darauf eine allgemeine Hauteruption, welche sich auf das inzwischen geborene Kind übertrug. Nach einer eingreifenden Kur zeigten sich keine weiteren Spuren von Syphilis. Bei der vorletzten Schwangerschaft vor 8 Jahren Uebelbefinden und Anorexie; bei der letzten vor 5 Jahren hochgradige Magenbeschwerden und Dyspepsie. Seit 4 Jahren völlig schmerzlose Schwellung der Leber, Kopfschmerzen und icterische Hautfärbung. Seit Ostern 1864 häufige Verdauungs-Beschwerden, oft leichtes Fieber; dann allgemeine Schwäche und Hinfälligkeit. Bei der Aufnahme am 14. Februar 1865: Icterus, Puls 108, Temperatur normal, Lungen wenig abnorm; die Leber beträchtlich vergrößert; ihr unterer Rand deutlich fühlbar und unregelmässig gezackt, der linke Lappen bedeckte den Magen, der rechte ging bis zur Spina ilei ant. sup. herab, die Vorderfläche zeigte deutlich fühlbare Knoten. Die Milz hart, vergrößert.

1) C o c c o, D. (Syphilitische Hepatitis mit Pylethrombose.) In: Il Morgagni, Napoli, 1865, VII, p. 340—356; Ref. in: Schmidt's Jahrbücher, 1865, CXXVIII, p. 301.

Geringer Ascites mit undeutlicher Fluctuation. Urin sparsam, deutliche Gallenreaktion, ohne Eiweiss; der Stuhl hart, farblos, fast kreideähnlich. Die Verdauungsstörungen, der Ascites und der Icterus nehmen rasch zu. Am 20. Februar traten unter Frost und Hitze Schmerzen in der Lebergegend auf; am 22. zeigte sich Oedem an den unteren Extremitäten, der Icterus sehr intensiv, die Conjunctiva grünlich. Der Auswurf schleimig und blutig, zeigte unter dem Mikroskope elastische Fasern und zerstörte Alveolen, Blutkörperchen und Fetttropfen. Am 1. März alle Beschwerden, besonders der Ascites sehr gesteigert, Urin eiweisshaltig. Die Angst war so gestiegen, dass am folgenden Tage auf dringendes Verlangen der Kranken die Punction des Ascites vorgenommen wurde; dieselbe entleerte 15 1/2 Liter schwach gelblicher, seröser Flüssigkeit mit Gehalt von Eiweiss und Gallenpigment (Cholecyanin). Bald stellten sich profuse Diarrhöen und Nasenbluten ein; die Schmerzen im Unterleib wurden ebenfalls wieder heftiger; der Ascites nahm rasch wieder zu und unter schneller Abnahme der Kräfte erfolgte der Tod am 3. März.

Die Section ergab keinen Krebs, wie diagnosticirt worden war, sondern syphilitische Veränderungen der Leber. Die Haut icterisch, der Leib aufgetrieben, die unteren Extremitäten geschwollen. Im Pharynx eine deutliche Narbe rechts am Zäpfchen. In den Pleurahöhlen je ein Liter, im Pericardium zwei Liter, in der Bauchhöhle 20 Liter gelbes Serum. Lungen blutreich, in den unteren Lappen carnificirt; die linke Lungenspitze narbig eingezogen, reichlich pigmentirt und mit einzelnen Tuberkeln durchsetzt; in der rechten Lungenspitze eine taubeneigrosse Caverne. Herz normal. Leber um das doppelte vergrössert; die Oberfläche braungelb mit grösseren und kleinen Körnern dicht besäet, der Leberrand durch Narbenschumpfung verunstaltet und in Lappen getheilt; die Durchschnittsfläche gelbbraun und mit kleinen Granulationen besetzt; der linke Lappen war um das Dreifache vergrössert, das Parenchym gleichfalls granulirt und sehr hart. Die Vena portae war in der Leberinsel verstopft durch einen Thrombus in regressiver Metamorphose; welcher aus einem Gemisch von Blutgerinnsel und Detritus bestand und schmierig, rothbraun erschien. Zwei Zoll von der Leber entfernt, wo dieses Gerinnsel aufhörte, waren die Pfortader und der Ductus choledochus von tauben- bis hühnereigrossen geschwollenen Drüsen comprimirt; auch die übrigen Mesenterialdrüsen waren geschwollen. Die Därme durch Exsudat verklebt und stellenweise mit kleinen Haemorrhagien bedeckt. Milz 6 Zoll lang, 3 hoch und 1 1/2 dick, die Kapsel geschrumpft und gefaltet. Die Nieren vergrössert, blutreich, sonst normal.

Emanuel Fredrik Hagbarth Winge¹⁾

hat im Laufe von vier Jahren 440 Leichen im Reichshospital zu Christiania obducirt; darunter fanden sich 38 mit erworbenener und 8 mit hereditärer Syphilis behaftet; von ersteren interessirt hier nur:

En 39aarig Mand, behandlet for 15 Aar siden for Syphilis med Merkur, siden rask indtil for 4 Aar siden, da han fik et udviklet apoplektisk Anfald med halvsidig Lamhed, der helbrededes fuldstaendig under Behandling med Jodkalium i 2—3 Uger. Senera frisk med Undtagelse af Palpitationer nu og da; 3 Uger før hans Død udviklede Symptomer af Hjertesygdom sig hurtigt, under Form af Angina pectoris. Ved Sektionen fandtes Aorta adscendens aneurismatisk udvidet, Aortaklapperne skrumpne og insufficiente, Muskulaturen i begge isaer venstre Ventrikel partielt fedtdegenereret og fibrøs, Hulerne dilaterede. Under Endocardium i begge Atrier, i det naermest Hjertet liggende Stykke af *V. cava sup. og paa den ydre konvekse Flade af Arcus aortae flere større og mindre Knuder*. Partielle Sammenvoxninger af Pericardiums Blade ved Basis. Lungeoedem, Muskatlever. I Hjernen foruden almindelig Anaemi og en grynet Fortykkelse af Ependyma med partiel Synechi af begge bagre Ventrikelhorn, intet Abnormt. — Svulsten paa Arcus aortae mandelstor, skarpt begraendset, intimt sammenhaengende med Adventitia, Snitfladen viser et fast, graahvidt, i Omkredsen noget rødligt injiceret, homogent Vaev, i hvis Midte sees en hvidgul, mere tør, fast Kjerne af en liden Aerts Størrelse. I høire Atrium og *V. cava* tilsammen 5 Svulster fra en Aerts til en Bønnes Størrelse, sammenhaengende med Endocardium og Intima, af graarøddlig i Midten hvidlig Farve, Snitfladen fast, graahvid eller renhvid, homogen ligesom glindsende, i Centrum af enkelte en tør gulhvid Kjerne. I venstre Atrium en Gruppe af noget større, men mindre fremspringende og mere gulflekkede Knuder, tilsammen i en Laengde af $1\frac{1}{4}$ Tomme, Bredde af 2 T., lingeovenfor Insertionen af forreste Mitralflig; Snitfladen som i de andre. Ved mikroskopisk Undersøgelse vise alle disse Svulster i udmaerket Tydelighed den af Virchow ved Gummiknuder beskrevne Struktur.

Auf einer beigegebenen Tafel sind das Aneurysma, die Gummata der Aorta, der Vena cava superior und des linken Atriums veranschaulicht.

1) Winge, E. F. H. Om de hos Syphilitiske iagttagne Forandringer i de indvendige Organer. Stockholm, 1865, 8°, p. 19 u. 1 Taf. — Sonderdruck aus: Forhandling. ved d. skandinav. Naturforsk. Moede i Stockholm 1863.

Derselbe Autor, bekannt mit den Untersuchungen von Frerichs, notirt bei einer ungefähr 7 monatlichen, evident hereditär syphilitischen Frucht, deren Mutter mit Syphilisation in Behandlung stand, folgenden Leberbefund:

Leveren . . . paa venstre Lap og lob. Spigellii var Dekolorationen flekket. Farven var overalt skarpt begraendset, dog saaledes at det naermest omliggende Normale viste endel hvide Spaetter. Midt i Dekolorationen saaes ispraengte smaa opake, hvidgule Punkter. *Vena porta*, *Arterien* og *Choledochus* indesluttede i en fast, fleskagtig Bindevaevsmasse, som forlaenger sig ind i Leveren langs Hovedgrenene af Kar og Galdegange, og i høire Lap ogsaa langs de mindre Grene, indtil den smelter sammen med den udvendig synlige Dekoloration. Lumina af *V. porta*, *V. hepatica*, *umbilic.* og *Duct. Arantii* fri, kun enkelte løse Koagler. I Galdeblaeren og Gangene en klar seig Slim uden Galdefarve. Saavel i den udvendige Dekolorationen som i Fortykkelsen af Caps. Glissonii fandtes en Bindevaevsnydannelse, Levercellerne i de hvide Partier atroferede; de opake Smaapunkter bestod af smaa runde Celler og Fedtdetritus.

Emanuel Aufrecht¹⁾

veröffentlicht in der seinem Lehrer Virchow gewidmeten Schrift 36 anatomische Diagnosen über Visceralsyphilis, deren Richtigkeit er auch aus den genau citirten Akten der Berliner Charité festgestellt hatte und darum den Lesern „dubitari non potest“ ausdrücklich versichern konnte. Von den erwähnten Fällen gehören nun die folgenden hierher:

1) Femina a. XL, mort. 26./6. 63. Oedema pedum. Dilatatio cordis, endocarditis parietalis, papillaris, mitralis verrucosa; Thrombosis auriculæ cordis dext., *venae jugul. intern. et ext. et anonymae. Embolia arteriae pulmon. sin.*, pneumonia et pleuritis sin. Perihepatitis chron. adhaesiva, hepatitis interstitialis, retractio et atrophia totalis lobi sin., *Thrombosis venae portarum*, calculi vesic. felleae. Hyperplasia lienis. Nephritis capsularis et interstitialis. Catarrh. chron. vaginae, endometritis, atrophia ovariorum, dilatatio tubarum cystica. Catarrh. chron. ventriculi. *Thrombosis sin. transvers.*

2) Vir a. XVI, mort. 18./4. 65. Destructio partis poster. septi nasi et ossis ethmoid. Pericarditis fibrosa (synechia apicis cordis cum pericardio), myocarditis interstit. gummosa, endocarditis fibrosa. Destructio epiglottidis, pleuritis fibrosa adh. partialis, ecchymoses

Aufrecht, E. De syphilide viscerali. Dissert. inaug. Berolini, 1866, 8^o, p. 31.

pleurae sin., noduli melanotici pleurae dextr., oedema pulmonum. Perihepatitis adhaes., hepatitis interstitialis simpl. et gummosa; *Stenosis ven. cavae in porta hepatis*. Hyperplasia lienis, dilatatio venae lienalis. Anaemia renum. Hyperplasia follicularum basis linguae, anaemia intestini. Pachymeningitis gummosa, gumma hypophysis.

3) Vir a. XLVIII, mort. 18./5. 65. Endocarditis fibrosa et myocarditis interstitialis apicis cordis sin., (aneurysma cordis), hypertrophia et dilatatio cordis sin., maculae tendineae pericardii, *Thrombosis parietalis ventriculorum*. Pleuritis deformans lobi inf. sin., *Thrombus in arteria pulmonali*, peribronchitis gummosa, cystides thyreoideae. Cicatrices superficiales et hepatitis gummosa. Perinephritis chronica, cicatrices renis dextri. Perforatio frenuli, orchitis interstitialis sin.

4) Femina a. LXIII, mort. 18./10. 65. Maculae pericardii tendineae. Hepatitis interstitialis (hep. lobatum), dilatatio et calculi vesicae felleae. Perisplenitis adhaesiva. Nephritis interstitialis. Cicatrices vaginae, atrophie uteri, perimetritis, perioophoritis, dilatatio tubae. Atrophie laev. linguae, cicatrices pharyngis, strictura annularis partis ventriculi med., varices oesophagi, *perforatio venae ventriculi*.

5) Vir a. XLVIII, mort. 18./11. 65. Trichinae musculares, ulcera et cicatrices crurum, coxitis dext. deformans. Hypertrophie et dilatatio cordis sin., endocarditis mitralis verrucosa. Pleuritis adhaes. partialis, bronchiectasiae, peribronchitis fibrosa. Hepatitis interstitialis (hep. lobatum). Nephritis parenchymatosa. Orchitis interstitialis, epididymitis gummosa et gummata vasis deferentis, *varices venae spermaticae*. Atrophie laev. linguae, catarrhus ventriculi chron. Hydrocephalus internus, malacia corporis striati et lenticularis.

6) Vir a. L, mort. 8./1. 66. Anasarca, cicatrissatio diffusa colli, pectoris, eethyma dorsi, cicatrices frontis et regionis inguinalis, induratio telae cellulosae colli, dilaceratio cartilaginis intervertebralis cervicalis traumatica, caries vertebrae III colli. Pericarditis, dilatatio cordis. Induratio fibrosa mediastini antici, pleuritis duplex. *Periphlebitis fibrosa ven. portarum*. Cicatrices glandis penis et praeputii, orchitis interstitialis sin. Catarrhus ventriculi chron., abscessus retropharyngealis ex carie vertebrae, perforans in pharyngem. Caries calvariae sicca, pachy- et leptomenigitis chron., hydrocephalus.

Ernst Leberecht Wagner¹⁾

bekannt mit den einschlägigen Fällen von Virchow und C. O. Weber hält den 51. Fall seiner für die Entwicke-

1) Wagner, E. Das Syphilom im Allgemeinen; das Syphilom des Herzens und der Gefäße im Speciellen. — In: Archiv der Heilkunde, Leipzig, 1866, VII, p. 518—530.

lung der Kenntnisse über die Visceralsyphilis höchst bedeutsamen Beobachtungen für analog. Leider lässt die Krankengeschichte manches zu wünschen übrig:

Patient hatte vor ca. acht Jahren an constitutioneller Syphilis gelitten. Seine letzte, gegen vierwöchentliche Krankheit war ein rechtsseitiges kleines Pleuraexsudat. Dabei Schmerzen im linken Thorax. Plötzlicher Tod auf dem Nachtstuhl.

Von dem ausführlich beschriebenen Sektionsbefund, welcher ausser „Syphilom von Herzfleisch, Zunge, Musculus pectoralis major und Herzbeutel (?), Knochennarben, rechtsseitiges Pleuraexsudat,“ auch „*Syphilom der Lungenarterie*“ ergab, sei hier nur dieses letztere hervorgehoben:

Am Eingang in die Pulmonalarterie, zwischen zwei Klappen, finden sich ein erbsengrosser und mehrere kleinere, deutlich vorragende, glatte Knötchen; der grösste derselben ist auf dem Durchschnitte grauröthlich, homogen, weich, giebt bei stärkerem Darüberstreichen spärliche trübe Flüssigkeit. Der Stamm der Pulmonalis zeigt gleich über der linken Klappe eine $1\frac{1}{2}$ Zoll breite, röthlich gefärbte, schwache Ausbuchtung, in der nur einzelne gleiche Knötchen sich finden, wie zwischen den Semilunarklappen. Diese Stelle setzt sich fort bis zum Grund einer und der halben Höhe der anderen Semilunartasche. Die Klappen selbst sind normal. Die Länge der Pulmonalarterie ist deutlich verringert. Auf dem Durchschnitt hat dieselbe in ihrer ganzen Länge, unten fast ringsum, höher oben in $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{3}$ der Peripherie, eine Dicke von einem halben Zoll; die sämtlichen Häute sind grau und weiss gestreift, homogen, spärlichen, trüben Saft gebend; sie gehen continuirlich in die umliegenden Gewebe, selbst in die Adventitia der Aorta über. Die gleiche Veränderung, wie am Stamme selbst, setzt sich fort in die linke Pulmonalarterie, in deren Anfangstheil sich mehrere kleinere und ein über kaffeebohngrosser, den obgenannten auf dem Durchschnitt gleiche Knoten finden. Die rechte Pulmonalarterie ist normal; die linke ist deutlich kürzer als normal und bietet ein narbenähnliches Zusammengezogensein.

An einer anderen Stelle ist ausdrücklich bemerkt, dass „alle Knoten der Lungenarterie eine exquisit syphilomatöse Structur darboten.“

Arnold Beer.¹⁾

Am 24. Febr. 1866 kam die Leiche eines 57jährigen syphilitischen Mannes zur Section, bei dem im Jahre 1861 von Prof. v. Bruns die Tracheotomie gemacht worden war und der an bedeutenden Harnbeschwerden gelitten hatte. Am 26. Jan. waren Schmerzen

1) Beer, A. Die Eingeweidesyphilis. Tübingen, 1867, 8^o, p. 91—138.

im Rücken beim Gehen dazu gekommen. Diese steigerten sich bald bedeutend, strahlten von der Hüfte aus und wurden durch Druck hinter dem Trochanter vermehrt; der Kranke magerte rasch ab und es stellten sich am 16. Februar bronchopneumonische Erscheinungen ein, die zum Tode führten. Von dem sehr ausführlichen Obductionsbefunde hier nur das folgende:

Die Leber war von unregelmässiger Form mit verschiedenen Einziehungen. Die Oberfläche des Organs im Ganzen glatt, die Kapsel etwas verdickt, besonders in der Gegend der Einsenkungen, die Farbe blass. Auf dem Durchschnitt unebenes, leicht granulirtes Wesen, die Acini zum Theil gross, im Centrum blassroth, mit weisslichgelber, zum Theil mehr gelber Peripherie; um einzelne Pfortaderäste stärkere, weissliche Züge, an verschiedenen Stellen des betreffenden Gefässes von ungleicher Dicke, bei Schnitten senkrecht auf die Axe des Gefässes wie kleine rundliche Herde erscheinend.

In der Leber fanden sich mikroskopisch neben einer Menge vergrösserter Acini auch beträchtlich verkleinerte. An den vergrösserten Läppchen zeigten sich peripherisch die Leberzellen in mehr oder weniger vorgerückter Weise mit Fett gefüllt, das zum Theil in Form grosser Tropfen, zum Theil in Form kleiner, körniger Moleküle auftrat. In manchen Läppchen ging diese Verfettung auch ziemlich weit gegen das Centrum.

Die Pfortaderscheiden waren durch das ganze Organ vielfach in mehr oder weniger ausgedehntem Maasse verdickt, und zwar so, dass diese Verdickungen im Ganzen selbst in Bezug auf einzelne Gefässstämme ungleichmässig erschienen. Durchschnittlich betrug die Breite der zwischen dem Gefässlumen und dem Beginn des acinösen Gewebes eingelagerten Masse 0,015—0,03 Linien. Am stärksten und häufigsten zeigten sich diese Verdickungen an den Stellen der Leber, die den grossen der Länge nach verlaufenden Einsenkungen benachbart waren, woselbst sich auch die verkleinerten Acini am zahlreichsten fanden. Das Gewebe dieser verdickten Pfortaderadventitien hatte hier und da einen einfach bindegewebigen Charakter, an anderen Stellen fand es sich auch ziemlich dicht mit kleinen rundlichen Kernen durchsetzt. Anderweitig erschien diese Kerneinlagerung noch reichlicher, insbesondere an den Stellen, wo die verdickten Scheiden auf Durchschnitten sich wie rundliche Herde ausnahmen.

Eine andere Reihe solcher herdartiger Stellen ergab sich mehr als eine Umlagerung eines geschrumpften Acinus durch Zellmassen zu erkennen, deren Entwicklung aus den Scheiden den das Läppchen umgebenden Pfortaderstämmchen zweifellos zu übersehen war. Fettige Metamorphosen fanden sich an den adventitiellen Neubildungen nirgends, die peripherischen fettigen Theile des Paren-

chymus der Leberläppchen schlossen sich direct an die hyperplastischen Adventitien an, ohne dass die Zellenwucherung zwischen die Leberzellen eindrang. An den herdartigen Stellen, die einen von stark mit zelligen Wucherungen infiltrirten Gefässscheiden umgebenen geschrumpften Acinus repräsentirten, erschien das Gewebe des letzteren hier und da in ausgedehntem fettigen Zerfall; anderweitig aber befanden sich die sehr verkleinerten Zellen in indurativem Zustand, so dass sie stark glänzend und leicht bräunlich tingirt aussahen, und enthielten dabei nur spärliche Fettmoleküle. Weit reichlicher aber, als diese Form von Herden, erschienen die massigen Kerneinlagerungen in Scheiden grösserer Pfortaderstämmchen.

Beer knüpft an diesen Fall ausser anderen folgende Bemerkungen:

Der vorwiegend interstitielle Charakter der ganzen Leberveränderung lässt mit Sicherheit die Annahme der primären Natur der adventitiellen Hyperplasie zu. So wird das Resultat unserer Beobachtungen am ungezwungensten dahin lauten, dass wir als Grundprocess eine einfache *Bindegewebswucherung in den Pfortaderadventitien annehmen, die sich an einzelnen Punkten zur zelligen Hyperplasie gesteigert hat*, während zugleich oder bald darauf albuminöse Infiltrationen der Parenchymtheile und schliesslich parenchymatöse Atrophien und Indurationen aufgetreten sind.

Die syphilitische Natur des Falles ist klar; die Syphilis ist hier sowohl anatomisch constatirt, als durch die Veränderungen am Kehlkopf und die circumscripten Atrophien an den platten Schädelknochen ausser Zweifel gestellt. Als ganz sicher syphilitische Veränderungen zeigen sich die knotigen Einlagerungen der Milz, die Narben der linken Niere und die wesentlichen Veränderungen der Leber; mit grösster Wahrscheinlichkeit wird der vereinzelte Knoten der rechten Lunge der Syphilis zugeschrieben werden können; und endlich kann ich auch nicht umhin, für die kleinen Herde der Aorta wenigstens die Möglichkeit eines specifischen Ursprungs zuzugestehen.

Beer bringt auch einen einschlägigen Fall von congenitaler Syphilis.

Sechs Wochen altes Kind, enorm abgemagert und verhältnissmässig sehr klein, mit floriden syphilitischen Pusteln und Knoten. Die Leber bedeutend geschwollen, ziemlich derb von glatter Oberfläche, mit undeutlicher Abgrenzung der Acini, im Ganzen blass, von leicht gelblichgrauer, gleichmässiger, schmutziger Färbung; die Lebervenen ziemlich mit Blut gefüllt.

Die Pfortaderadventitien erschienen zum Theil verdickt, ihr im Ganzen dichtes, fibröses Gewebe hier und da mit einer Ablagerung kleiner, glänzender Kerne durchsetzt. Die Hyperplasie

betrifft übrigens nur die Scheiden ziemlich dicker Stämmchen, und trat zum Theil schon an den interlobulären Arterien zurück. In einem von Pfortader und Lebervenen aus mit verschiedenen Massen injicirten Theil des Organs zeigten sich die central gelegenen Capillaren der Acini durchgängig weiter, als die sich an die portalen Aeste anschliessenden.

In der stark vergrösserten Milz fanden sich die arteriellen und capillaren Gefässcheiden auch in den Theilen, die nicht Sitz von Follikelbildung waren, zum grossen Theil breiter, als bei Kindermilzen gewöhnlich. Die weisslichen, rundlichen oder ästigen Bildungen hatten nur zum Theil den Charakter Malpighischer Körper und sassen an einer grösseren Arterie; andere erschienen viel weniger deutlich abgegrenzt und entsprachen einer Anzahl stark gewucherter, dicht mit Zellen infiltrirter Capillarscheiden, zwischen denen die venösen Kanäle geschwunden waren.

Caracciolo.¹⁾

Vierzigjähriges syphilitisches Frauenzimmer. Im April 1866 Knochenschmerzen; Jodkalium; nach drei Monaten Besserung. Bald darauf heftiger Stirnkopfschmerz, Ptosis des linken oberen Lides; Jodkur; nach vier Wochen Schwindel, Ohrensausen, Funkensehen, trübe Stimmung; Anorexie und Abmagerung. Ende August Zunahme der Erscheinungen von Gehirnreizung, Strabismus, Verengerung der Pupille, Zähneknirschen, Schlaflosigkeit, hohes Fieber. Nach zweitägigen Convulsionen Abnahme der Symptome; nach vierzehn Tagen zunehmende Schwäche, Erweiterung der Pupille, Apathie. Empfindlichkeit der Haut an den unteren Extremitäten verringert, Bewegungen kraftlos. Sehr häufiges Erbrechen, Koma, Tod am 11. November.

Section: Hyperostose des Stirnbeins. Dura mater verdickt, fest an das Schädeldach angeheftet. *Sinus falciformis superior entzündet, durch Gerinnsel verstopft.* Nahe diesem eine mit älteren Blutklumpen erfüllte von Pseudomembranen umgebene Cyste. Trübungen und Verdickungen der Pia. In der linken grossen Hemisphäre ein bis zum Seitenventrikel sich erstreckender, mit gelblich-grauem Brei erfüllter Herd; in der rechten Hemisphäre mehrere kleine und eine grössere erweichte, weisse Stelle von atheromatös entarteten und verstopften Gefässen durchdrungen; in der Umgebung röthliche Färbung. Pedunculi cerebri, Pons Varoli und Medulla oblongata stellenweise sklerosirt; die Hemisphären des kleinen Gehirns normal.

1) Caracciolo. (Ein Fall von syphilitischer Gehirnaffection.) — In: Il Morgagni, Napoli, 1866, VIII, p. 907. — Ref. in Schmidts Jahrbücher, Leipzig, 1868, CXXXVII, p. 303.

Heinrich Mueller¹⁾

fand in den Berliner Annalen des pathologischen Institutes vom Jahre 1866 bis 1868, die ihm Virchow zur Verfügung gestellt hatte, 40 Fälle, welche „mit constitutioneller Syphilis behaftet zu Grunde gegangen sind.“ Darunter waren 18 mit „Anomalien des Circulationsapparates“ behaftet, und von diesen gehört nur der Fall 6 hierher:

Wilhelmine N. . . ., 19 Jahre alt, Handarbeiterin. †. 18. 4. 67. Herz gross. *Am Ursprunge der Pulmonalis* ein länglicher, über groschengrosser Sehnenfleck. Die Pulmonalklappen besitzen am oberen Umfange höckerige, weiche graurothe Excrencenzen; die äusseren Flächen der Pulmonalklappen zeigen einen mehr gleichmässigen, feinwarzigen Belag. Von der Klappe setzt sich eine warzige Eruption auf den entsprechenden Theil der Pulmonalarterie fort; ebenso finden sich auch auf dem Endocardium warzige Eruptionen. Die Ränder der Tricuspidalis sind etwas verdickt. Auch auf der dem Ventrikel zugekehrten Fläche der Mitralis bemerkt man kleine Knötchen. Die Tonsillen sind vergrössert und indurirt. Am Velum und am Pharynx sind zahlreiche Narben neben Substanzverlusten. Der Ueberzug der Leber ist schwielig verdickt. Die Milz ist hyperplastisch. Die Nieren geben das Bild der diffusen Nephritis. An den grossen Schamlefzen sieht man Narben. Die Scheide ist granulirt. — Hämorrhagische Pachymeningitis.

Heinrich von Bamberger und H. Steinmeier.²⁾

Letzterer beschrieb den von Bamberger zur Zeit seines Würzburger Aufenthalts beobachteten Fall:

Ein 41jähriger Mann, vor 18 Jahren wegen langjähriger Caries an der Tibia am linken Unterschenkel amputirt, fühlte sich von da an noch bis vor $\frac{1}{2}$ Jahr ganz gesund; es traten da häufiges Uebelsein, zeitweises Erbrechen von Speisen mit Blut vermengt, vermehrter Durst, Gefühl von Aufgetriebensein, Völle und Druck in der Lebergegend, wässerig schleimige Stühle und zeitweise Herzklopfen auf. Status praesens: Mässiger Icterus; geringe schmerzlose Anschwellung der Parotiden, der Drüsen in der Leisten- und Halsgegend. Am Penis fehlt das Frenulum, statt dessen eine flache undeutliche Einsenkung, die aber nicht für eine Narbe gehalten werden kann. Eine starke

1) Mueller, H. Ueber die Syphilis der Circulationsorgane. Inaug.-Dissertation. Berlin, 1868, 8°, p. 12 u. 18.

2) Steinmeier, H. Ueber Hepatitis syphilitica. Inaug.-Dissertation. Würzburg, 1868, 8°, p. 10—18.

Vergrösserung und Verhärtung der Leber. Syphilis wird verneint. Diagnose: Multiloculäre Echinococcus-Geschwulst. Nach einem Monat Verschlimmerung: freie Flüssigkeit in der Bauchhöhle, oedematöse Schwellung des Scrotum; etwas später Fieber mit zeitweisen Frostanfällen, bis etwa sechs Wochen nach der Aufnahme unter plötzlichen Suffocationserscheinungen und nachweisbarem Glottisoedem der Tod eintrat.

Obductionsbefund: Das Bindegewebe des seitlichen Halsdreiecks grünlich oedematös infiltrirt. Im Rachen ist die Schleimhaut überall ziemlich stark geschwollen, mässig stark geröthet; auf dem Durchschnitt der hinteren Partie der Lig. aryepiglottica in der oberflächlichen Schicht eine weissliche Einlagerung, in der tieferen eine oedematöse Infiltration. An der Spitze der Epiglottis ist eine eiterige Infiltration der Submucosa; Kehlkopf sonst frei. Die Leber von enormer Grösse, 10 Pfund schwer, derb, die Oberfläche leicht uneben, die Kapsel an vielen Stellen vascularisirt. Die Schnittfläche hat ein sehr buntes Aussehen; es giebt Stellen an denen die rothe Farbe überwiegend, andere die blassgelb oder citronengelb gefärbt sind. Der Lobus Spigelii besteht im Allgemeinen aus mehr transparentem Gewebe. *Nach der Porta* zu zeigen sich narbige Streifen, die auf der Schnittfläche einsinken und entsprechend den Aesten der *Vena portarum* verlaufen. Im Hilus stark vergrösserte Lymphdrüsen aus blassröthlichem, durchscheinenden Gewebe. In einem Hoden ein wallnussgrosser hämorrhagischer Herd, in dem anderen Wucherungen mit gummösen Knötchen. Am Schädeldach mehrere Defecte von offenbar syphilitischer Natur; ebenso im oberen Drittheil des rechten Schienbeins eine einen halben Gulden grosse Stelle mit Knochenneubildung; an dem Längsschnitt erscheint das Markgewebe stark braunroth, im spongiösen Gewebe ein weissgelbliches, gummöses Knötchen. Die mikroskopische Untersuchung liess über die syphilitische Natur der betreffenden Präparate keinen Zweifel aufkommen.

Ludolf Hintzen ¹⁾

untersuchte und beschrieb unter „Anleitung von Hrn. Prof. Dr. Schüppel“ 14 Fälle von hereditärer Syphilis, von denen drei hierher gehören und mit Rücksicht auf die späteren Fälle von Schüppel nur kurz erwähnt sein mögen.

1) Mutter eine 36jährige Drittgeschwängerte, mit constitutioneller Syphilis behaftet, mit einer Schmierkur behandelt, aber nicht geheilt, gebar in der 30. Schwangerschaftswoche ein Mädchen, das nach $\frac{1}{4}$ Stunde starb. In der rechten Lunge erbsen- bis hasel-

1) Hintzen, L. Beiträge zur pathologischen Anatomie und Histologie der congenitalen Syphilis. Inaug.-Dissert. Tübingen, 1869, 8°, p. 40.

nussgrosse Gummata in verschiedener Entwicklung; in der linken Lunge diffuses Syphilom. Die Leber in allen Durchmessern kolossal vergrössert und ihre Gewebsveränderungen als miliare Syphilom beschrieben. Milztumor. *In den Nieren sind die kleinsten Venen und zum Theil die Capillaren mit ungemein zahlreichen weissen Blutkörperchen und kleineren, kernartigen, stark glänzenden Elementen erfüllt, die sich auch in Gruppen zu 10–20 vereinigt im Stroma der Niere finden.* Auf dem frischen Nabelstrang stellenweise Trübung der Sulze durch starke zellige Infiltration, und zwar in der Weise, dass die Fasern der Sulze durch die Zellen auseinander gedrängt werden. Die Zellen gleichen in jeder Beziehung so sehr den weissen Blut- oder Eiterkörperchen, dass man das Bild eines eiterig infiltrirten Zellgewebes vor sich zu haben glaubt. Vorzugsweise findet sich diese zellige Infiltration in der Wand der *Umbilicalvene* und im höchsten Grade in ihrer Adventitia und in den angrenzenden Partien der Sulze; sehr gering ist die Zelleninfiltration in der Wand der Arterien und am schwächsten in den Theilen der Sulze, die von den Gefässen am weitesten entfernt liegen.

2) Erstgeschwängerte, 22 Jahre alt, mit constitutioneller Syphilis, gebar während einer Schmierkur ein frishtodtes Mädchen in der 31. Woche. Leber, Milz und Lunge lassen keine deutlichen Zeichen von Syphilis erkennen. In der Placenta ein kirschgrosser Knoten. Der Nabelstrang zeigt zwischen den Gefässen in der Sulze weissliche, opake Streifen, welche an einigen Stellen quer durch die ganze *Dicke des Nabelstranges ziehen, an anderen die Gefässe umgeben*, so dass sie zum Theil deren Adventitia zu bilden scheinen. Diese Streifen erwiesen sich als eine Anhäufung von feineren und gröberen Fettkörnern und Einlagerung von kohlensaurem Kalk. Diese zellige Infiltration des Nabelstranges ist auf Rechnung der Syphilis zu setzen.

3) Eine nichtsyphilitische 36 jährige Zweitgeschwängerte gebar ein sehr schlecht entwickeltes aber reifes Kind, das am 9. Tage rothe, erhabene Flecken bekam, aus denen Pusteln wurden, die dann zu gelben Krusten vertrockneten. Die erste Eruption erschien im Gesicht, dann an den Beinen und Hinterbacken. An den Handtellern und Fusssohlen nur rothe leicht erhabene Flecke. Tod am 21. Lebenstage. In den Lungen zahlreiche, durchschnittlich etwa erbsengrosse, runde und ovale, feste und etwas über die Schnittfläche ragende Knoten (Gummata). Die Leber mässig vergrössert; *die Hauptäste der Pfortader* von einer mehr als linienbreiten weissen, fibrösen, derben Gewebsmasse umgeben. Mit der Verzweigung der Pfortaderäste nimmt die Dicke dieser fibrösen Hülle ab. Die Milz um die Hälfte vergrössert. Auf der Innenfläche des Dünndarms kleinere und grössere Geschwüre, die am Uebergange

in den Dickdarm die Muscularis durchsetzen und an zwei Stellen zur Perforation der Serosa geführt hätten, wenn nicht Verklebung durch adhäsive Peritonitis erfolgt wäre.

Ausser diesen drei Fällen erwähnt der mit den Vorarbeiten der meisten seiner Landsleute nicht vertraute Verfasser bereits auch die drei später von O. Schüppel veröffentlichten.

Johannes Carl Friedrich Kahl¹⁾

vertraut mit den meisten einschlägigen Vorarbeiten, hält die Faltung der Venenwände, wie sie Virchow in einem Falle notirte, für ein viel häufigeres Vorkommen an syphilitischen Leichen und stützt sich dabei auf acht Fälle, die ihm aus dem Materiale von C. A. Wunderlich und Ernst L. Wagner zur Verfügung gestellt und namentlich mit Unterstützung des Letzteren bearbeitet wurden. Ein grosses Bedenken erregen diese Fälle jedoch dadurch, dass die hier interessirenden Untersuchungen sämmtlich an Spirituspräparaten vorgenommen wurden; wenn auch behauptet wird: „An eine Faltung durch Spirituswirkung war überall nicht zu denken. Die Falten waren stellenweise so hoch und lagen dabei so dicht aneinander, dass das umliegende Gewebe fast auf die Hälfte zusammengeschrumpft sein musste.“ Die sehr ausführlich beschriebenen Befunde können hier nur in den Hauptmomenten berührt werden.

1) Mann, 51 Jahre alt. Syphilis der Leber, Milztumor, allgemeiner Hydrops, sehr starker Ascites, Peritonitis. Die Leber kleiner, von ganz unregelmässiger Gestalt, scheint aus einer Anzahl halbf Faust- bis wallnussgrosser knotiger Massen zusammengesetzt, welche durch tiefe Einziehungen von einander getrennt erscheinen. *Eine Lebervene und ein Pfortaderast* sind in dem einen Knoten umgebenden Narbengewebe vollständig untergegangen. Die *Vena cava* verläuft in ihrer Furche gerade von links nach rechts; ihr Lumen ist verengt, spaltförmig, seitlich zusammengedrückt; ihre Wand zeigt neben zahlreichen flachen Höckern und Vertiefungen nach oben zu mehrere bis 2 mm. hohe Längsfalten. Das Lumen der einmündenden Lebervenen erscheint bei zweien spaltförmig, bei einer sternförmig. Die Längsfalten setzen sich in dieselben hinein fort

1) Kahl, J. C. F. Beitrag zur Anatomie und Symptomatologie der syphilitischen Affectionen der Leber. Inaug.-Dissert. Tübingen, 1869, 8°, p. 36.

und heben ihr Lumen an den Einmündungsstellen fast völlig auf, sind aber höchstens 1 Cm. weit in dasselbe hinein zu verfolgen. Der Stamm der *Vena porta* ist etwas eng und von vorn nach hinten zusammengedrückt; der hintere und vordere Theil seiner Wand ist in zahlreiche bis 1 mm. hohe, selten etwas höhere Querfalten gelegt. Von den Zweigen der Pfortader ist der eine an einer Stelle stumpfwinklig geknickt; ein anderer verengt sich plötzlich in der Tiefe einer Einziehung und läuft dann im Grunde der letzteren neben einer Lebervene mit stark verdickter Wand hin; seine Wandungen sind nicht wesentlich verdickt, aber in sehr hohe Längsfalten gelegt.

2) 34 jähriger Mann. Albuminurie, später Hydrops. Narben an der Epiglottis. Syphilis der Leber. Amyloidartung der Milz. Bright'sche Nieren. Die *Vena cava* ist eng und besonders im vorderen und hinteren Theil ihrer Grube in die Leber seitlich zusammengedrückt, die Wand dieser Vene ist besonders oben in zahlreiche dicht nebeneinander liegende meist in der Längsrichtung verlaufende bis linienhohe Falten gelegt. Die Oeffnung der einmündenden Lebervenen erscheint durch Falten spaltenförmig oder sternförmig verengt. Von den Pfortaderzweigen zeigt der eine zahlreiche nur niedere Querfalten. Ein anderer Zweig ist seiner ganzen Länge nach von einer derben, bindegewebigen mehr als liniendicken Scheide eingeschlossen, sein Lumen verschieden weit.

3) 43 jähriges Weib. Syphilis des Schädeldachs und der Leber, Speckmilz, hochgradige Speckfettniere. An einzelnen Stellen zeigen sich die Gefässe der Leber, sowohl Pfortader- wie Leberäste, in einer derben bindegewebigen Scheide eingeschlossen. Die *Vena cava* ist enger, ihre Wand, besonders in den oberen Theilen, in zahlreiche bis 1 Linie hohe Falten gelegt. Das Lumen der Lebervenen erscheint an ihrer Einmündungsstelle durch Falten, welche sich in dasselbe hinein fortsetzen, theils sternförmig, theils spaltförmig und verengt. Der Stamm der *Vena portae* zeigt an seiner Wand seichte Quer- und Längsfalten.

4. 67 jähriges Weib. Syphilis des Cranium, des Gaumens, der Leber. Ascites. Eigenthümliche Peritonealaffection. Milztumor. Nierendegeneration. Neben einer bindegewebigen Einziehung in der Leber liegt ein grösserer Pfortaderzweig mit verdickter Wand, mehrere kleinere Zweige sind in die Einziehung eingeschlossen. Die Wand der *Vena cava* zeigt an der Einmündungsstelle der Lebervenen eine starke Faltung. Das Lumen der letzteren ist an dieser Stelle durch zahlreiche kleinere dicht neben einander liegende Längsfalten sternförmig und verengt. Der Stamm der *Vena portarum* zeigt eine ganz zarte Querfaltung, ebenso ihre Aeste.

5) 16 jähriger Knabe. Gestalt der Leber erst wenig verändert, mit zahlreichen, hühnerei- bis wallnussgrossen, gelbbraunen Tumoren

durchsetzt. An einer Stelle des linken Lappens ein in *derber Bindegewebsscheide eingeschlossener Pfortaderzweig*. In der *Vena cava verengt sich das Lumen peripher* von der Einmündungsstelle der grösseren Lebervenen, da wo sie an das oben beschriebene Convolut von Syphilomen stösst, auf einen Durchmesser von $\frac{3}{4}$ Ctm. Das Lumen einer Lebervene ist an der Einmündungsstelle in die Hohlvene stark erweitert, wird aber in einiger Entfernung von derselben eine kurze Strecke weit auf die halbe Weite eingeengt; ihre Wand ist an der stenotischen Stelle ringsum mit etwa 1 Linie hohen Längsfalten besetzt. *Die Vena portae ist entschieden weiter als im normalen Zustande, ebenso ihre Zweige. In dem Hauptstamme wie in den Zweigen zeigen sich überall Quersalten.*

6) 33 jähriger Mann. Syphilis der Leber. Acute und chronische Tuberkulose der Lungen. Geschwüre der Trachea. Subacuter Milztumor. Hochgradige Hyperaemie der Nieren. Chronische eitrige Pleuritis. Theils von den Einziehungen der Leber ausgehend theils nicht sieht man in der Tiefe mehrere derbe bindegewebige Streifen und strahlige Narben. Zwei von diesen schliessen *Lebervenen mit verdickter schwieliger Scheide ein*. *Die Vena cava ist ein wenig von oben nach unten zusammengedrückt*, ihre Wand ist glatt bis auf einzelne zarte Falten. *Der Stamm der Pfortader ist eng, seine Wand quergefaltet.*

7) 16 jähriges Mädchen. Syphilis am Cranium, Tibia, Gaumen, Leber, Mitz etc. Speckentartung der Leber etc. Allgemeiner Hydrops. Das Gewebe der Leber ist derber, die Schnittfläche mit eben solchen gelben Punkten besäet als die Oberfläche. *Die Vena cava ist im Verhältniss zur Grösse der Leber eng, seitlich zusammengedrückt, ohne Falten*. Ebenso verhält sich die *Vena portarum*, deren Verzweigungen nicht verfolgt wurden.

8) Handarbeiter, 45 Jahre alt. Vor 6 Jahren Schanker und Condylomata lata am After. Vor 5 Jahren Vergrösserung der Leber, leichter Icterus. Seit einem Jahre öfter Schwindel, Schmerzen in den Unterschenkeln, dann in Schulter und Kreuz; wachsende Auftreibung des Leibes und Anschwellung der unteren Extremitäten und der Genitalien. Der Kranke starb unter den Erscheinungen eines hochgradigen Ascites. Sektionsbefund: Syphilis der Leber, beider Humeri, der Tibia, des Cranium; Speckentartung der Milz und der Nieren. *Die Vena cava in ihrer Grube auf $1\frac{1}{2}$ Ctm. ihres Lumens verengt*, während sie eine kurze Strecke über dieser Stelle wenigstens doppelt so weit ist; an der verengten Stelle ist die Wand der Vene in ihrem ganzen Umfange in dicht neben einander liegende bis 1 Linie hohe Falten gelegt, die meist der Längsaxe des Gefässes parallel laufen. Von den einmündenden grösseren Lebervenen zeigt die Wand der einen zahlreiche Falten, die sich weit in dieselbe hinein erstrecken und sich auch noch in ihren Verzwei-

gungen finden. Die Einmündungsstelle der anderen ist an der einen Seite durch Höcker wulstig hervorgetriebenen Lebergewebes eingeengt, an der anderen in Querfalten gelegt. Der Stamm der *Vena portarum* zeigt einzelne Querfalten; die Wand der Rami dextri und ihrer Zweige ist stark quergefaltet, die des Ramus sinister ist längsgefaltet, die seiner Zweige theils längs- theils quergefaltet.

Ernst Ludwig Wilhelm Oedmansson.¹⁾

Der erste hierher gehörige sehr sorgfältig untersuchte und ausführlich beschriebene Fall ist nach R. Bergh's kurzem Referat²⁾ und auf Grund des vorliegenden Originals folgender:

1) B. S., 30 jähriges Dienstmädchen; die Anamnese in Beziehung auf Syphilis fehlte und es wurde die Diagnose wegen der Kopfschmerzen, dem Ohrensausen, der Gesichtsveränderungen (die Untersuchung mit dem Augenspiegel zeigte Neuritis optica), des wackelnden Ganges und hartnäckigen Erbrechens auf einen intracraniellen Tumor gestellt. Die Section wies mehrere, hauptsächlich in den Gehirnhüllen eingelagerte Geschwülste nach, die sowohl makroskopisch als mikroskopisch sich als Syphilome mit Sicherheit erkennen liessen. Wahrscheinlich würde die versuchsweise eingeleitete Jodkalium-Behandlung die Symptome beseitigt haben, wenn das Leiden nicht seinen Sitz in der Nachbarschaft der grossen *Sinus der Dura* gehabt, eine *Obliteration des Sinus transversus dexter* hervorgerufen, dadurch den Ablauf durch den *Sinus quartus* beeinträchtigt und somit einen irremediablen Hydrocephalus hervorgerufen hätte. Duras inre yta är här fri utan adhesion med pia, men kring och mellan tumörerna finnes dock nybildad, lucker bindväf i temligen riklig mängd. Öfversta ändan af högra sinus transversus fullkomligt oblitererad. Dess vägg ingår här i svulstmassans bildning. Sinus quartus utmynnar med en trång öppning just under detta ställe.

Mit derselben Genauigkeit und Ausführlichkeit sind die makro- und mikroskopischen Befunde von noch anderen 20 Fällen erzählt, von denen jedoch nur mehr die folgenden, krankhaften Veränderungen an der Placenta und der Nabelschnur syphilitischer Früchte, knapp angeführt sein mögen.

1) Oedmansson, E. Studier öfver Syfilis. Stockholm, 1869, 8°, pp. LIII, 98 u. 1 Taf.

2) Bergh, R. Virchow-Hirsch Jahresbericht pro 1869, II, p. 563.

2) W. E. Ch. 23-åriga Dienstmagd, gebar im achten Schwangerschaftsmonat ein todes Kind. Unter anderen specifischen Veränderungen am Nabelstrang, insbesondere i de Gefässen, ist: Motsvarande det förträngda stället i *venen* *en af artererna* (den venstra) dragen tätt intill venen och derigenom böjd, *fullkomligt obturerad* genom en vid arterväggen fastväxt, fast, *affärgad tromb*, af $\frac{1}{2}$ tum längd. Kärlets kaliber betydligt förminskad, väggen tjock, gulaktig. Denna arter går till den förändrade delen af placenta . . . Hela öfversta delen af nafvelsträngen särdeles hård, slemväfven fast, svålig.

3) S. W. 35-åriga Dienstmagd, gebar ein fast ausgetragenes Kind, das nur 20 Stunden lebte. Just vid ingången i placenta är arteren så starkt förträngd, att en fin sond endast med lindrigt våld kan gå igenom densamma. Förträngningen fortsätter sig något öfver en tum impå placentas yta. En af de större grenarne är åter förträngd, fullständigt obturerad af en gammal, fast tromb. *Venen är äfven dock ej betydligt förträngd*, dess inre yta å hälften af kärlets omfång på samma sätt gulaktig, väggen förtjockad, intima lätt aflossbar. Strax under den förträngda delen af *venen är ungefär hälften af dess vägg aneurismatiskt utbugtad och förtunnad* . . . Af den andras begge grenar är den ene särdeles liten, fullkomligt obturerad af en affärgad, öfverallt fastväxt tromb. . . .

4) C. L. 21-åriges, syphilitisches Dienstmädchen; Frühgeburt im 5—6 Monat der Gravidität; todtfaule Frucht. Die Untersuchung des Nabelstranges ergiebt unter anderen: Strax under förträngningen har *venen en vidd af 9 mm. Venväggen har här, i en utsträckning af 2—3 tum*, ett friskt utseende, hvarefter intima åter på en sträcka af ett par tum är förtjockad och gulaktig. *I öfre delen af venen finnes en tunn, vid väggen löst vidhäftande tromb.*

5) G. L. 26-åriga Dienstmagd; Abortus im 4. Monat der Gravidität. *Venens intima vid insertionen i placenta betydligt förtjockad, gulhvit.* Den ene hufvudgrenen, strax öfver delningen, fullkomligt oblitererad genom en fastsittande, *affärgad tromb*, i en utsträckning af nära två linier; öfver detta ställe äro de större vengrenarne utan förändring i väggen, men fyllda af ljusa, dock ej fullständigt affärgade, löst fasthäftande trombusmassor.

6) S. A., 22-åriga Prostituirt; todt ca. 8 monatliche Frucht, leicht maceriert. *I nafvelvenen ligger strax under tromben och i rad efter hvarandra två, mer än 2 linier långa, 1 knapp linea breda, trubbigt tillspetsade kroppar, af fullkomligt samma utseende och sammansättning som tromben.* De ligga alldeles lösa, utan det ringaste sammanhang med kärlväggen.

Oskar von Schüppel¹⁾

bespricht die bereits von Ludolf Hintzen erwähnten drei Fälle von Peripylephlebitis syphilitica an der Pfortader Neugeborener vielleicht um ein Jahr später etwas ausführlicher.

1) Mädchen 4—6 Wochen zu früh geboren, sehr dürftig entwickelt, ziemlich verbreitetes Exanthem: der Epidermis beraubte Flecke, an welchen die geröthete Cutis eingetrocknet war; am zweiten Lebenstage bekam das Kind Icterus, welcher immer stärker wurde, am 5. Tage trat der Tod ein. Die Mutter war zur Zeit der Geburt syphilitisch. Von dem Obductionsbefund interessirt hier nur:

Die Leber, in allen Dimensionen um mindestens ein Drittel des Normalumfanges vergrössert, ist dunkelbraungrün gefärbt, gallig imbibirt, weich und schlaff. Es lassen sich von der glatten Oberfläche aus durch das schlaffe Lebergewebe harte Knoten und Stränge durchfühlen. An Durchschnitten erkennt man, dass die Knoten und Stränge dem Verlaufe der grösseren Pfortaderäste folgen. *Der Stamm der Pfortader stellt am Eintritt in die Leber einen Strang von fast 1 Ctm. Dicke dar, welcher sich durch eine feste Consistenz und graugelbe Farbe sehr deutlich von dem dunkelgrünen Lebergewebe abhebt.* Auf dem Querschnitt des Stranges sieht man eine concentrische Zeichnung um das Lumen der Pfortader herum, welches so stark verengt ist, dass es nur noch eine Schweinsborste eindringen lässt. Das Centrum des Stranges, d. h. die um das Pfortaderlumen zunächst herumliegende Schichte, ist graugelb, trocken, opak; um diese Schichte herum liegt eine ziemlich breite Zone von blassem, grauem, saftigem und etwas transparentem Gewebe, welches ohne scharfe Grenze in das Lebergewebe übergeht. In geringer Entfernung von der Porta ist der Stamm der Pfortader normal. Während seine Wand gegen die Porta hin schnell an Dicke zunimmt, wird sein Lumen in demselben Grade trichterförmig verengt. In der Leber theilt sich der Hauptstrang in mehrere Aeste von etwas geringerem Durchmesser, welche aber sonst die gleiche Beschaffenheit von jener besitzen. Ungefähr auf dem halben Wege zwischen Porta und Leberrand hören diese sekundären Stränge auf, indem sie sich schnell zuspitzen und in die normal beschaffenen peripheren Pfortaderäste fortsetzen. Dass es sich hierbei auch um eine Massenzunahme des die Blutgefässe und Gallengänge begleitenden Bindegewebes handelt, welches man als Fortsetzung der Capsula Glissonii aufzufassen pflegt, geht daraus

1) Schüppel, O. v. Ueber Peripylephlebitis syphilitica bei Neugeborenen. — In: Archiv der Heilkunde, Leipzig, 1870, XI, p. 74 - 82. Das erste Heft dieses Archives trägt das Datum 1869, und so dürften die Publicationen von Hintzen und Schüppel gleichzeitig oder auch diese vor jener erschienen sein.

hervor, dass sich die Spuren der stark verengten Leberarterienäste und der Gallengänge in den harten Strängen nachweisen lassen. Die Vena umbilicalis ist auffallenderweise bis zu ihrer Vereinigung mit der Pfortader durchaus wegsam und ihre Wand ganz unverändert. Die mikroskopische Untersuchung der Leber zeigt das Lebergewebe im Zustande der diffusen syphilomatösen Infiltration. Die festen Stränge, welche die Pfortader und ihre Hauptäste einnehmen, bestehen aus fibrösem Gewebe; in der opaken, graugelben centralen Partie der Stränge ist eine feinkörnige, zum Theil fettige Masse neben massenhaften lymphoiden, grossentheils atrophischen Zellen eingelagert. In der blassen, grauen Randzone ist das fibröse Gewebe mit ähnlichen, aber noch nicht atrophischen Zellen total infiltrirt.

2) Knabe aus der 30. Woche der Schwangerschaft, der nach 8 Stunden starb. Die Mutter, eine 21 jährige Erstgebärende, hat an den äusseren Genitalien und deren Umgebung am After zahlreiche erhabene ulcerirende Stellen mit harter Basis, geschwollene Leistendrüsen und starke Vaginalblennorrhoe.

Die Leber der Frucht ist enorm vergrössert, von ziemlich fester Consistenz, braungrün gefärbt, sehr blutarm, ihr Gewebe auf der Schnittfläche fast vollkommen homogen. Die Vena umbilicalis ist frei und durchaus normal. Auch der Hauptstamm der Pfortader und die Aeste des ganzen rechten Lappens zeigen keine krankhafte Veränderung. *Dagegen ist der für den linken Leberlappen bestimmte Ast der Pfortader in einen festen fibrösen Strang umgewandelt.* Derselbe hat die Dicke eines kleinen Fingers und lässt auf seiner homogenen, opaken, intensiv gelbgefärbten Schnittfläche die stark verengten Lumina der Blutgefässe und Gallengänge noch erkennen. Die Erkrankung ist auf die grösseren Zweige des linken Pfortaderastes beschränkt, entfernt sich demnach nicht sehr weit von der Porta und ist gegen das Lebergewebe ziemlich scharf abgesetzt. In der Gallenblase farbloser Schleim.

3) Mädchen aus der 37. Schwangerschaftswoche einer 25 jährigen gesunden Drittgebärenden. Bei der Frucht zeigte sich am vierten Tage: Icterus und Oedem der Genitalien und des Mons Veneris; bis zum sechsten Tage Zunahme dieser Symptome und Meteorismus, der Stuhlgang war ganz weiss; dann massenhafter, schwarzer Stuhlgang (Blut), noch stärkerer Icterus, Collaps und am neunten Tage Tod. — Die Leber ist etwas grösser, schlaff, weich, dunkelgrün. Von der Oberfläche aus lassen sich feste Knoten in der Tiefe durchfühlen. Bei genauer Untersuchung zeigt sich, dass das Gefühl durch feste Stränge hervorgerufen wird, welche dem Verlaufe der grösseren Pfortaderäste entsprechen. *Die Pfortader, an ihrem Eintritt in die Leber quer durchschnitten, stellt hier einen kleinfingerdicken, soliden, fibrösen Strang dar, in welchem*

man das kaum 1 Mm. weite Lumen der Pfortader sieht. Der Ductus hepaticus und die Leberarterie liegen ebenfalls in dem fibrösen Strange und sind so enge, dass man nur noch eine Schweinsborste in dieselben einführen kann. Gegen die Pfortaderwurzeln zu wird der Stamm dieses Gefässes schnell weiter, während seine Wand sich entsprechend verdünnt. Betrachtet man den Querschnitt des erwähnten soliden Stranges, welcher sich in beiden Leberlappen dem Pfortaderverlauf entsprechend baumartig ausbreitet, so sieht man die centralen Partien des Stranges von hellgraugelber Farbe, von opakem und fast käsigem Aussehen. Jedoch zeigen diese käsigen Stellen keine Spur von Erweichung. Das käsige Centrum geht ganz allmählich in eine weisse, sehnige, etwas transparente Zone über, welche 1—2 Mm. dick ist und sich dann in Form einer diffusen Infiltration in das Lebergewebe verliert. In der Gallenblase wasserklarer Schleim. Die Nabelvene ist normal bis zu der Stelle, wo sie sich in die Pfortader öffnet; dagegen ist der Ductus venosus Arantii bis auf ein Lumen verengt, welches nur noch eine Schweinsborste durchlässt; seine Wand ist stark verdickt fibrös. Die Vena umbilicalis enthält bis beinahe an den Nabel flüssiges Blut und hart am Nabel ein kurzes, etwas entfärbtes und leicht adhärentes Gerinnsel. Nabelarterie normal; Milz um das Dreifache vergrössert, sehr hyperämisch, das Gewebe starr und brüchig.

Bei der mikroskopischen Untersuchung der festen Stränge, welche an Stelle der Pfortader und ihrer grösseren Aeste liegen, zeigt sich das käsige Centrum derselben zusammengesetzt aus einer theils starrfaserigen, theils fast homogenen, undeutlich streifigen Grundsubstanz, in welcher massenhafte geschrumpfte Zellen, sowie ein feinkörniger, zum Theil fettiger Detritus eingestreut liegen. Der Detritus ist so gleichmässig in der Grundsubstanz vertheilt, dass man stellenweise nur noch eine trübe körnige Masse vor sich hat. Die peripherischen, mehr transparenten Partien der fraglichen Stränge bestehen aus gewöhnlichem fibrillärem Bindegewebe, welches an einigen Stellen nur wenige Bindegewebskörperchen, meistens aber sehr zahlreiche, in Reihen angeordnete, aber haufenweise bei einander liegende stark glänzende Zellen von der Grösse und Form der Lymphkörperchen enthält. An vielen Stellen, namentlich an den nicht käsigen und in der Nähe des Lebergewebes liegt reichliches, braunrothes Pigment in Form von Körnchengruppen und kleinen Hämatoidinkrystallen. An dem mit Gallenfarbstoff überladenen albuminös getrübbten Lebergewebe lässt sich eine Einlagerung fremdartiger Zellen nicht sicher constatiren.

In einer übersichtlichen Betrachtung dieser im Laufe von $2\frac{1}{2}$ Jahren beobachteten Fälle gelangt Schüppel unter anderen zu folgenden Schlüssen: Die Knoten und Stränge,

welche sich in der Leber dieser Kinder vorfanden, stimmen nun sowohl in ihren mit blossen Auge wahrnehmbaren Eigenthümlichkeiten als auch in ihrer mikroskopischen Structur vollständig mit den grossknotigen Syphilomen, den Gummata in der Leber bei erwachsenen syphilitischen Individuen überein. — Was den Verlauf und die Symptome der syphilitischen Pfortaderentzündung anbelangt, so ist das uns vorliegende Material zu einer Darstellung dieser Verhältnisse durchaus ungenügend. Nur im dritten Falle haben die vorhandenen Symptome auf eine Erkrankung der Pfortader hingewiesen, und nur in diesem Falle erklärte der anatomische Befund im Wesentlichen die Symptome, welche sich während der kurzen Krankheit gezeigt hatten. Der vollständige Verschluss des Lebergallenganges hat einen so hochgradigen Icterus und eine so vollständige Entfärbung der Faeces herbeigeführt, wie sie sonst nur bei Compression der Gallengänge durch Geschwülste, oder bei Verstopfung derselben durch Gallensteine zu geschehen pflegt.

Banze¹⁾

veröffentlicht aus Alois Monti's Kinderpoliklinik in Wien folgenden Fall:

Dreimonatliches Kind, seit der Geburt Schnupfen. Daneben bildeten sich linsengrosse, dunkelrothe Flecken zuerst an der Hohlhand und Fusssohle, später über dem ganzen Körper. Die Milz war um das Dreifache vergrössert. Lähmung der linken oberen Extremität ohne Convulsionen. Lungenkatarrh. Somnolenz. Die rechte Seite der Kopfhaut und des Gesichts oedematös, die Venen auf dieser ganzen Seite geschwellt, das rechte Auge stärker hervortretend, nach aussen schielend, Pupille eng, träge reagirend, das obere Augenlid weniger beweglich. Geringe Nackenstarre. Am nächsten Tage Steifheit beider Unterextremitäten, Zunahme des Oedem der rechten Seite, Ptosis des rechten oberen Augenlides, Cyanose des Gesichts, Erweiterung der Pupillen beiderseits. Am 12. Tage der Beobachtung Tod.

Section: Dura mater gespannt, Windungen abgeplattet; Hirnsubstanz blutarm, weich; Ventrikel weit, mit Serum gefüllt; die

1) Banze. Marantische Sinus-Thrombose bei einem mit Lues congenita behafteten Kinde. — In: Jahrbuch f. Kinderheilkunde, Leipzig, 1873, N. F., VI, p. 336. Ref. in: Schmidt's Jahrbücher, CLXII, p. 269.

Sinus an der Basis mit Blut überfüllt; im rechten Sinus cavernosus ein etwa federkiel dickes, ziemlich fest adhärendes, röthlich-gelbes Faserstoffgerinnsel, von da aus in den rechten Sinus petrosus inferior, in die Vena jugularis interna und communis bis zum Beginn der Vena cava superior sich fortsetzend. In den übrigen Blutleitern und Venen dickflüssiges Blut. Milz um das Vierfache vergrössert, Kapsel gespannt, Substanz zäh, braunroth. Die inneren Organe im Allgemeinen blutarm; rechter oberer Lungenlappen pneumonisch infiltrirt; Herz blass und weich.

Ernst Fränkel¹⁾

notirt in 21 Fällen über Placentarsyphilis die verschiedenen Veränderungen an den Gefässen allgemein hin ziemlich häufig, die der Venen sind in folgenden Fällen speciell hervorgehoben:

1) C. R., 40jährige Arbeitersfrau gebär in den ersten Jahren der Ehe vier lebende, ausgetragene Kinder; in den letzten sieben Jahren abortirte sie fünfmal nacheinander, und zwar stets todtfaule Früchte aus dem 6, 7. und 8. Monate. Die letzte Gravidität dauerte circa 30 Wochen. Syphilis wird von beiden Eheleuten geläugnet; auch sind keine Anzeichen dafür vorhanden.

Die Section des ca. 8 monatlichen, kümmerlich entwickelten, 750 Grm. schweren, 32 Cm. langen Fötus ergab totale Maceration der inneren Organe und des Hirns, Oedem des Funiculus umbilicalis, bedingt durch eine scheinbare, geringe Torsion in der Nähe des Nabelringes, (*die Arterien, wie die Vene erwiesen sich als nur für dünne Sonden durchgängig*); endlich an der Epiphysengrenze der Tibia und des Humerus die für Syphilis charakteristische Verfärbung und Verbreiterung der Knorpelwucherungszone. — Von den Gefässen der Placenta ist in diesem Falle nichts erwähnt.

2) T. B. Ipara will früher nie syphilitisch gewesen sein und erst in der allerletzten Zeit der Gravidität eine Erkrankung an den Genitalien bemerkt haben. Es finden sich zahlreiche Condylomata lata ad labia majora. Das Kind ist ausgetragen, kräftig und völlig gesund.

Die Placenta ist gross, voluminös, sehr blutreich, ihr Gewicht 590 Grm. An der Uterinfläche lässt sich die Decidua als transparentes Häutchen ziemlich leicht abziehen und zeigt ausser den gewöhnlichen Zeichen regressiver Metamorphose nicht Bemerkenswerthes. Auf der Höhe der einzelnen Cotyledonen sieht man 10 linsen- bis bohnergrosse, flach-rundliche Plaques, die auf einem etwas dünneren Stiele aufsitzen und Condylomen täuschend ähnlich

1) Fränkel, E. Ueber Placentarsyphilis. Ein Beitrag zur Pathologie der Placenta. Breslau, 1873, 8^o, pp. 18 und 49.

sehen. Sie bestehen jedoch, wie die mikroskopische Untersuchung zeigt, aus völlig normalem, fötalem Placentargewebe; nur an dem Stiele dieser Appendices placentae sind die Zotten auffallend schmal und etwas atrophisch. Auf der Fötalfläche bemerkt man ab und zu durch das Amnion durchschimmernde und dasselbe buckelig emporhebende Blutextravasate in der Nähe der Verzweigungen der Nabelvene. Auch um das grosse Randgefäss der Placenta finden sich streifartige, öfters unterbrochene Verdichtungen, die auf dem Durchschnitte lamellös, gelbglänzend, knorpelhart erscheinen. Sie bestehen mikroskopisch aus netzförmig sich präsentirenden Fibrinmassen mit zahlreichen eingelagerten, verfetteten Zellen. In ihrer Nähe sind die Zotten atrophirt und durch starke umgebende Bindegewebswucherung eingeschnürt.

Diagnose: Ältere und frischere Blutextravasate der Placenta (*vide den Ursprung aus der Randvene*) mit reactiver Bindegewebswucherung und begrenzter Zottenatrophie.

Edward Headlam Greenhow.¹⁾

F. J. . . , âgé de 33 ans, négociant, vint me consulter en 1870: il était atteint à cette époque de tuberculose du sommet du poumon droit et d'une syphilis toute récente. Il présentait en même temps des macules cuivrées sur le dos de la poitrine. Je lui prescrivis du sirop d'iodure de fer, de l'iodure de potassium et de l'huile de foie de morue: en un an, il se rétablit presque complètement.

Vers la fin de l'année 1872, il revint me voir. Il se plaignait d'insomnie, d'anorexie et de douleurs dans le dos et les membres. Il portait une éruption rupioïde à la jambe droite. Il ressentait en même temps une certaine raideur dans les mollets et les cuisses.

Le 4 janvier, le malade présenta dans les muscles des mollets plusieurs petites tumeurs douloureuses; on notait une tumeur semblable au-dessous de l'angle de la mâchoire à droite.

11 janvier. L'état est amélioré: les mollets sont moins douloureux; la petite tumeur de la mâchoire est fluctuante: on l'incise.

Les veines superficielles du membre inférieur droit sont atteintes: elles ont l'aspect de cordes dures; le membre est gonflé et douloureux. Au bout de quelques jours, cet état s'amenda. Cependant le 3 février suivant, quoique les veines de la jambe droite fussent presque normales, celles de la cuisse du même côté étaient toujours indurées et encore douloureuses; les veines superficielles de la jambe gauche étaient atteintes de même. Grâce au

1) Greenhow, E. H. Transactions of the clinical society of London, VI. p. 143. Ref. H. Mendel in Archives générales de méd., Paris, 1894, I, p. 308.

repos et au traitement spécifique, le malade était complètement guéri le 1 mars.

An einer anderen Stelle¹⁾ wird über denselben Fall, den ich leider auch nicht im Original auftreiben konnte, folgend berichtet:

Ein 33-jähriger Mann hatte sich zuerst vor 3 Jahren krank vorgestellt. Die rechte Lungenspitze war afficirt, der Kranke war abgemagert und litt an Nachtschweissen. Auf Brust und Rücken waren verdächtige, kupferrothe Flecke vorhanden. Patient erhielt damals Jodeisen, Jodkalium und Leberthran, erholte sich im Laufe eines Jahres sichtlich und hatte an Körpergewicht zugenommen. Dann hatte er ein unregelmässiges Leben geführt. Jetzt klagte er über Nachtschweisse, schmerzhaft empfindungen im Rücken und in den Beinen, grosse Schwäche und Appetitlosigkeit; die Fauces waren geschwollen, dunkelroth; am rechten Beine befanden sich zwei Rupia ähnliche Flecke, einer an der Wade, der andere an der Innenseite des Knies, letzteren schrieb Patient dem Reiben des Steigbügelleders zu. Der Percussionston unter dem rechten Schlüsselbein war etwas gedämpft. Im weiteren Verlauf besserte sich das Allgemeinbefinden, aber die Schmerzen im Rücken und in den Beinen, sowie ein Gefühl von Steifheit in den Waden und Lenden hielten an; unter Fiebererscheinungen stellte sich eine, zwischen Roseola und Ekzema schwankende Mischform eines verbreiteten Exanthems ein. Im Nacken und in der Inguinalgegend schwellen die Drüsen an; umschriebene harte Schwellungen traten in den Waden, sowie eine ähnliche unterhalb des Kieferwinkels auf. Letztere ging in Abscedirung über. Später, als die Muskelgeschwülste der Wade, traten *die oberflächlichen Venen des rechten Oberschenkels und der Hüfte* in Form harter Stränge auf und das ganze Bein war geschwollen. Dabei war ein mässiges Fieber vorhanden. Die Geschwülste in der Wade resorbirten sich langsam. Nach 2 Monaten waren die letzten Spuren der Schwellung und des Exanthems verschwunden und das Körpergewicht hatte zugenommen.

Löwenfeld²⁾

beschreibt einen in der Abtheilung des Gustav Löbel im allgemeinen Krankenhause zu Wien seit mehr als Jahresfrist mit kurzen Unterbrechungen beobachteten Fall:

1) Greenhow, E. H. Fall von Tumoren in den Muskeln und Phlebitis mit Verstopfung der oberflächlichen Venen beider Beine in Folge von constitutioneller Syphilis. — In: Transactions of the clinical society of London. 1873, VI, p. 143; Ref. in: Schmidt's Jahrbücher, CLXIII. p. 249.

2) Löwenfeld. Zwei Fälle von syphilitischer Erkrankung der Leber. — In: Wiener med. Presse, 1873, XIV, p. 901.

An einer 40 jährigen Köchin war aus einer bedeutenden Vergrösserung und Verdichtung der Leber und Milz, zwei vor 20—23 Jahren entstandenen, gestrickten, longitudinalen Bubonen-Narben in inguine, mehreren strahligen Narben am Scheideneingange, die Diagnose auf syphilitische Erkrankung der Leber gestellt werden. Im Laufe der Zeit stellten sich neben anderen Erscheinungen Magen- und Darmblutungen, darauf Hydrops mit Ascites ein, und unter Uebelkeiten, Somnolenz und Collaps trat der Tod ein. Die von Hans Kundrat vorgenommene Obduction ergab folgenden Leber befund: Die Leber mittelst strang- und plattenförmiger, schwieliger Pseudomembranen an das Zwerchfell geheftet, ihre Kapsel an der convexen Fläche mit einer eben solchen dicken Pseudomembran überkleidet, dabei dieselbe gelappt, so dass über wallnussgrosse Protuberanzen an ihrer Oberfläche hervortraten, die selbst wieder, wie einzelne zwischenliegende Partien, grob granulirt sind. Diesen Lappen entsprechend sieht man auf der Schnittfläche das fett- und leicht ikterisch-gelbe Leberparenchym von weissen, dichten, faserigen sich in zartere Zweige zerspaltenden Faserzügen durchsetzt, die namentlich um den *rechten Pfortaderast gegen den Hilus zu mächtig entwickelt sind. Dieser rechte Ast, so wie der Hauptzweig desselben, der gegen den stumpfen Leberrand nach hinten verläuft, von einem den Wänden zum Theil fest anhaftenden, in seinen Mittelschichten fahl entfärbten Thrombus ausgefüllt, unter welchem die Wände der Vene aufgefilzt erschienen.* Der nach dem rechten Leberrande ziehende Hauptzweig des rechten Pfortaderastes, sowie dessen Zweige durch die Schwiele verengt. In einzelnen Faserzügen hanfkorn-grosse, trockene, käsige Knoten eingeschlossen. Die Milz auf's Sechsfache vergrössert, derb, speckig glänzend.

Felix Victor Birsch-Hirschfeld¹⁾

wendet sich zunächst gegen Oedmansson, welcher meinte, dass die Stenose der Nabelvene innerhalb der Nabelschnur auf einem atheromatösen Prozesse beruhe; Birsch-Hirschfeld habe vor Heubner eine solche Nabelvene untersucht und Alles das gefunden, was Heubner über dieluetische Erkrankung der Hirnarterien beschrieben habe.

„Im groben Verhalten ist hier (*Nabelvene*) anzuführen die sehr häufig ganz scharf umschriebene Erkrankung der Intima. Ferner boten mikroskopische Schnitte durch die verdickte Stelle

1) Birsch-Hirschfeld. Beiträge zur pathologischen Anatomie der hereditären Syphilis Neugeborener, mit besonderer Berücksichtigung einer Veränderung der Bauchspeicheldrüse. — In: Archiv der Heilkunde, Leipzig, 1875, XVI. p. 166—178.

ganz wesentliche Differenzen gegen atheromatöse Gefässe. Es fanden sich in der Intima dichte Lagen von Zellen, zum grossen Theil von spindelförmiger Gestalt, zum Theil mit Rundzellen untermischt; an anderen Stellen hatte das Gewebe einen mehr faserigen Charakter, wieder an anderen lagen rundliche und ovale Kerne in einer körnigen Grundsubstanz. Auch die Adventitia war betheilig, indem sich in ihr entsprechend dem Sitz der Verdickung reichlichere Anhäufung lymphoider Elemente vorfand. Fettdegeneration oder Kalkinfiltration war nicht nachzuweisen. . . Ich erwähne übrigens, dass gerade in diesem von mir histologisch untersuchtem Fall die syphilitische Epiphysenerkrankung ganz ausgezeichnet vorhanden war.“

An einer Stelle notirt Birch-Hirschfeld „einmal gummöse Peripylephlebitis“ neben der „specifischen Knochenerkrankung;“ es lässt sich wohl annehmen, dass damit der eben erzählte Fall gemeint ist.

Thomas Stretch Dowse¹⁾

macht nach der Angabe von Johannes Orth²⁾ eine kurze Mittheilung über einen Fall von „*Gummöser Affection der Sinus Duræ matris*.“ Leider konnte ich auch die Beschreibung dieses Falles nicht auftreiben, doch sprechen beide der genannten Namen und auch die angeführte Litteraturangabe, die ich aus vollkommen sicherer Quelle geschöpft habe, für die Richtigkeit des wenn auch nicht näher bekannten Casus.

August G. Caillé³⁾

untersuchte mit „Unterstützung“ von Georg Eduard Rindfleisch und unter dessen Referate 6 Fälle von congenitaler Lebersyphilis, wovon die folgenden bemerkenswerth:

1) Knabe von drei Wochen starb an interstitieller Pneumonie; der Vater notorisch syphilitisch. Leber gross und derb; die mikroskopischen Schnitte mit Picrocarmin und Haematoxylin behandelt. An diesen Präparaten begegnen wir einer Erscheinung, welche sich durchgängig bei allen von mir untersuchten Lebern der Beobachtung aufdrängt, der Capillarthrombose. Vor Allem lässt sich eine

1) Dowse, Th. St. Gumma syphiliticum of posterior cerebral sinuses and tentorium cerebelli. — In: Transactions of the pathological society of London, 1876, XXVII. p. 11—13.

2) Orth, J. s. l. c. p. 268.

3) Caillé, A. G. Zur pathologischen Anatomie der congenitalen Lebersyphilis. Inaug.-Dissert. Würzburg, 1877, 8^o, p. 28.

periportale bindegewebige Wucherung constatiren, wie sie bei der gewöhnlichen Cirrhose, sowie auch bei der durch Syphilis bedingten, gang und gebe ist; nebenbei zeigt sich eine zellige dichte *Infiltration um die grösseren Portalgefässe*, mit einer diffusen Zelleninfiltration durch das ganze Lebergewebe. Dabei fällt jedoch gleich eine Anordnung von Zellen zu kleinen Haufen ins Auge, über deren wahre Natur man sich erst durch starke Vergrösserung orientirt. Es zeigt sich nämlich, dass diese Zellenhaufen genau dem Lumen einzelner Capillaren entsprechen, auch sind die einzelnen Elemente so dicht aneinander gelagert, dass man ihnen recht wohl die Eigenschaften eines obstruirenden Thrombus beilegen darf. Solcher Haufen finden sich 30–40 und mehr in einem Acinus; man kann deutlich unterscheiden, dass sich sowohl weisse wie rothe Blutkörperchen neben einander vorfinden: in manchen Capillaren ist die Verstopfung ausschliesslich durch weisse Blutkörperchen bedingt, auch findet sich um die Capillaren eine Anhäufung von Rundzellen, welche offenbar aus den Capillaren selbst stammen und sich von hier aus verbreiten und das Gewebe überschwemmen.

2) Neugeborenes, ausgetragenes, gut genährtes Kind. Rothe Flecken an den Extremitäten nebst Pemphigusblasen, Knochensyphilis, Hepatitis gummosa et interstitialis. Leber vergrössert; am Hilus findet sich am Eintritt der Gefässe, dieselben umhüllend, ein *äusserst derbes Bindegewebe, etwa 2 Ctm. breit; dasselbe dringt mit der Pfortader 12 Mm. in die Leber ein und spaltet sich daselbst mit der Gefässverzweigung in 2 Aeste* und giebt später in der Tiefe schmalere Zweige ab. Links dieselbe Wucherung; das Parenchym der Leber von zahllosen mattgelben milliaren Knötchen durchsetzt. Die mikroskopische Untersuchung zeigt diffuse Infiltration nebst Perivasculitis und Capillarthrombose. Von viel grösserem Interesse ist das Verhalten der Leberzellen und der Bindegewebs-Hyperplasie. Mittelst schwacher Vergrösserung haben wir den Anblick einer derben fibrösen Einlagerung, als rundlichen Herd von 0,5 Ctm. D., welcher sich sehr scharf von dem übrigen Gewebe abgrenzt. Diese circumscripte Neubildung hat sich offenbar um grössere Portalstämme entwickelt, deren Lumina im Centrum des Knotens hervortreten. Noch ist eine Vollpfropfung einzelner Capillaren mit Rundzellen anzuführen, auch die grösseren Gefässe zeigen an sich abnorme Vorgänge im Sinne einer enormen Hyperplasie der Adventitia.

3) Männliches Kind von 5 Monaten. Syphilis nodosa, Gumma ventriculi sinistri cordis, Hepatitis pulmonis, Gummata lienis, Hepatitis diffusa syphilitica. Bei schwacher Vergrösserung an einem Schnitt durch eine schon makroskopisch als speckig erkennbare Partie der Leber, sieht man wiederum eine üppige Neubildung von Bindegewebe, in deren Centrum sich *grössere Portalgefässe be-*

finden. Offenbar hat die Wucherung an der Peripherie dieser Gefäße begonnen und durch energisches Wachsthum für sich Terrain erobert.

4) Kind von 4 Monaten. Ulcerirendes Exanthem des Gesichts, Pemphigus der Extremitäten. Abmagerung. Milz vergrößert und derb. Leber sehr stark vergrößert, derb, fast gelb, nicht acinös. Diese von der Vena portae aus mit blauer Leimmasse injicirt, dann mit Gummi-glycerin erhärtet und die Schnitte mit Ueberosmiumsäure, Picrocarmin und Haematoxylin gefärbt, zeigt bei mittelschwacher Vergrößerung, dass die Leimmasse an der Peripherie der Acini eingedrungen ist, *doch im Centrum haben sich die Gefäße nicht injicirt*, vielmehr findet sich da eine mehr oder weniger homogene Masse von gelblicher Farbe mit hie und da eingesprengten Kernen, ohne eine Spur von Leberzellen oder Capillaren. Diese Stellen sind von 0.2 Mm. D., meist kreisrund oder oval; da sich in diesen käsigen nekrotischen Herden stellenweise zahlreiche Rundzellen vorfinden, so sind wir wohl berechtigt, diese Gebilde als syphilitische Gummata aufzufassen. Ueber die Entstehung und Entwicklung derselben giebt eine starke Vergrößerung Aufschluss. Man findet dann im Innern dieser Knoten hier und da streifenförmige Gebilde, welche die Zerfallsmasse wie etwa die Speichen eines Rades durchsetzen. Das ganze Verhalten und die Form dieser hellen Streifen lassen es nicht zu, dieselben als untergegangene Leberzellenbalken anzusehen, vielmehr deutet Alles darauf hin, dass wir es mit obliterirten Capillaren zu thun haben.

5) 26 jähriger Mann. Magere Leiche, ausgedehnter Nasen-defect, narbige Einziehung an derselben. Herz schlaff, Papillar-sehnen verkürzt, Verdickung an Mitralklappen. In der Gegend des 4. Halswirbels ist der Oesophagus perforirt, weiter unten stenosirt. Der weiche Gaumen fehlt, ebenso die rechte Hälfte des Kehldeckels; das linke Stimmband ist vernarbt. Niere verfettet. Leber nicht vergrößert, wurde wegen vorzunehmender Injection nicht makroskopisch untersucht. Aus der Anamnese konnte mit Sicherheit die hereditäre Natur der Erkrankung festgestellt werden. Das mikroskopische Bild der Leber zeigt sich von den schon beschriebenen wesentlich verschieden. Während bisher ein ausgesprochener diffuser Charakter der syphilitischen Neubildung auftrat, ergiebt dieser Fall mehr das Bild einer interstitiellen Hepatitis. Eine *enorme, mächtig ausgedehnte Hyperplasie des periportalten Bindegewebes* tritt hier in den Vordergrund, breite Züge von Fasergewebe nehmen das ganze Sehfeld ein. Das Verhalten der Gefäße gewährt an diesen Präparaten ein nur ungenügendes Studium, da überhaupt in die kleineren Capillaren keine Injectionsmasse eingedrungen ist. Der Wucherungsprocess trägt gewiss die Schuld an der Unwegsamkeit der Gefäße.

Georg Theodor Verflassen¹⁾

hat alles, was J. C. F. Kahl in seiner Leipziger Dissertation vom Jahre 1869 auf den ersten 21 Seiten über Venensyphilis vorgebracht hat, auf 32 Seiten fast wörtlich abgeschrieben und dies dann 8 Jahre später der medicinischen Facultät zu Jena zur Erlangung der Doctorwürde vorgelegt. Die Schrift wäre also nur in einer Geschichte des medicinischen Unterrichts von einigem Interesse; hier wurde sie nur erwähnt um etwaige Nacharbeiter zu informieren.

Shirley Deakin.²⁾

A. K., aged 25, scullion, was admitted to hospital at Morar, Gwalior, on June 2nd, 1875, suffering from a considerable degree of ascites, and anasarca of feet and ankles. The patient was anaemic, weak, and scarcely able to walk. On examination the liver and spleen were found to be enlarged. He suffered from no marked degree of icterus, though the conjunctivae were slightly discoloured. The urine was of normal colour, and contained a large quantity of albumen. There was a slight deposit which, under the microscope, was found to be crystalline; there were no casts. He was treated with iron, quinine, and iodide of potassium, with inunctions of the mercury biniodide ointment for his splenic affection, though no history of syphilis had been made out, and he denied the fact.

After being in hospital some six weeks he had an attack of haemorrhage from the bowel. This was checked by the administration of ergot, ferric chloride etc. Next day, the 22nd of July, he vomited a large quantity of blood, and expired the same night. Previous to the attack of haemorrhage he had improved. He was twice tapped; the first time 13½ pints, the second 11½ pints were removed.

Autopsy: Body thin, fluid in peritoneal cavity; oedema of feet and ankles. Heat not examined. Thorax: Heart and great vessels healthy; large yellow clot in right auricle. Some fluid in pericardium and pleurae. Lungs both healthy. Bronchi contain some frothy mucus mixed with blood. Lungs adherent to walls of thorax and to diaphragm. One large bronchial gland, an inch and a half

1) Verflassen, G. Th. Beitrag zur Anatomie und Symptomatologie der syphilitischen Affectionen der Leber. Inaug.-Dissertation. Jena, 1877, 8°, p. 32.

2) Deakin, S. Notes on two cases of syphilitic disease of the liver. — In: Lancet, London, 1879, I, p. 552.

long, consisted of a firm yellow-and-black mass. Abdomen contained some fluid. The omentum was tough and wax-like in appearance, about $\frac{1}{8}$ " thick. The left lobe of the liver was nearly equal in size to the right, and the organ extended right across the abdomen from right to left . . . Liver: Both lobes nearly equal; capsule thickened, and firmly adherent to stomach and diaphragm. Tissue very firm, of a pale yellowish-brown colour on section, excepting on right border of right lobe, where the tissue was more healthy in appearance. The bileduct was patulous. *The portal vein was lined with a dense white membrane*; the ramifications of the portal vein, hepatic duct, and hepatic artery were much contracted, and there was a considerable increase in the tissue of Glisson's capsule. One large, firm, yellow gumma occupied the position of the caudate lobe, impinging on the fissure for the portal vein. Other masses were found in the adjacent parts of Glisson's capsule, the whole number being collected into a mass about two inches square, each gumma being rounded, about the size of a horse-bean and surrounded by a layer of firm, translucent tissue, the exterior of which exhibited numerous fine red vascular streaks . . .

Karl Huber.¹⁾

Puella publica, 22 Jahre alt, im 14. Jahre mit Scharlach, Rachendiphtherie und Nierenaffektion geheilt, war im 20. und 21. Jahre zweimal auf der syphilitischen Station des Dresdener Krankenhauses mit örtlicher und allgemeiner Syphilis (Ulc. syphilit. in genital., Psoriasis palm., Bubo sinist., Condyloma lata ad lab. pudend., Exanthem. macul., Stomatitis ulcer. ad tonsill. et lab. oris etc.) in Behandlung; nach je einer Inunctionscur waren die sinnfälligen Erscheinungen jedesmal vollständig geschwunden; 14 Tage nach der zweiten Entlassung bemerkte die Kranke, dass sich ihr Urin trübte, es traten dann Oedeme von den Beinen aufsteigend über den ganzen Körper ein, worauf sie in das Jakobshospital in Leipzig aufgenommen wurde: Starkes allgemeines Körperoedem; Zeichen von Flüssigkeitsansammlung in Brust- und Bauchhöhle; geringe Erscheinungen von Seiten der Respirationsorgane. Die Oedeme besserten sich in geringem Grade, stellten sich jedoch nach einiger Zeit wieder ein, um von da ab sich in wechselnder Höhe bis zum Tode zu erhalten. Der Urin in geringer Menge, weisslich gelb, stark getrübt, stets grosse Eiweissmengen, reichliche Eiterkörperchen, bisweilen Cylinder u. s. w. enthaltend. Häufiges Erbrechen, Stuhlgang dünn, Herzaction stets schwach. Zu schneller Abnahme der Kräfte gesellte sich starke psychische Depression. In den letzten Tagen öfter Zittern des ganzen Körpers, besonders an den Händen, Unruhe, Coma, Tod.

1) Huber, K. Ueber syphilitische Gefässerkrankung. — In: Virchow's Archiv. Berlin, 1880, LXXIX, p. 537—544.

Anatomische Diagnose: Allgemeine Gefässerkrankung mit ausgedehnter Verkalkung, am stärksten im arteriellen System. Amyloid der Milz, des Darmkanals, der mesenterialen Lymphdrüsen, der Leber, in letzterer mit Verfettung. Rechtseitige Amyloidnephritis. Linkseitige Pyelonephrose. Ureteritis. Cystitis. Hydrops anasarca. Geringer Hydrothorax. Hydropericardium, Ascites. Thrombose der Vena cava inferior und der Vena cruralis dextra. Embolie der Lungenarterien. Geschwüre im Darmkanal und im Kehlkopfe. Verkäsende und frischere entzündliche Infiltrate sowie Bronchiectasenbildung in beiden Lungen. Hochgradiges Lungenödem. Starker Decubitus sacralis.

Aus dem sehr eingehenden Obductionsbefund sei hier nur hervorgehoben: Sämmtliche Arterien der weichen Gehirnhäute und der Gehirnsubstanz von völlig normaler Beschaffenheit. . . . *Einfache Verdickungen der Intima finden sich ferner an den grösseren Venen beider unteren, in geringerem Grade denen beider oberen Extremitäten, an mehreren der Pulmonalarterienäste jedes Calibers, sowie an dem Stamm der Vena portarum in seinem ganzen Verlaufe an kleinen umschriebenen Stellen vor.* Verkalkung, vollkommen analog der in dem arteriellen Systeme, ist vereinzelt an den mittleren, etwas ausgedehnter an den kleinen Venen der Gliedmassen vorhanden; auch hier sind die beiden unteren Extremitäten bevorzugt gegenüber denen der oberen. Dieselbe Veränderung ist an wenigen Stellen in einigen der kleinen Pulmonalararterienäste auch zu bemerken. *Die Vena cruralis dextra nebst einem Theil ihrer grösseren Muskeläste von total obturirenden Thromben erfüllt, welche sich nach aufwärts bis in die Vena cava inferior hineinziehen.* Bei der mikroskopischen Untersuchung boten die als verkalkt bezeichneten Partien, sowohl bei durchfallender, wie auffallender Beleuchtung das gewöhnlich hierfür charakteristische Ansehen dar. Auch die chemischen Reaktionen stimmten hiermit überein.

Karl Huber will diesen Fall „mit aller Bestimmtheit als syphilitische Gefässerkrankung aufgefasst“ wissen, obwohl „hiebei der Syphilis keinerlei Specifität zugestanden werden kann, sondern sie ist in eine Reihe zu stellen mit den genannten (hohes Alter, Potatorium u. s. w.) praedisponirenden Momenten.“

Athanase Léon Gosselin.¹⁾

1) Le 2 sept. 1870 est entré au n° 1 de la salle Sainte-Vierge un homme de 25 ans, qui, trois mois et demi après un chancre in-

1) Gosselin, A. L. Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité, tome III (um 1880?) — Ref. H. Mendel in: Archives générales de méd. Paris, 1894, I, p. 309—310.

duré, présentait sur les cuisses, le ventre, le dos et les bras, une syphilide vésiculo-papuleuse incontestable et, de plus, quelques tumeurs sous-cutanées mollasses, récentes, grosses comme des pois ou un peu plus qui nous ont paru être des gommès à l'état de crudité. Il y avait, en un mot, un mélange d'accidents secondaires et d'accidents tertiaires. J'ai constaté de plus, sur les deux jambes, trois indurations allongées, sous-cutanées, deux sur la jambe droite, la troisième sur la gauche. *Elles correspondaient à la veine saphène interne*, ou à l'une de ses branches collatérales, avaient de 3 à 5 cm. de longueur et étaient douloureuses à la pression. Trois semaines après l'administration de la liqueur de van Swieten, et de iodure de potassium toutes les indurations allongées avaient disparu en même temps que les gommès sous-cutanées, bien que la syphilide persistât encore.

2) Une fille de 25 ans se plaint d'une douleur de la jambe gauche, avec difficulté de la marche produite par cette douleur, et par l'impossibilité d'étendre complètement le genou. Rien du côté de l'articulation, ni du côté des muscles. Mais on constate un gonflement, très douloureux à la pression, sur la partie postérieure et supérieure du mollet. Ce gonflement est sous-cutané, à une assez grande distance de la peau, et par conséquent sans adhérence avec cette dernière. Il est allongé, long d'à peu près 4 cm, et étroit d'environ 1 cm. Il est sans changement de couleur à la peau, sans empâtement superficiel, et offre sur toute sa largeur une consistance très-ferme. C'est un cordon dur, allongé et douloureux, surtout à la pression et pendant la marche. La maladie à laquelle celle-ci ressemble le plus est la phlébite avec thrombose. En faveur de cette opinion, on a, outre la forme allongée de l'induration douloureuse, cette circonstance que la lésion se trouve sur le trajet *de la saphène externe, non loin de son abouchement dans la veine poplitée*.

D'autre part, on constate, facilement, grâce à la roséole, à la céphalée, à l'adénopathie occipitale, que la malade est en pleine poussée de syphilis secondaire. On peut donc conclure, en l'absence de toute cause de phlébite, que cette jeune femme porte une gomme développée dans le tissu conjonctif qui forme la membrane externe et l'enveloppe de la veine saphène externe. Cette gomme phlébique disparut en l'espace de quinze jours, sans avoir suppuré et sans que la veine ait conservé la moindre apparence d'oblitération persistante.

Franz Chvostek.¹⁾

v. P., Lieutenant, 28 Jahre alt; vor 2 Jahren Schanker, der in wenigen Wochen und ohne secundäre Erscheinungen geheilt

1) Chvostek, F. Ueber syphilitische Hepatitis, Lebersyphilis. — In: Archiv f. Dermat. u. Syph. Wien, 1881, XIII, p. 371—374.

sein soll. Status praesens vom 14. Jänner 1880: kräftiger Knochenaufbau, geringe Abmagerung; Haut gelblich weiss, auch die Conjunctiva, Stimme umflort, in den Lungenspitzen leichte Dämpfung, schwaches unbestimmtes Athmen; Leber etwas vergrössert. Die Leisten-, Cubital- und Nackendrüsen leicht geschwellt, hart und nicht schmerzhaft. Bis 28. Februar zwei Kolikanfälle. Kein Fieber. 2 Gramm Jodkalium pro die.

Am 23. August mehr abgemagert, Kolik nach jeder Mahlzeit; in der letzten Zeit gegen Morgen mässige Schweisse. Dämpfung in den Lungen grösser, Leberdämpfung normal, Nabelgegend druckempfindlich; mässige Diarrhöe. Patient marascirte immer mehr. Am 3. September Schluchzen, Schmerzen in den Schläfen, Fieber vom 9 an. Am 11. leichtes Oedem um die Fussknöchel und mässigen Hascites, der ziemlich rasch wuchs. Singultus immer frequenter und intensiver. Am 22. vorübergehend Erbrechen; am 25. Petechien im Epigastrium; am 27. starke Somnolenz, leichte Delirien, unwillkürliche Entleerung, rasch sich steigernder Verfall der Kräfte und am 28. der Tod.

Diagnose: Chronische Tuberculose beider Lungenspitzen. Ringförmige tuberculöse Geschwüre im Ileum und Jejunum. Beginnende Cirrhose der Leber. *Obturirende Thrombose des Sinus falciformis major und des linken Sinus transversus und sigmoideus, sowie der grösseren Hirnhautvenen auf der Convexität.* Pachymeningitis chronica. Eine syphilitische Narbe des Stirnbeins nebst Hyperostose des letzteren. Osteophyten auf der Innenfläche des Schädels. Allgemeiner Haut- und Höhlenhydrops.

Bernhard von Langenbeck¹⁾

beobachtete innerhalb dreier Jahre zwei Fälle von Venensyphilis, die erst nach der Operation diagnostisch festgestellt werden konnten.

1) Eine Riemersfrau, 53 Jahre alt, hat vor vielen Jahren längere Zeit hindurch an Fluor albus gelitten. Vor 4 Monaten bemerkte sie eine bohngengrosse Anschwellung an der rechten Seite des Halses, in der Höhe des Kehlkopfes, die langsam wuchs, bei Berührung schmerzte, das Athmen und Schlingen aber nicht behinderte. Bis zur Operation war die Geschwulst bis zur Grösse eines Hühnereies gewachsen, zeigte feste Consistenz und imponirte für ein Carcinom. *Die Vena jugularis communis war von den Geschwulstmassen vollständig umwachsen, musste unter- und ober-*

1) Langenbeck, B. v. Ueber Gummigeschwülste (Granulome Syphilome). — In: Archiv für klinische Chirurgie, Berlin, 1881, XXVI, p. 265—286.

halb unterbunden und mit diesen extirpiert werden. Die extirpierte Geschwulst, durchschnitten, war von gelblich grauer Färbung, festem, aber ziemlich bröckligem Gefüge und sehr arm an Gefässen. Ein Saft liess sich aus derselben nicht austreichen. Die Venenhäute sind in der Geschwulst noch deutlich zu erkennen, aber so brüchig geworden, dass sie zerreißen, sobald man die Geschwulst von ihnen abzulösen versucht. Mit der inneren Venenhaut fest verwachsen findet sich ein vollkommen entfärbter, fest adhärenter Thrombus. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass die Geschwulst aus Granulationsgewebe bestand, eine Diagnose, die auch von Virchow bestätigt wurde.

Nach zwei Jahren (die Kranke war längst geheilt und in ihre Heimat zurückgekehrt) zeigte sich die Zunge dick angeschwollen mit einem tiefen Ulcus auf der Rückfläche derselben, sowie auch Ulcerationen des weichen Gaumens. Letztere nahmen an Ausdehnung und Tiefe rasch zu, so dass die Gaumenbögen vollständig zerstört wurden, während das Geschwür der Zunge keine Neigung zur Vergrösserung zeigte. „Die von mir (Kreisphysikus des Ortes) verordneten Gurgelwässer hat die Patientin nicht angewendet, sie hat überhaupt keine Mittel gebraucht und dennoch sind diese ausgedehnten Verschwärungen vollständig geheilt, natürlich mit Hinterlassung bedeutender Defecte und lästiger Schlingbeschwerden. Ungefähr ein halbes Jahr darnach bildete sich auf der linken Wange eine taubeneigrosse schmerzlose Geschwulst, welche sich röthete und zu einem tiefen Ulcus öffnete. Auch dieses heilte ohne alles ärztliche Zuthun unter Anwendung von Hausmitteln mit Hinterlassung einer tiefen strahlenförmigen Narbe. Wieder ein halbes Jahr später sind die Halsdrüsen linkerseits bis Wallnussgrösse angeschwollen und unter dem Kinn liegt ein Paket haselnussgrosser Drüsen. Syphilis wird entschieden geläugnet. Ich kenne die Patientin seit 14 Jahren, und sie ist früher nie krank gewesen. Ihr Mann ist gesund und kräftig, die von ihr geborenen Kinder sind sämtlich gesunde kräftige Leute.“

2) Eine 42jährige Frau hat angeblich niemals an Syphilis, Fluor albus, Drüsenschwellungen, Halsschmerzen gelitten, nur bemerkte sie vor vier Jahren einen Ausschlag am rechten Bein und an der rechten Hand, von welchem Spuren nicht zurückgeblieben sind. Bereits vor dem Auftreten des Ausschlages fielen ihr die Kopfhaare stark aus. Vor fünf Monaten bemerkte Patientin eine bohnergrosse, schmerzlose Geschwulst in der rechten Schenkelbeuge. Drei Monate später entstanden sehr lebhaft, brennende Schmerzen an der Innenseite des Oberschenkels, im Bereich der bedeutend herangewachsenen Geschwulst. Der Oberschenkel konnte bald nicht mehr bewegt werden, ohne dass die heftigsten Schmerzen entstanden. Nach weiteren zwei Monaten, bei der Aufnahme in die

Klinik, findet sich in der rechten Schenkelbeuge, unterhalb des Ligam. Pouparti eine faustgrosse, rundliche Geschwulst von fester Consistenz und höckeriger Oberfläche. Von den tieferen Theilen der Schenkelbeuge ist der Tumor nicht zu isoliren, so dass eine Verwachsung mit den Schenkelgefässen und dem N. femoralis als möglich angesehen wird; was sich auch bestätigte.

Die darum nur theilweise extirpirte, über hühnereigrosse Geschwulst zeigt auf ihrer Durchschnittsfläche eine trübe, gelb gefärbte Gewebsmasse und ein entschieden elastisches Gefüge. Von ihrer Oberfläche gehen überall sehr zahlreiche, derbe Bindegewebsbalken aus, welche nach allen Richtungen ausstrahlen und die innige Verwachsung der Geschwulst mit den Nachbargeweben vermittelt haben. In dem mehr lockeren, deutlich faserigen Grundgewebe der Geschwulst lassen sich dichtere Knoten von gelblicher Färbung erkennen. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass die derberen, gelb gefärbten Herde aus regulärem, stellenweise hochgradig verfettetem Granulationsgewebe, die lockeren Partien aus losem, mässig fettreichem Bindegewebe bestanden.

23 Tage nach der Operation starb die Kranke unter den Erscheinungen von Pyaemie. Im linken Pleurasack ungefähr 1200 Grm. eitriger, faulig riechender Flüssigkeit; im linken unteren Lungenlappen ein etwa 2 Thaler grosser, gangränöser Infarct. Ausserdem Infarcte in beiden Lungen. Das Herz zeigt gelbe Atrophie; in den Nieren Nephritis bacterica, amyloide Degeneration der Vasa recta und Glomeruli. Chronischer Milztumor. In der Gebärmutter chronischer Infarct. Erosionen am Orificium externum, strahlige Narben in der Vagina. Endlich glatte Atrophie des Zungengrundes.

*Die aufgeschnittene Vena femoralis zeigt einen fest adhären-
t, völlig entfärbten Thrombus, welcher peripher in ein langes Blut-
gerinnsel übergeht, centralwärts sich in frischere, noch nicht ent-
färbte, zum Theil puriform geschmolzene Thrombusmassen fortsetzt.* Die Intima zeigt eine morsche, brüchig rauhe Beschaffenheit ihrer Oberfläche, *welche sich noch bis in die Vena iliaca externa hinein verfolgen lässt.* Die mikroskopische Untersuchung der Neubildung, welche die Vena fem. umwachsen und die Arterie verdrängt hatte, ergiebt reines Granulationsgewebe. Die Zellen derselben sind klein, zeigen grosse Tendenz zum Zerfall, so dass grosse Partien des untersuchten Materials nur feinkörnige Detritusmassen erkennen lassen. Die Untersuchung ergab demnach dasselbe Resultat, wie bei dem etwa gänseeigrossen, auf operativem Wege entfernten Tumor, welcher für eine Gummigeschwulst erklärt werden musste — eine Auffassung, die auch von Virchow, welcher die Geschwülste untersuchte, getheilt wurde. Anderseits sprechen concomitirende Befunde: die strahlige Narbe in der Vagina, die amyloide Degeneration der Nieren und die glatte Atrophie des Zungengrundes für constitutionelle Syphilis.

E. Gayraud.¹⁾

1. D., âgé de 31 ans, tanneur, entre le 1. mars 1882 à l'Hôtel-Dieu St.-Eloi, porteur d'un chancre de la verge dont le début remonte à trois mois environ. Vers le 27 avril, apparition des symptômes secondaires; administration du traitement classique. Le 7 juillet, le malade se plaint d'éprouver depuis la veille, dans le membre inférieur gauche, une vive douleur survenue sans cause appréciable. Il lui est impossible de se tenir debout. En examinant la partie inférieure et interne de la cuisse immédiatement au-dessus du genou, on y voit une rougeur diffuse et une tuméfaction douloureuse au-dessous de laquelle la palpation fait découvrir un cordon dur et volumineux de 10 ctm. environ de longueur. Au-dessus de ce point, la peau présente sa coloration normale. Le surlendemain, la douleur est moindre, le gonflement est plus circonscrit, mais tout le long de la partie interne de la cuisse on sent un cordon dur, très-volumineux, situé sous la peau, à la place *de la saphène interne et se prolongeant jusqu'à l'abouchement de cette veine dans la veine fémorale*. Toute cette région est le siège de douleurs très-insupportables qu'exaspèrent la pression ou les mouvements au-dessus du tiers inférieur de la cuisse; la peau présente sa coloration normale. Sous l'influence du traitement mis en usage (repos au lit, frictions avec l'onguent napolitain belladonné, cataplasmes, pilules Dupuytren), l'engorgement se résout peu à peu. Dès le 26 juillet, le malade se lève sans éprouver de douleurs, et vers le 15 août, tout symptôme de phlébite a disparu.

2. C... âgé de 23 ans, eut rapport au mois d'août 1880 avec une femme suspecte. Pendant le voyage très-pénible qu'il fit ensuite dans le sud oranais, il dut se mettre trois fois dans l'eau jusqu'à la ceinture. Vingt jours seulement après son départ, il s'aperçut de l'existence d'une petite ulcération à la base du gland. Il entra alors à l'hôpital. Pendant son séjour, il fut atteint de rhumatisme articulaire avec gonflement des genoux. Chancre et rhumatisme guérirent en moins d'un mois. Revenu en France, le malade fit un premier séjour à l'Hôtel-Dieu St. Eloi; à cette époque il présentait de la roséole, des adénopathies cervicales, de l'angine et de la laryngite spécifiques. Sous l'influence du traitement, ces manifestations s'amendèrent et le malade put quitter l'hôpital. Mais quelques jours après, de nouvelles poussées l'y ramenèrent, le 31 mai 1881. Le 12 juin, sans cause appréciable, survient une fièvre intense qui oblige le malade à garder le lit. La langue est sale; le malade se plaint de

1) Gayraud, E. De la phlébite adhésive comme accident de la période secondaire de la syphilis. — In: Gaz. hebdomad. des sciences méd. de Montpellier, 1882, IV, p. 509—512; Ref. H. Mendel: in Archives génér. de méd. Paris, 1894, I, p. 307—308.

dyspnée. On ordonne un vomitif: le lendemain la fièvre est presque nulle. A ce moment, C... attire l'attention sur une douleur qu'il éprouve à la partie interne du bras droit, en arrière du biceps. Toute cette région est un peu rouge et légèrement tuméfiée; la douleur est assez vive pour rendre impossible l'examen par la palpation. Dans la pensée qu'il se développe une lymphangite, on prescrit des frictions loco dolente avec l'onguent napolitain belladonné. Le surlendemain, à la visite, on constate la diminution de la douleur et du gonflement, à la partie interne du bras droit; du pli du coude jusqu'à la partie inférieure de la région axillaire, s'étend au-dessous de la peau un cordon dur, sans nodosités, du volume d'une plume de corbeau, situé en avant de l'artère humérale, très-douloureux à la pression. Pas d'oedème de l'avant-bras; aucun engorgement des ganglions axillaires ni du ganglion épitrochléen. On diagnostique une *phlébite adhésive de la veine basilique*. Les frictions mercurielles sont continuées et on reprend le traitement spécifique, suspendu depuis quelques jours. Peu à peu, la douleur diminue, le cordon devient de moins en moins volumineux et le 8 sept., jour où le malade quitte l'hôpital, il n'en reste plus aucune trace.

F. Greiff.¹⁾

Maklersfrau, 43 Jahre alt, hatte in 12jähriger Ehe 13 Wochenbetten durchgemacht (einmal Abortus in der 12. Woche), die stets mit heftigen Blutungen verbunden waren und die Kranke in hohem Grade herunterbrachten. Von allen Kindern lebt nur ein Mädchen von 6 Jahren, das gesund und kräftig sein soll; die anderen starben zeitlich, meist im Alter von wenigen Wochen. Der Mann will stets gesund, nie syphilitisch gewesen sein, doch habe er bei seiner Verheiratung an seiner Frau einen Ausschlag und Geschwüre an den Genitalien, später nichts mehr bemerkt. Die Kranke führte ein äusserst anstrengendes und an Entbehrungen reiches Leben, doch soll sie sich, abgesehen von Blutarmut, körperlich und geistig stets wohl befunden haben. Im Anschluss an den vor drei Monaten erfolgten Abortus soll sie an Puerperalmanie erkrankt sein, die sich nach 14 Tagen unter deutlichem Nachlass an Kräften und Arbeitslust verlor. Bald darauf starke neuralgische Schmerzen in der Stirngegend, tief deprimierte Stimmung, vollkommene Schlaflosigkeit, und da die Kranke mehrmals bei den Vorbereitungen zu einem Suicidium betroffen wurde, überführte man sie in die Heidelberger Irrenanstalt.

Hier bot sie in der ersten Zeit das Bild einer einfachen Melancholie mit starker Depression, Angst u. s. w. Nach drei Monaten wurde sie erregbar, sprang Nachts schreiend umher, bei Tage war sie kaum im Bett zu halten; sie sprach immer vor sich hin, dieselbe

1) Greiff, F. Ueber Rückenmarksyphilis. — In: Archiv f. Psychiatrie und Nervenheilkunde, Berlin, 1882, XII, p. 564—585.

Redensart vielfach wiederholend. Zugleich traten deutliche motorische Störungen auf: Tremor und choreaartige Bewegungen in Händen und Armen, dann rechtseitige Facialisparesie. Manchmal wurde die Kranke etwas klarer, klagte dann über Kopfschmerzen, Schwindel und unangenehme Geruchsempfindungen. Nach weiteren drei Monaten wurde sie total verwirrt: verkannte die Umgebung, sträubte sich unter grossem Lärm gegen Alles und suchte mehrmals zu entkommen; dabei zeigte sie grosse Schreckhaftigkeit. Die Sprache meist lallend, kaum verständlich. Der Gang ist trippelnd, manchmal bricht sie zusammen und stürzt zu Boden. Einen Monat nachher wurde die früher deprimierte und ängstliche Kranke lustig, schwätzte und lachte viel. Dabei vollständige Verwirrung wie vorher, ebenso waren die motorischen Erscheinungen; nur war die Schwäche an den unteren Extremitäten noch grösser; die oberen Extremitäten agierten kräftig. Bald nahm die Erregung wieder zu: sie spuckte, schlug, biss um sich und zeigte dabei einen enormen Appetit, und nach einem weiteren Monat nach dem Umschlag in Heiterkeit, sank, wie früher schon mehrmals, die Körpertemperatur eines Morgens auf 32.0, worauf plötzlicher Collaps und am Abend der Tod eintrat. Aus dem Sectionsprotokoll sei nur die beiderseitige interstitielle Nephritis, ein gummöser Conglomeratknoten in der Leber und die Osteosklerose des rechten Femurkopfes hervorgehoben. Durch die mikroskopische Untersuchung konnten *sowohl an den Arterien als auch an den Venen des Gehirns und Rückenmarks* starke Veränderungen nachgewiesen werden; in den Arterien fand sich die ausgesprochene Heubner'sche Gefässerkrankung, an den Venen (nur im Rückenmark genau untersucht) eine zur Obliteration führende Affection anderen Charakters. Während bei jenen die Einengung des Lumens durch ungleichmässige Hervorwucherung der Intima erzeugt wird, betheiligen sich bei dem Process an den Venen die Häute derselben in gleichem Maasse, so dass das Gefäss ganz concentrisch bis zur vollständigen Obliteration eingeengt wird. Die ersten Stadien zeigen eine einfache Verdickung der Venenwand mit einer Vermehrung der Zellen zwischen den einzelnen Schichten derselben, besonders in der Externa. Auch in dieser erscheinen wie bei der Arterienadventitia die Zellen besonders an einer Stelle angehäuft, welche wiederum einer stark infiltrirten Partie der Pia entspricht. Bei weiterer Zunahme des Processes wird das Lumen der Vene durch die concentrisch vorrückende, immer mehr sich verdickende Gefässwand gradatim kleiner, bis es zuletzt gar nicht mehr nachweisbar ist und die Vene ein solides, rundliches, aus welligen Faserzügen zusammengesetztes, mit Rundzellen mässig infiltrirtes Gebilde vorstellt. Diese hochgradigste Entwicklung fand sich nur an zwei Stellen: in Hals- und Lendentheil des Rückenmarks. Neben dieser „obliterirenden Phlebitis“ zeigt sich auch die entgegengesetzte Ver-

änderung an einzelnen Venen, nämlich eine starke, theils cylindrische, theils spindelförmige Erweiterung. Man kann des Oefteren constatiren, dass da, wo starke Veränderungen an Arterien und Venen sind, dort auch die Infiltrationen in der Pia am massigsten sind; ferner, dass die Rundzelleninfiltration in der Adventitia der Arterien und Externa der Venen mit derjenigen in der entzündeten Pia unmittelbar zusammenhängt. Am Rückenmark selbst in seiner ganzen Ausdehnung, besonders aber im Hals- und Lendentheil, sind deutliche mit der Gefäss- und Piaerkrankung in directem Connex stehende Veränderungen zu erkennen.

Fasst man die am Rückenmark gefundenen Veränderungen zusammen, so ergibt sich: eine ausgebreitete, theils beginnende, theils schon ziemlich vorgeschrittene Entzündung der Pia, sodann eine ausgesprochene Erkrankung der Arterien und Venen, schliesslich eine mit Quellung und Hyperplasie des interstitiellen Gewebes, mit entzündlicher Exsudation um die Gefässe und mässiger Beeinträchtigung der nervösen Elemente einhergehende Affektion des Rückenmarks.

Ungenannter.¹⁾

Le malade dont il s'agit a pris la vérole il y a deux mois et demi. Il a présenté à ce moment un chancre induré à la verge. Actuellement il est couvert d'une éruption généralisée de papules lentiformes. De plus, il présente une lésion particulière de la *veine basilare* (basilique) au niveau des deux tiers supérieurs de l'avant-bras droit. La veine est en forme de cordelet dur, de la grosseur d'une plume d'oie, irrégulièrement bosselé, très-douloureux à la pression. Elle ne se laisse pas vider par la pression. La peau sous-jacente est rosée. Les autres veines sont intactes. A ce moment, les articulations des genoux, des pieds et des coudes sont douloureuses et un peu tuméfiées. Le malade fut soumis au traitement spécifique. Après vingt frictions mercurielles, les papules ont disparu, de même que l'empâissement de la veine. La phlébite était donc sans conteste d'origine syphilitique. Les articulations sont encore douloureuses. Leur gonflement a diminué.

M. Jastrowitz.²⁾

Der Fall betraf einen 31jährigen, in der Jugend gesunden, aber mit ererbter Neigung zu starken Blutungen behafteten Officier,

1) Ungenannter. Conférence de l'hôpital militaire de Rief (Kieff?) — In: Vrach, St. Petersburg, 1882, No. 49; Ref. H. Mendel in: Archives génér. de méd. Paris, 1894, I, p. 310—311.

2) Jastrowitz, M. Ein Fall von Thrombose der Pfortader ausluetischer Ursache. — In: Deutsche med. Wochenschrift, Berlin, 1883, IX, p. 682—684.

der sich 1879, d. i. im 27. Lebensjahre eine „syphilitische Infection“ zuzog. Obgleich sekundäre Erscheinungen noch nicht aufgetreten waren, machte er doch 30 Einreibungen à $1\frac{1}{2}$ g.; nachher, als sich 2 Monate später Halserscheinungen zeigten, eine zweite Schmierkur von 18 Einreibungen; im August 1882 unterzog er sich einer dritten (50 g.), im Herbst d. J. einer vierten Inunctionskur wegen Geschwürsbildung am Penis, welche im December d. Jhrs. heilte. Schon seit einiger Zeit empfand er öfter Stiche in der Milz- und Lebergegend; auch bestand Schwellung dieser Organe, die als amyloid angesehen wurde. Anfangs Februar 1883 bekam er Icterus, der bald ziemlich intensiv wurde; dann in Karlsbad schwand, kurz darauf aber wiederkehrte. Im Juni machte er in Nenndorf die fünfte Schmierkur (27 g.), die bald aufgegeben werden musste, denn zu der Leber- und Milzschwellung traten Blutungen aus der Haut und lästiges Hautjucken hinzu, das zeitweilig die Nachtruhe störte. Am 4. September 1883 übernahm der Verfasser den Kranken: gut genährt, ziemlich kräftig gebaut; starke Gelbsucht der Haut und der Schleimhäute; den ganzen Körper so sugillirt, als ob er eine Unzahl von Contusionen erlitten hätte; das Sensorium frei; Gefühl von allgemeiner Schwäche und Eingeschlafensein in den Fingerspitzen; am Penis eine grosse Narbe, die Leistendrüsen beiderseits geschwollen; Milz und Leber mässig vergrössert; keine Venenerweiterungen am Leibe und auch kein Ascites. Urin gelbbraun mit gelbem Schaum, klar, specif. Gewicht 1016, ohne Eiweiss und Zucker; Stuhl bleich weissgrau, von eigenthümlich fettigem Glanze. Keine Temperaturerhöhung, Puls klein und frequent.

Am 9. Tage nach der Aufnahme klagte er über Völle und Auftreibung des Leibes, einen Tag später über Verstopfung, indem zugleich der Icterus stärker wurde. Plötzlich am 16. September traten abundante Blutungen aus den Nieren ein, die von nun an bis zum Ende, nur einen Tag nicht, vorhanden waren. Dabei der Appetit gut. Die Sugillationen nahmen zu. An der Haut der Brust, am Oberbauch und an den Extremitäten nahm man Knoten von der Grösse einer Kirsche oder einer Wallnuss wahr. Diese Knoten, ein Dutzend und darüber, sassen erst tief, kamen allmählich an die Oberfläche und platzten, indem sie ein dünnflüssiges schwärzliches Blut austreten liessen. Die flächenhaften Sugillationen traten besonders um die Gelenke hervor. Der Kranke wurde immer schwächer und kam in's Liegen. Am 26. September das erste Mal blutiger Stuhlgang. Am 3. Oktober leichte Temperatursteigerung bei sehr schnellem Puls (38,9 bis 124) und blutiges Erbrechen. Die Hautblutungen nahmen stetig zu, er blutete auch ohne äussere Verletzung allenthalben, aus Ohren und Nase; der Icterus verstärkte sich deutlich. Am 4. Oktober Collaps und starkes Fieber; Tags darauf: Tod.

Die Körperhöhlen vollständig leer; grosse Blutaustritte am Mesenterium, Darm, Peritonäum; das Herz leer, zusammengezogen, normal; die Venae cavae enthielten ganz wenig dickflüssiges Blut; die Lungen in den oberen Hälften blass, in den unteren hämorrhagisch: die Milz etwas vergrössert, zerfliessend weich, wie bei gewissen typhösen Krankheiten, die überquellende chokoladenfarbige Pulpa liess keine genauere Struktur erkennen; die Magenschleimhaut brüchig, verfettet.

An der Oberfläche der Leber eine etwa kindshandgrosse strahlige Narbe, die sich von der Convexität nach der Gegend der Gallenblase auf die Concavität herumzog. Die Gallenblase enthielt wenig dicken, grauen Schleim, sie war verkleinert, verdickt; die Gallengänge mit der Sonde nicht durchdringbar; diese wie sämtliche Gefässe waren in ein ziemlich derbes Bindegewebe eingehüllt. Beim Durchschneiden der Leber fand das Messer Widerstand, man hörte Knirschen. *Die Pfortader war vollständig ausgefüllt von einem homogenen, torfziegelähnlich dunklem Thrombus*, der sich in die Seitenäste ein wenig fortsetzte. Seitlich von dem Thrombus befand sich ein weissgelblicher, kleinwallnussgrosser nach einer Seite zugespitzter Gummiknoten, der mit seiner Spitze in die Pfortader hineinragte, worauf der Thrombus sich offenbar niedergeschlagen hatte. Soweit die Pfortader verfolgt werden konnte, war dieselbe in eigenthümlicher Weise degenerirt; sie zeigte eine starke Verdickung der Wandungen, gelbliche Verfärbung und atheromatöse Zeichnungen in denselben. Ausser dem grossen Gummiknoten fanden sich auch mikroskopisch zwei kleinere an anderen Stellen, und es dürften deren wohl noch mehrere vorhanden gewesen sein. Das Lebergewebe selbst war wenig berührt; die Acini sahen ictersch, sonst gut aus; an der Peripherie befand sich eine ziemlich breite, gelbliche, verdickte Zone: das Centrum war blassroth. Die mikroskopische Untersuchung der Leber zeigte das Gewebe im Allgemeinen ganz normal, nur an den Stellen, wo die syphilitische Narbe sass, waren die Zellen stark verfettet; aber soweit die Gefässe verfolgt werden konnten, waren sie sämmtlich entartet und verfettet.

In gleicher Weise zeigten sich die Nierengefässe entartet und in denselben mikroskopische Thromben. Die Entartung betraf bei den kleinen Arterien alle drei Häute, das Gefäss sah steif, wie aus Holz grob geschnitzt, aus. Makroskopisch fanden sich an den Nieren, besonders an der rechten, deren Kapsel auch Blutaustritte und im Becken submucöse Blutungen enthielt, eine Anzahl von kleinen, keilförmigen, an der Oberfläche breiteren, nach innen sich verjüngenden Herden; ausserdem waren beide Nieren fettig parenchymatös verändert und gelblich gefärbt. Die Vena lienalis war sehr stark erweitert, und auch die Lumina der Vena hepatica und der Arteria hepatica erschienen erweitert.

Die bereits am Lebenden constatirten Sugillationen fanden sich nicht nur im Unterhaut-Zellgewebe, sondern auch in den Muskeln. Im Unterhaut-Zellgewebe richtete sich die Aufmerksamkeit auf die räthselhaften Blutknoten; diese erwiesen sich als Blut, welches in Säcken von Bindegewebe lag, die sofort platzten und ein ungeronnenes dunkelschwärzliches Blut ergossen, sobald man sie berührte.

Eduard Lang.¹⁾

Beiderseitige *Phlebitis der Saphena und Periphlebitis* auf der rechten Seite ist bei einem ambulanten Kranken meiner Klinik, einem 26 Jahren alten Herren, der 5 Monate früher wegen Sklerose und Fleksyphilid eine Schmierkur durchgemacht hatte, zur Entwicklung gelangt. Neben Schleimhautplaques, einem Roseola-Recidiv und einer Psoriasis palmaris, fand man auf beiden Seiten von den inneren Knöcheln angefangen, an der Innenfläche der Unter- und Oberschenkel, einen über federkiel-dicken, derben, mitunter knotigen Strang, der sich unter der Haut bis zur Fossa ovalis verfolgen liess; am rechten Oberschenkel schwoll derselbe zu einem daumen-dicken, harten Wulst an, wo das umgebende Zellgewebe überaus infiltrirt und die Haut geröthet und in Form einer länglichen Geschwulst hervorgewölbt war. Die Untersuchung war schmerzhaft; der Process bestand erst seit einigen Tagen. Da kein Oedem bestand, wurden offene Anastomosen mit den tiefliegenden Venen angenommen. Patient nahm innerlich Calomelpillen und erhielt auf die harten Stränge Emplastrum cinereum; nach 3 Monaten war von der Geschwulst nirgends mehr eine Spur zu entdecken.

Bülow

demonstrirte im ärztlichen Verein zu Hamburg²⁾ ein Präparat von chronischer Thrombose der Pfortader.

Der Kranke soll vor 12 Jahren an Intermittens, vor 2 Jahren an akutem Gelenkrheumatismus gelitten haben. Im Jahre 1882 ist er wegen Herzbeschwerden im Allgemeinen Krankenhause daselbst in Behandlung gewesen; diesmal kam er wegen Anschwellung des Leibes im März 1883 zur Aufnahme. Der kräftige blasse Mann hatte einen ziemlich bedeutenden Ascites, leises systolisches Geräusch an der Spitze und über der Aorta, hier auch ein diastolisches Geräusch. Der Ascites wurde anfangs auf die Herzaffection zurückgeführt. Im Mai 1883 erste Punction; darnach wurde constatirt, dass Leber und Milz vergrößert waren. Ascites nahm wieder zu, so dass wiederholt

1) Lang, Ed. Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis. Wiesbaden, 1884—1886. 8^o, p. 305.

2) Bülow. Deutsche med. Wochenschrift. Berlin, 1885, XI, p. 13.

eine Punction nöthig war, in der letzten Zeit alle 14 Tage. Meist wurden 18000 ccm auf einmal entleert. Im April 1884 bekam Patient Leibschmerzen und starb nach 12 Punctionen unter den Erscheinungen der Peritonitis. Die klinische Diagnose war auf Perihepatitis chronica hyperplastica gestellt.

Bei der Autopsie fanden sich, neben frischer Peritonitis, frische und ältere Adhaesionen um die Porta hepatis, die eine Verengung der Pfortader hervorriefen. *In der Pfortader findet sich an dieser Stelle ein derber adhärenter Thrombus und frische Thromben beim Eintritt in die Lebersubstanz.* Die Leber ist gelappt, vielleicht in Folge der Obliteration der Pfortaderäste, vielleicht in Folge von Syphilis. Für diese Annahme spricht der übrige anatomische Befund. Im Spiegel'schen Lappen finden sich einige miliare gelbe Knoten, welche im Centrum erweicht sind, vielleicht Gummata. In einem Hoden findet sich ausserdem schwielige Degeneration, wie sie bei syphilitischer Orchitis vorkommt. Ausserdem Atherom der Aorta, besonders des Anfangstheiles. An der Mitrals und den Aortenklappen keine Entartung, dagegen ausgesprochene Veränderungen an den Gehirnarterien.

Rudolf Zilles.¹⁾

Von 35 sorgfältig untersuchten Fällen, zumeist aus der Klinik Johann von Söxinger's in Tübingen, sind besonders die folgenden für unser Thema verwerthbar:

1) K. A., 24 Jahre alt, breite Condylome am After, Damm und grossen Labien, gebär ein gesundes und gesund gebliebenes Kind. *Die Gefässe des Nabelstranges sind in auffallender Weise erkrankt.* In der Intima, Media und Adventitia massenhaft kleinzellige Herde, welche sich bis in die Spalträume des Nabelstranggewebes ausbreiten und sich sogar in ziemlicher Entfernung von den Gefässen isolirt finden. Ganz enorme kleinzellige Herde finden sich speciell in der Wand einer der Arterien, wie auch in der Vene; die Innenfläche letzterer zeigt Auflagerungen von kleinen Rundzellen.

2) N. N. Ipara mit enorm syphilitischen Secundärerscheinungen; scheinbar gesundes Kind, jedoch einen Monat zu zeitig, stirbt nach vier Tagen ohne besondere Krankheitserscheinungen. Syphilome der Leber. An der Tibia Osteochondritis syphilitica. In den Arterien der Nabelschnur, sowohl in der Intima, Media wie auch in der Adventitia sehr zahlreiche Herde von Granulationszellen. *Dieselben*

1) Zilles, R. Studien über die Erkrankungen der Placenta und Nabelschnur bedingt durch Syphilis. — In: Mittheilungen a. d. geburts-hilflich-gynäk. Klinik zu Tübingen; herausgegeben von Joh. v. Söxinger. Tübingen, 1885, 8^o, 2. Heft, p. 3—143.

Verhältnisse zeigt auch die Vene. Taf. IV, welche die makroskopischen Befunde dieses Falles darstellt, ist noch bemerkt: Auch in der Wharton'schen Sulze finden sich Herde kleiner Granulationszellen von bedeutender, schon mit blossem Auge deutlich wahrnehmbarer Grösse.

3) E. Ch., 23 Jahre alt. Das Kind kam asphyktisch in einer Brühe von stark stinkender Eiterjauche zur Welt, wurde jedoch bald belebt, starb aber nach 2 Tagen. Die Mutter erlag am 7. Tage nach der Entbindung unter den Erscheinungen einer allgemeinen Peritonitis. *In der Nabelschnur bedeutende kleinzellige Infiltration der Vene*, welche fast die Hälfte der Circumferenz derselben ergreift; ebenso die Wände der Arterien. Diese Herde, welche stellenweise auch in die Nachbarschaft der Gefässe übergreifen, lassen sich durch die ganze Länge der Nabelschnur verfolgen.

4) O. E., 21 Jahre alt, ohne Zeichen von Lues, hat zuerst ein gesundes, dann vier faultodte Kinder geboren; bei dem vorletzten faultodten Knaben wurden Milzhyperplasie und Osteochondritis syphilitica nachgewiesen; die Leber war durch Fäulniss so stark verändert, dass eine genaue histologische Untersuchung nicht mehr möglich war. In der Nabelschnur erwiesen sich die Arterien als nicht pathologisch verändert, *dagegen findet sich in der Umgebung der Vene, wie auch in dieser selbst eine ziemlich starke kleinzellige Infiltration.*

5) F. H., 32 Jahre alt, ohne Zeichen von Lues, gebar 1874 einen lebenden, syphilitischen Knaben, der nach einigen Wochen starb; 1875 ein Mädchen, das gleich nach der Geburt einen exquisiten Pemphigus syphiliticus zeigte und 10 Tage später starb. Section (von Schüppel): Peripylephlebitis syphilitica (Gumma-Entwicklung in der Gegend der Leberpforte), Excrescenzen an den Herzklappen. Enorme Hyperplasie der Milz. In der Leber ausgedehnte interstitielle Entzündung; um die kleinen Pfortaderäste ziemlich hochgradige, kleinzellige Infiltration. *Noch stärker sind die grossen Pfortaderzüge verändert*; hier sieht man zunächst eine Zunahme des Bindegewebes, sowie eine kleinzellige Infiltration. Vielerorts gruppirt sich diese um die Gallengänge. Endlich enthalten die Pfortaderzüge knotenförmige, grössere Granulationsherde, deren centraler Theil verkäst, in eine körnige, anscheinend kernlose Masse verwandelt ist. Oft findet sich in dem Centrum des Käseherdes ein klaffendes Lumen. Die Nabelschnur weist sich in den geschnittenen Partien als normal aus.

6) N., 33 Jahre alt, hatte zuerst einmal abortirt, dann 2 gesunde Kinder geboren, darauf wieder 3 mal im 4—5 Schwangerschaftsmonate abortirt; die letzte untersuchte Frucht gehörte etwa der 12. Schwangerschaftswoche an, wurde aber um 10 Wochen länger getragen. Die stark vorgeschrittene Fäulniss liess nur eine

etwas vergrösserte Milz und eine leichte Unregelmässigkeit in der Markraumbildung der Knochen erkennen. An der Decidua neben längsgestreiftem und netzförmig verzweigtem Fibrin zahlreiche kleinzellige Herde, dann ein diffus gefärbter Herd von der Grösse eines grossen Miliartuberkels und im Centrum necrotische Massen. Die Nabelschnur, welche nur einen Durchmesser von 4 mm hatte, zeigt *die Gefässe hochgradig kleinzellig infiltrirt*.

7) W., 25 Jahre alt; vor 15 Monaten gebar sie ein todftaules Kind, ca. 8 Wochen vor der Zeit. Die zweite Schwangerschaft normal, doch war das Kind asphyktisch und starb 15 Stunden nach der Geburt. Section des Kindes ergab: Im Herzbeutel grosse Mengen seröser Flüssigkeit, im Herzen selbst sehr viel, theils flüssiges, theils coagulirtes Blut. An den Atrioventricularklappen, besonders rechts, kleine Auflagerungen, Knötchen. Herzmuskel blass. Lungen grösstentheils atelektatisch. Leber blassroth, auffallend blutarm; Milz etwas vergrössert. Wie an der Placenta finden sich auch *in der Nabelschnur zahlreiche kleinzellige Infiltrationen in den Gefässwänden*.

Jonathan Hutchinson.¹⁾

Dieser betagte und begabte Forscher schickt seinen Fällen einige allgemeine Bemerkungen voraus, welche unserer Berücksichtigung werth erscheinen: „Im Verlauf der Syphilis kommt es zuweilen auch zu einer eigenartigen, häufig sehr chronischen Form von Periphlebitis; dieselbe beginnt gewöhnlich mit einer Schwellung um mehrere dilatirte Venen, welche darauf untereinander zu einer kuchenartigen, kohärenten Masse verwachsen. Eine Suppuration braucht diesem Stadium durchaus nicht immer zu folgen; im Gegentheil ist es auch sehr häufig, dass die Sache so oder in einem Zustand halber Heilung Jahre lang unverändert persistirt. Dabei greift der Process allerdings zumeist auf neue, vorher noch intacte Gebiete weiter. Leichte Formen syphilitischer Periphlebitis sind durchaus nicht ungewöhnlich; man sieht sie zumeist an den Unterschenkeln. Hier zwei interessante Beispiele dieser Affektion:“

Hutchinson, J. Syphilis. Deutsche autorisirte Ausgabe bearbeitet und durch Erläuterungen und Zusätze vermehrt von Artur Kollmann. Leipzig, 1888, 8^o, pp. 319, 378, 440 u. fgde.

1) In dem einen Falle, welchen ich später an Lister überwies, zeigte sich *am linken Oberschenkel und der linken Gesässbacke* eine etwa zweihandtellergrosse, aus weicheren und härteren Partien bestehende, kuchenartige Geschwulst. Ihre Oberfläche war uneben; *an einigen Stellen konnte man hochgradig erweiterte und geschwollene Venen durchfühlen*. Die Ränder der erkrankten Partie waren nicht besonders scharf conturiert und sandten mehrere dilatirte Venenstränge nach der Umgebung ab. An einigen Orten schien eine Art von subkutanem Vernarbungsprocess zu bestehen. Die Haut war daselbst nach der Tiefe zu verzogen. Dieses Krankheitsbild hatte sich im Anschluss an eine typische Syphilis innerhalb von vier oder fünf Jahren langsam entwickelt.

2) In einem anderen Falle erschienen die Umstände noch eigenartiger. Hier war *das ganze rechte Bein von der Affektion ergriffen* und die Haut sowie das subkutane Zellgewebe hochgradig verdickt. An einigen Stellen zeigten sich Vertiefungen der Haut (subkutane Narben), während an anderen die Schwellung $2\frac{1}{2}$ Centimeter und darüber betrug. Jene Depressionen der Haut hatten sich nicht, wie ich anfänglich vermuthete, nach geschwürigen Processen, sondern ohne jede äussere Wunde spontan entwickelt. *An mehreren Orten lagen auch Büschel von erweiterten obliterierten Venen*. Die Haut war zum Theil dunkelroth, zum Theil blass. Die Erkrankung hatte, wie man mir mittheilte, vor etwa sechs bis acht Jahren am Bein begonnen, und sich von da aus nach dem Oberschenkel langsam verbreitet. Die primäre Syphilis lag 20 Jahre zurück; allem Anschein nach war der Patient niemals wirklich antiluetisch behandelt worden. Das Allgemeinbefinden schien vollständig befriedigend. Der Grund, warum mich der Herr aufsuchte, war zunächst gar nicht die Erkrankung seines Beines, sondern ein dunkler, etwa handtellergrosser Fleck der einen Wange, welcher einem gewöhnlichen Lupus erythematodes vollständig glich; derselbe hatte sich von dem linken Ohr allmählich hierhin verzogen. Sein Rand war prominent und leicht oedematös.

Im Weitergange der Casuistik verzeichnet Hutchinson jedoch noch zwei andere hierher gehörende Fälle:

3) Pastor T. R., 52 Jahre, jetzt ein bekannter Kanzelredner, bekam als junger Mensch von 18 Jahren einen Schanker und Bubonen. Er machte damals eine Quecksilberkur durch, die bis zum Auftreten von Salivationserscheinungen einige Wochen lang fortgesetzt, dann aber unterbrochen wurde. Lange Zeit verspürte er darauf von der Krankheit absolut nichts mehr; sekundäre Symptome sollen überhaupt niemals vorhanden gewesen sein. Mit 32 Jahren

verheirathete sich der Patient und jetzt hat er 6 gesunde Kinder. Mit 40 Jahren konsultierte er einen Arzt in Brighton wegen einer Eruption am Unterschenkel; dieselbe wurde sofort für syphilitisch erkannt und in spezifischer Weise behandelt. Zwei Jahre darauf zeigte sich eine frische Reizung der alten Schankernarbe; sie ulcerierte und blieb wohl einen Monat lang offen. Damals nahm der Patient ziemlich viel Jodkalium. Das jüngste Kind, ein Mädchen, war unmittelbar vor jenem Schankerrecidiv geboren worden und ist bis heute immer gesund geblieben. Während der nächsten vier bis fünf Jahre war an dem Patienten nichts besonderes zu bemerken; da bekam er mit einem Male ein Geschwür am *linken Unterschenkel*. Als derselbe zu mir kam, hatte sich neben diesem auch noch *ein grosses periphlebitisches Gumma* entwickelt; das Allgemeinbefinden war jedoch vorzüglich.

4) Patient war ein 52jähriger Architekt. In der Umgebung eines Gumma an der *linken Wade* zeigten sich mehrere von früheren Ulcerationen herrührende Pigmentablagerungen. *Das gummöse Infiltrat selbst bildete in der Hauptsache einer einzige kompakte Masse, einzelne gewundene Stränge wiesen jedoch noch ganz deutlich darauf hin, dass der Process ursprünglich von den Venen ausgegangen sein müsse.* Aehnliche, als venöse Thrombosierungen zu deutende dicke Stränge strahlten auch von dem freien Rand des Gumma nach den umgebenden Weichtheilen aus. Zum grössten Theil bestand jedoch der Process offenbar nur aus Veränderungen, welche ausserhalb des Gefässlumens lagen. Dass meine Diagnose — Syphilis — die richtige war, wurde durch die Therapie — Jodkalium und Quecksilber — vollständig bestätigt. Mit derselben liess ich am 12. Febr. beginnen. Am 24. Febr. befand sich der Patient bereits viel besser, und Ende März war das Infiltrat resorbiert; der einzige Rest davon blieb eine faltige, subkutane, tief dunkelbraune Narbe. Nachdem im April die Behandlung unterbrochen war, sah ich den Patienten eine Zeit lang nicht wieder. Am 28. December kam er darauf mit einem neuen Leiden abermals zu mir; diesmal betraf es jedoch den andern (rechten) Unterschenkel. Wie er mir erzählte, war zuerst vor zwei Monaten eines Morgens — gerade als er sich in seinem Kontor an die Arbeit setzen wollte — ganz plötzlich in den Beinen ein Gefühl von Taubheit und Eingeschlafensein aufgetreten. Die Nächte darauf hatte Patient wegen grosser Schmerzen im Fuss und im Unterschenkel nicht zur Ruhe kommen können. Druckempfindlichkeit irgend eines bestimmten Theiles hatte sich nicht gezeigt, doch spürte der Patient in den erkrankten Partien andauernd ein Gefühl von Taubheit und Kälte; den Fuss lange in derselben Lage zu halten, war ihm ganz unmöglich. Diese Symptome hielten die ganzen zwei Monate hindurch an, hatten sich jedoch zuletzt all-

mählich gebessert. Als ich denselben am 28. December sah, klagte er eigentlich nur noch über Schmerz bei längerem Gehen; vorher hatte er es kaum einige hundert Schritte weit ausgehalten. Die Schmerzen etc. sassen am Fuss und der unteren Hälfte des Unterschenkels. Eine lokale Sensibilitätsabnahme oder eine Atrophie einzelner Muskeln oder Muskelgruppen war nicht eingetreten. Bei aufmerksamem Vergleich beider Beine konstatirte ich zunächst, dass die Pulswelle der Arteria tibialis beiderseits kaum fühlbar war; die Temperatur und die Farbe der Haut erschienen indessen rechts wie links normal. Herr C. machte mich unterdessen auf eine Geschwulst in der Mitte des rechten Oberschenkels aufmerksam; dieselbe sass ziemlich tief, war von spindelförmiger Gestalt und ganz offenbar durch die Infiltration in der Umgebung der Cruralvene entstanden. Ob auch die Arterie mit in den Process einbezogen war, liess sich nicht genau konstatieren. Zum mindesten konnte dies aber nur theilweise der Fall sein; denn wie gesagt: waren die Beine, sowohl der Temperatur als der Hautfarbe nach, vollständig einander gleich. Schmerzhaft war die Geschwulst nie gewesen, und Patient hatte sie — zuerst vor drei Monaten — überhaupt nur ganz zufällig bemerkt; seitdem war sie jedoch unter Jodkaliumgebrauch bedeutend zurückgegangen. Die absolute Schmerzlosigkeit der Geschwulst, die Besserung unter antiluetischer Behandlung, sowie der Umstand, dass dieselbe nach einem phlebitischen Gumma des anderen Unterschenkels erschienen war, sprachen in diesem Fall ungemein für ein Leiden specifisch syphilitischer Natur. Derselbe Herr C. hatte sich im Alter von 18 Jahren inficirt, also 34 Jahre ehe er zu mir kam. Er stand damals 3 Monate lang in Behandlung und hatte dabei auch Salivationerscheinungen gezeigt; ob ein Exanthem erschienen war, liess sich jedoch nicht mehr feststellen. Darauf blieb er 22 Jahre lang vollständig gesund. Zu dieser Zeit entwickelte sich sodann ein Geschwür an dem einen Unterschenkel, welches für syphilitisch diagnosticiert und unter antiluetischer Behandlung bald beseitigt wurde. Zwei Jahre nach diesem zeigte sich von neuem eine Reizung an der Stelle des alten Primäraffektes. Dieselbe blieb ein bis zwei Monate hindurch ulceriert und heilte erst unter Anwendung grosser Joddosen ganz langsam ab. Während der nächsten 5 Jahre blieb der Patient nun vollständig gesund, bis sich wegen mehrerer Geschwüre am linken Schienbein im Anfang 1882 abermals eine Kur nöthig machte. Nachdem auch diese geheilt waren, zeigten sich bis zum Auftreten des syphilitischen Gumma an der linken Wade keine weiteren Symptome. Der allgemeine Gesundheitszustand des Patienten, der gegenwärtig seit 19 Jahren verheirathet ist, war immer vollkommen zufriedenstellend; derselbe hatte auch sechs blühende und kräftige Kinder.

A. Breda.¹⁾

Une paysanne de 28 ans fut infectée par un nourrisson, qui lui donna un chancre du sein. A son entrée dans la clinique de Breda, elle présentait des plaques muqueuses aux grands lèvres et sur les bords de la langue; elle se plaignait de douleurs dans le cou ainsi qu'au bras et à la jambe gauche: cette dernière était le siège d'un oedème notable. La malade avait la fièvre et ne pouvait ni marcher, ni se tenir debout. Au bout de quinze jours, on constatait de l'oedème du pied droit et des deux mains; les mouvements des bras étaient douloureux. *On nota alors au niveau de la veine saphène interne gauche, de la basilique, de la céphalique et de la médiane du même côté les lésions suivantes:* ces veines sont rigides, épaisses, douloureuses au toucher. L'état s'améliora peu à peu par l'administration de sublimé et d'iodure de potassium. Elle put même quitter la clinique au bout de deux mois et les phlébites ne récidivèrent pas.

Charles Mauriac.²⁾

M. B. Ch., âgé de 20 ans, d'une magnifique santé... Vers la troisième semaine de la syphilis (deuxième mois du chancre) le malade qui restait tranquillement dans sa chambre payante à l'hôpital du Midi, et marchait fort peu, ressentit une douleur assez vive dans le mollet de la jambe droite qui devint peu de temps après dure et enflée, au point que la station debout était presque impossible. Je ne sentis aucune veine oblitérée, *mais je soupçonnai quelque phlébite profonde avec thrombose*. Aucune cause interne, externe, occasionnelle ou dyscrasique, autre que la syphilis, ne pouvait l'expliquer.

Cette affection veineuse n'était pas encore guérie; l'état syphilitique s'améliorait peu à peu, lorsque, deux mois après, des douleurs se manifestèrent dans le *bras droit*. En le palpant, *je constatai que les veines sous-cutanées, sur sa face interne, étaient oblitérées*, dures, douloureuses, avec des trainées rouges de la peau sur le trajet. La phlébite avec thrombose était évidente. Elle s'accompagnait d'un engourdissement et surtout d'un oedème très-considérable de tout le membre correspondant.

L'embonpoint n'avait pas diminué, la santé restait toujours très-bonne. Le malade sortit sans être guéri complètement, ni de sa syphilis,

1) Breda, A. Contributo alla flebite sifilitica. — In: Rivista veneta di scienze med., Venezia, 1889, XI, p. 446—450; Ref. H. Mendel in: Archives génér. de méd., Paris, 1894, I. p. 394.

2) Mauriac, Ch. Syphilis tertiaire et syphilis héréditaire. Paris, 1889, 8°, p. 832; Ref. H. Mendel, ebenda p. 304—305.

ni de ses deux phlébites. Mais il revint au bout d'un mois (cinquième mois du chancre), pris de douleurs qui occupaient cette fois la cuisse du côté droit. La phlébite n'y était pas douteuse, car sur sa face interne existaient, depuis le genou jusqu'à l'aîne, des trainées rouges de la peau, au-dessous desquelles on sentait de gros cordons durs, moniliformes, provenant de la thrombose des veines sous-cutanées. Repos, cataplasme, bains. Au bout de huit jours, disparition des phénomènes aigus, mais persistance de l'oedème sur les membres inférieurs, et de la coloration foncée du tégument. Rien ne put m'expliquer cette succession de phlébites et de thromboses spontanées qui semblaient résulter d'une sorte de dyscrasie veineuse née sous l'influence de la diathèse syphilitique. Plus tard, ce malade eut des crampes dans la jambe gauche et une douleur dans le creux poplité. Je n'y sentis pas d'induration veineuse.

Les phlébites, les thromboses, et les oedèmes disparurent à la longue. Au bout de six mois, il n'en existait plus trace.

G. R. Turner.¹⁾

J. L., aged thirty one, seaman, was admitted on Dec. 12 th 1887. Six months previously he had contracted a chancre, but this had been followed by no secondary symptoms; there was, however, a vague history of a rash some long time ago. On Dec. 1st his left thigh began to swell and become painful, and he could feel a hard cord extending from the inner side of the knee up to the groin. He was at sea at the time, and continued at his work for two days, but then had to lie up. In June 1887, he had met with an accident, falling down the hold of a ship on to his and buttock. Had never suffered from gout.

On admission, he presented a hard mass of indurated glands in the left groin, extending below Pouparts ligament, the skin in this situation being red, tender, and swollen. There was very slight oedema of the thigh. The general appearance of the parts suggested a suppurating bubo. Beyond some glandular enlargement there was no trace of syphilis about him. The apparent bubo burst shortly after admission, discharged unhealthy-looking pus, but showed no tendency to heal. On Feb. 29th ether was administered, and an incision made into the mass in the groin, enlarging the previous opening. A quantity of fibrinous-looking material mixed with decomposing blood-clot of varying age was removed by manipulating and tearing through the tissues with the finger. The later at length

1) Turner, G. R. Periphlebitic gumma following injury; removal of blood-clot from femoral vein; remarks. — In: *Lancet*, London, 1889, I, p. 985.

came down on what *was evidently a blood-cast of the femoral vein* lying comparatively loose at the bottom of the cavity. The when fresh had all the appearance of a vessel itself filled with a decolourised fibrinous coagulum separable and distinct from the containing sheath. The latter had the thickness, size, colouring, and consistence of the common femoral artery and might have been readily mistaken for it but that the branches did not correspond with those of that vessel. This blood-cast was removed from the situation of the femoral vein, and the pulsation of the artery to the outer side was plainly to be felt. There was no bleeding. The cavity left was plugged with an aseptic sponge and dusted with iodoform. The patient did well afterwards, and there was no constitutional disturbance. The cavity, however, was slow in filling up, and the wound, some fourteen days after the operation, was seen to be covered with a thickish diphtheritic-looking membrane. This was followed by increased swelling and suppuration about the parts, with burrowing of matter. Shortly afterwards, in the early part of April, some fresh ulceration in the neighbourhood of the wound was observed, which slowly spread. The patient was now placed on large doses of iodide of potassium and sal volatile. The effect of this increase of the dosage was almost magical. The cavity rapidly filled in the spread of the ulceration was stayed, and the parts rapidly healed.

Charvot.¹⁾

Leider steht mir das Original nicht zur Verfügung, weshalb ich folgendes Referat benutze.

1. u. 2. Charvot schildert an zwei Krankengeschichten die Unterschiede der syphilitischen Phlebitis von der rheumatischen und der im Puerperium und in der Reconvalescenzen schwerer fieberhafter Krankheiten eintretenden Phlebitis. Dieselbe localisirt sich nach ihm an der Mündungsstelle der *Vena saphena interna* in die *Fossa ovalis* und verursacht heftige Schmerzen, die bei Bewegungen und besonders Nachts auch bei Ruhe exacerbiren. Leichte Röthung der Haut und Schwellung der Vene zeigt schon äusserlich den Verlauf derselben an; Oedeme finden sich an dem Fuss und an den Malleolen; während der erste Patient gar kein Fieber, der zweite nur ein äusserst geringes hatte. Besonderen Werth für die Diagnose legt der Verfasser auf die nächtlichen Exacerbationen der Schmerzen und auf das gleichzeitige Vorkommen

1) Charvot. Phlébite syphilitique (Revue de chirurgie). — In: Arch. méd. belges, Bruxelles, 1891, II, p. 122; Ref. in: Archiv f. Dermat. und Syph. Wien, 1892, XXIV, p. 172.

eventuelier anderer sekundärer oder tertiärer Symptome. Unter geeigneter Therapie (Jodkali, mit dem schnell auf 4—5 Grammes gestiegen werden soll) verschwindet die Phlebitis allmählich.

Cautru.¹⁾

D. Ch., journalier, 22 ans. Il se présente alors à l'hôpital Saint-Antoine, où il est admis d'urgence le 14 février 1891. A l'examen du malade, on constate: hypertrophie des amygdales avec dépôts blanchâtres, adénopathie sous-maxillaire. De plus chancre induré de la lèvre supérieure et roséole. On institue le traitement spécifique. A ce moment (20 février), le malade est repris d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu, affectant particulièrement les poignets et les coudes. Tuméfaction des tissus periarticulaires, surtout du côté gauche. Le 22. Légère amélioration. Mais on observe de chaque côté, à la face interne des cuisses, immédiatement au-dessus du condyle du fémur, une rougeur diffuse avec tuméfaction douloureuse.

Le 23. Douleurs disséminées à toute l'étendue des deux membres inférieurs et rendant tout mouvement impossible, les douleurs sont localisées, non pas aux articulations, mais à la face interne des cuisses. Temp. 39. 3.

Le 24. La lymphangite a en partie disparu, mais on constate l'existence d'un cordon dur, très-douloureux, inégal, rouge sombre, sur le trajet des veines saphènes internes. Ces phénomènes sont plus accusés à gauche qu'à droite. En somme nous avons affaire à une *phlébite des deux saphènes internes*. On continue le traitement mercuriel.

Le 28. Les douleurs de rhumatisme ont disparu. La phlébite ne persiste plus que du côté gauche, la fièvre est tombée. Le 15 mars. Plus de traces de phlébite. Le 22. Le malade se lève. Il ne ressent plus aucune douleur dans les jambes.

H. Mendel.²⁾

1) A . . . , sculpteur, âgé de 47 ans, se présente le 18 août 1892 à la consultation de M. le prof. *Fournier*; il a vu apparaître, il y a quatre jours, une éruption disséminée sur le tronc et les cuisses. Cette éruption est une roséole syphilitique: le chancre peut être retrouvé sur le scrotum à gauche en arrière. Le 1 sept. apparition des syphilides palmaires. Le 1. nov. 1892, le malade, qui continuait

1) Cautru. Sur un cas de phlébite observé chez un syphilitique durant la période des accidents secondaires. — In: France méd., Paris, 1892; Ref. H. Mendel in: Arch. génér. de méd. Paris, 1894, I. p. 306.

2) Mendel, H. Contribution à l'étude de la phlébite syphilitique. — In: Arch. génér. de méd., Paris. 1894, I, p. 292—313.

à exercer sa profession et à manier de la terre glaise, présenta une onyxis légère du pouce droit. Cette onyxis empira peu à peu; le 5 mars l'ongle était décollé et il se produisait une légère suppuration. La lésion de l'ongle se prolongea jusqu'au commencement d'octobre. A ce moment, le malade présenta une affection singulière, *constituée par cinq ou six nodosités fermes sous-cutanées, situées à la face antérieure de l'avant-bras et se prolongeant jusqu'à la saignée en ligne droite.* Chaque nodosité avait le diamètre d'une pièce de vingt centimes et faisait une saillie assez notable. M. le prof. Fournier pensa à une phlébite secondaire.

2) J. F., âgé de 22 ans, entra le 2 juillet 1893 dans le service de M. le prof. Fournier. Il était alors en pleine syphilis secondaire. Le chancre initial était apparu à la verge, le 20 mai; on pouvait voir sa cicatrice très-nettement lors de l'entrée du malade à l'hôpital; le bubon satellite était encore très-manifeste. A ce moment J... était couvert d'une syphilide ulcéreuse superficielle généralisée. A la fin du mois de juin, à la suite de fatigues, le malade avait ressenti une douleur localisée à la partie supérieure et interne de la jambe gauche. En cette région, où la peau était rouge et tuméfiée, J... avait pu sentir à la palpation deux petites tumeurs voisines, grosses comme des noisettes. Au moment de son entrée à l'hôpital, des lésions analogues étaient apparues sur différents points du corps. Voici ce que nous observâmes: A la jambe gauche, reliquat de la première lésion. La peau est maintenant normale, mais on sent nettement à la palpation deux petites nodosités, un peu douloureuses, reliées par un cordon dur très-court. L'existence simultanée de phlébites nous éclaira sur le diagnostic de cette petite lésion. A la jambe droite, on pouvait sentir nettement l'existence d'un cordon dur, cylindrique, moniliforme par places, roulant sous le doigt, correspondant à la situation connue *de la saphène interne.* Mais il est intéressant de remarquer que cette veine n'était pas atteinte dans la totalité de son trajet. L'induration était manifeste au niveau de la malléole interne, dans une étendue de 4 à 5 cm., elle ne reparissait qu'à un travers de doigt au-dessus du genou, et continuait alors jusque dans la région inguinale. *Au bras gauche la médiane basilique et la médiane céphalique étaient atteintes de même.* La première était indurée dans toute la région du coude, soit sur une longueur de 10 à 12 cm., elle présentait, sur son trajet, trois petits renflements sphériques, qui correspondaient vraisemblablement à des valvules. La médiane céphalique était atteinte de la même façon; en un point de son trajet, où l'on pouvait voir l'anastomose d'une veine superficielle, le calibre de la veine indurée se renflait visiblement. Au bras droit, la veine céphalique seulement était atteinte de phlébite. Au moment de notre examen, les régions atteintes étaient douloureuses à l'occasion des mouvements et à la palpation; la peau

était saine au niveau des veines atteintes. . . Notre malade fut soumis au traitement spécifique. . . 10 nov. Presque toutes les veines des membres inférieures sont actuellement normales. Au membre inférieur gauche, la saphène externe a retrouvé sa souplesse ordinaire. La saphène interne est moins indurée. Au membre droit, la saphène externe est plus souple, la saphène interne garde sa dureté.

In einer späteren Publication berichtet

H. Mendel¹⁾ über den folgenden Fall:

Le malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société française (de dermatologie et de syphiligraphie) est âgé de 32 ans; il a déjà eu plusieurs attaques de rhumatisme aigu; il y a deux mois, il a eu la syphilis: son chancre, situé à la face inférieure de la verge, n'est pas encore complètement cicatrisé. Néanmoins la roséole et les syphilides muqueuses ont déjà fait leur apparition.

Il y a une quinzaine de jours, à son entrée dans le service de M. le professeur Fournier, le malade ressentit dans le mollet gauche une douleur assez forte pour l'empêcher de se tenir debout et de marcher. Voici ce qu'on pouvait constater dans cette région: à la partie moyenne de la face postérieure de la jambe, la palpation fait aisément reconnaître l'existence de quatre nodosités dures, de forme plutôt allongée, et situées toutes dans l'axe longitudinal de la jambe. Ces nodosités semblent avoir pour lieu d'origine les masses musculaires mêmes, car elles participent aux mouvements des muscles, dans les mouvements de flexion et d'extension du pied. Quelques jours après apparaissait sur la face antérieure de la même jambe gauche, tout contre la partie moyenne de la crête du tibia, une tuméfaction ovoïde, allongée suivant l'axe longitudinal du membre, dure, douloureuse, et mobilisée par les contractions du jambier antérieur.

Ces tumeurs, qui ont diminué aujourd'hui de plus de moitié, ne sont autre chose que des gommés développées dans l'épaisseur du muscle. Elles ont dans le cas actuel une précocité vraiment extraordinaire.

Mais le malade est encore porteur d'une lésion rare apparue en même temps que la myosite: la phlébite syphilitique. On constate facilement par la simple palpation que *les saphènes internes* sont transformées dans leur trajet jambier en des cordons durs, roulant sous le doigt, douloureux. *De même les veines des membres supérieures, bras et avant-bras*, ont subi la même transformation. Ici elles transparaissent sous la peau, et nulle erreur n'est possible quant à la détermination de la lésion.

1) Mendel, H. Phlébite et myosite syphilitiques. — In: Annales de dermat. et de syph., Paris, 1895, 3. Sér., VI, p. 11.

Hans Stöcklin.¹⁾

Mädchen, 17 Jahre alt, Eltern angeblich gesund, von zwölf Geschwistern sind neun in den ersten Monaten gestorben: leidet seit längerer Zeit an starkem Husten, besonders nachts beim Liegen; im October 1891 und Frühjahr 1892 wegen erbsen- bis taubenei-grosser, theilweise verkäster, theilweise entzündlich geschwollener Drüsen operirt, wird am 17. August 1892 in die chirurgische Klinik zu Kiel aufgenommen. Status: An der linken Seite des Kopfes unter dem Ohre zwei parallele Granulationsnarben; zwei Finger breit unter dem Ohre eine kleine Narbe, in der Halsschulterbeuge grössere Narbe; vor dem linken Ohre ein mit wallartigen Rändern umgebenes Geschwür; die linke Backe geschwollen; am Manubrium sterni nach oben sehr harter Tumor, der beim Drehen des Kopfes den Bewegungen des Sternocleidomastoideus folgt; in der Längensaxe misst der Tumor 9 Ctm., in der grössten Queraxe 4,5 Ctm. Durch Druck auf die Trachea ist die freie Respiration gehindert und durch diesen Reiz permanenter Husten hervorgerufen. Lauter Stridor. In den Lungen zahlreiches Rasseln, über dem Sternum ausgebreitete Dämpfung. An den Genitalien nichts Verdächtiges. Diagnose: Hereditäre Lues, Gummata der Hals- und Mediastinaldrüsen, des Kopfnickers mit Compression der Trachea. Therapie: Energische Schmierkur mit gleichzeitiger Anwendung von Jodkalium. Decursus: 20. Aug.; die Athemnoth ist rapid geschwunden, der Stridor ebenfalls; Auswurf von eiterigem Sputum; subjectives Wohlbefinden. 26. August nachts geringe Haemoptoe. 27. August nachts plötzlich eine colossale Haemoptoe; der herbeieilende Arzt findet die Kranke in einer grossen dunkelvenösen Blutlache als Leiche. Befund 7 h. p. m. Starke Blutung in die Luftwege, in den Magen und nach aussen; ausgedehnte Zerstörung der Luftröhrenwand durch zerfallende Gummamassen; *Eröffnung der Vena anonyma sinistra an der Mündung in die Cava superior durch Gumma*; ausgedehnte gummöse Infiltrate um beide Schlüsselbeine und die erste Rippe; Gummata der Leber, Milz und Nieren; zahlreiche Narben am Halse. Die Lungen emphysematös. Die Vena cava superior normal weit; die Mündung der Vena anonyma sinistra in die Vena cava ist durch einen derben, auf dem Durchschnitt derben Käse einschliessenden Knoten verschlossen, von welchem ein etwa kleinerbsengrosser Höcker die Intima der Vene in die Lichtung vortreibt. Die Trachealwand ist in der Mitte etwas gegen links hin in der Länge von etwa 5 Ctm. und Breite von 1—1,5 Ctm. völlig in unregelmässiger Begrenzung zerstört. Durch diese Oeffnung gelangt man in einen vor der

1) Stöcklin, H. Eröffnung der Vena anonyma durch ein zerfallendes Gumma. — In: Deutsches Archiv f. klin. Med., Leipzig, 1895. LV, p. 146—149.

Trachea liegenden, nach allen Richtungen hin grösseren Raum, der mit Blut und Blutgerinnseln gefüllt ist. Seine Wand ist unregelmässig begrenzt von derbem elastischem Gewebe, von welchem einzelne, fast ganz losgelöste, derbe Käsemassen in die Höhle hineinragen. Oben mündet unmittelbar die Vena anonyma sinistra mit weiter Oeffnung in die Höhle hinein.

G. Richard d'Aulnay.¹⁾

M. H... âgé de 25 ans... A l'examen (12. novembre 1893), la nature du bouton est des plus nettes, c'est un chancre de la racine de la verge, siégeant à droite, de la largeur d'une petite pièce de 20 centimes, à rebords épais, à teinte jambonnée et à induration marquée avec ganglions inguinaux supérieurs pris et fort volumineux. Diagnostic flagrant, syphilis. Traitement antisyphilitique local.

Le 23, la sclérose ulcérée se répare et diminue. Le 29, la disparition de la sclérose est presque totale.

Le 6 décembre, douleurs de tête, croissantes, violentes durant huit jours, exacerbations nocturnes. Tous les antinévralgiques connus de H... et de son pharmacien y passent.

Le 25, le lendemain d'un souper copieux apparition au moment du tub d'une roséole légère au niveau des hypochondres et des flancs : roséole qu'il attribue aux huîtres et au homard qu'il a mangés au souper.

Le 27, la roséole s'accroît, envahit les membres et devient des plus confluentes. Sur la figure, taches rosées à la racine des cheveux et au-dessus du nez. Sur le cou, de grands placards érythémateux. Quatre jours après, douleur dans le côté gauche au niveau de la septième côte, gêne de la respiration, anhélation rapide à la marche, pas de fièvre, pas de frisson, bon sommeil. Croyant à une névralgie, H... prend trois paquets de 1 gr. d'antipyrine.

Le 2 janvier 1894, à l'inspection, la roséole a redoublé d'intensité sur le corps; à la percussion, matité de la moitié inférieure du poumon gauche, skodisme; à l'auscultation, diminution du murmure vésiculaire, égophonie, pectoriloquie aphone, pleurésie, augmentation des pulsations cardiaques.

Ponction de Pravaz. Liquide clair, limpide, de teinte jaune rosé donnant fibrine au repos.

Le 7, devant la gêne respiratoire et l'excitation nerveuse de H..., ponction de 600 gr. environ de liquide. Recherche négative du bacille de Koch. D'ailleurs on ne trouve rien de particulier au sommet des poumons ni à l'auscultation ni à la percussion. Dans

1) Richard d'Aulnay, G. Infection syphilitique, s'accompagnant de pleurésie, de phlébite et d'ictère. — In: Annales de dermat. et de syph., Paris, 1896, 3 Sér., VII, p. 938—942.

l'intervalle du 7 au 11, H... remarque que ses urines sont plus rouges, que ses yeux sont légèrement jaunâtres et que son corps à pris une teinte olive, selles régulières.

Le 11, ictère prononcé sur le tronc. Le 15, plaques muqueuses de la lèvre inférieure malgré le traitement mercuriel.

Le 20. L'ictère est en voie de disparition, et la pleurésie sèche sans douleur et sans gêne. H... se plaint de sa jambe gauche surtout au niveau du creux *poplité*. Jambe quelque peu enflée.

Le 23, jambe et pied très-enflés et très-douloureux. Exaspération de la douleur dans le creux *poplité* surtout à la pression et à la flexion. On sent de l'empâtement général sans pouvoir distinguer des nodosités. *Phlébite*. Repos au lit et enveloppement ouaté compressif.

Le 25 et le 30, disparition de la douleur, diminution de l'œdème. 4 février après quatorze jours, la phlébite est complètement terminée. L'auscultation ne permet plus de constater la pleurésie sèche. Le traitement mercuriel est continué.

Eduard Lang.¹⁾

J. R. 31 Jahre alt, Tagelöhnerin, überstand in ihrer Kindheit Variola; im 17. Lebensjahre litt sie an Osteomyelitis des linken Vorderarms; vor zwei Jahren an Fluor albus; im März 1894 hatte sie abermals einen Ausfluss aus dem Genitale und dabei ein Geschwür.

Status praesens vom 19. März 1895: Mittelmässige, schwächliche, anämische Frau; Brust und Bauchorgane normal. An dem grossen Labium rechts einzelne erbsengrosse, dunkelrothe, derbe, oberflächlich erodirte Efflorescenzen; links ist das grosse Labium in seiner unteren Hälfte vollständig von solchen Infiltraten eingenommen; auch am Rande des rechten kleinen Labiums finden sich mehrere infiltrirte Stellen. In der Vagina eine grössere Menge einer dicklichen, weissen Flüssigkeit. Zu beiden Seiten der Analöffnung mehrere haselnussgrosse erodirte Infiltrationen. Die Leistendrüsen sind beiderseits leicht vergrössert.

An der Innenfläche des rechten Unterschenkels ein über daumenbreiter, grünlich verfärbter, infiltrirter Streifen, der vom Malleolus internus bis in die Kniekehle sich als ein continuirliches Band verfolgen lässt, und nur auf den entzündeten Stamm der *Vena saphena* bezogen werden kann. Als Fortsetzung dieser Alteration lässt sich auch an der Innenfläche des rechten Oberschenkels der verdickte Gefässstrang verfolgen, der an dieser Stelle vielfach

1) Lang, Ed. Papeln am Genitale; Phlebitis luetica. — In: Jahrbuch der Wiener k. k. Krankenanstalten 1895. Wien, 1897, IV, pt. 2, p. 107.

durch ampullenartig ausgeweitete Ektasien unterbrochen erscheint und auch hier zu streifenförmiger Verfärbung der Hautdecke Anlass gegeben hat. Die Infiltration und Druckempfindlichkeit an der erkrankten Vene ist am Oberschenkel minder als an der Peripherie. Längs der Tibia mässiges Oedem. Therapie: Graue Pillen von 3 bis 6 steigend pro die; Emplastrum cinereum längs der kranken Vene; lokale Behandlung der Papeln. Am 4. April starke Involution der Papeln; die Resistenz der Vene abgenommen, die Verfärbung stark abgeblasst; am 16. April ist die Patientin, nachdem sie 150 Pillen genommen hatte und alle Erscheinungen geschwunden waren, geheilt entlassen worden.

Johannes Seitz.¹⁾

F. G., 63 Jahre alt, Handelsmann, litt vor 13 Jahren an Gallensteinen und vor etwa 10 Jahren zeitweilig an convulsivischen Anfällen, will aber ausserdem immer gesund gewesen sein. Nur vor 1½ Jahren hatte er einen ähnlichen, kurzdauernden Anfall, wie der, welchem er erlegen ist. Der Kranke starb, nach plötzlich und ohne nachweisbare Veranlassung aufgetretenen, nur bei tieferem Druck stärkeren Schmerzen im ganzen Bauche, fortwährendem Erbrechen, grossem Krankheitsgefühle, am sechsten Krankheitstage, ohne dass eine annähernd bestimmtere Diagnose gestellt werden konnte. Bis zum fünften Tage war das Erbrochene wässerige Massen, Schleim, Galle und Reste der spärlich aufgenommenen Flüssigkeiten; zuletzt kamen darunter aber auch bräunliche Massen zu Tage.

Die Obduction wurde durch Professor Ribbert in Zürich vorgenommen. Bei der Eröffnung der Bauchhöhle entleert sich viel dunkelrothe, etwas trübe Flüssigkeit. Die Darmschlingen sind äusserst stark ausgedehnt, mit glatter Serosa versehen, etwas röthlich durchtränkt. Eine etwa 18 cm lange Darmschlinge und eine etwas kürzere sind dunkelbraunroth gefärbt und fühlen sich an ihrer Wand etwas verdickt an. Auch das sich an dieselben ansetzende Gekröse ist beträchtlich verdickt und braunroth gefärbt. Die so verfärbten Darmschlingen (Jejunum) haben verdickte, blutig infarcirte Wandungen und in ihrem Inneren findet sich blutig schleimige Flüssigkeit in ziemlich reichlichen Mengen. Im Duodenum ist schwärzlich dünne Flüssigkeit; im Magen finden sich ähnliche Massen ohne deutliche Blutbeimengung.

Die Pfortader ist etwa 2 cm von der Leber entfernt, verschlossen durch einen Thrombus, der braunroth, fest, nicht angewachsen ist; er endet gegen die Leber hin zugespitzt. Von hier

1) Seitz, J. Syphilis der Pfortader. — In: Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte, Basel, 1897, XXVII, p. 322—326.

nach der Leber zu ist die Pfortader wieder durchgängig. Nach rückwärts setzt sich die Thrombose aber in die Aeste hinein fort. An der Spitze am festesten und grauroth, wird die Gerinnung nach unten zu weicher und mehr roth gefärbt. Die Wand der Pfortader ist verdickt; 4 cm von dem zugespitzten Ende des Thrombus entfernt, darmwärts, findet sich an demselben eine eingeschnürte Stelle, die nicht ganz halb so dick ist, wie der übrige Thrombus. An dieser Einschnürungsstelle besteht die stärkste Verdickung der Wand der Pfortader, die sich auf eine Strecke von 6 cm bis zur nächsten Haupttheilungsstelle der Pfortader fortsetzt. Die nächsten Aeste haben wieder eine dünne Wand und normale Weite. An diese Aeste setzen sich fort die dunkelblaurothen, frischen, nicht anhaftenden Gerinnsel. An der eingeschnürten Stelle des Thrombus ist die Pfortader im Ganzen enger, die Intima spärlich mit querlaufenden, niedrigen Leisten versehen. An diesen Stellen sitzt der Thrombus fester, doch ist die Venenwand bloss etwas weniger spiegelnd, als an den übrigen Stellen.

An den Darmschlingen, welche die rothe Verfärbung zeigen, ist das Gekröse blutig sugillirt, die Venen thrombosirt. Zwischen den Thromben der kleinsten Venenäste und denen der Hauptstämme der Pfortader finden sich in den Gefässen immer frische Gerinnsel.

Die Leber fällt sofort auf durch ihre Kleinheit und Gestaltveränderungen; an ihrer Serosa zeigen sich zahlreiche, unregelmässige, theilweise ziemlich tiefe Einziehungen. Auf den Durchschnitten gehen diese Einziehungen als bindegewebige Züge in die Tiefe, welche wieder in Verbindung stehen mit breiteren oder schmälern bindegewebigen und narbigen Strängen — typische Vertreter des luetischen Charakters der ganzen Veränderung.

In beiden Nieren finden sich Narben. Die Milz ist klein und ausserordentlich schlaff. Im linken Brustfell etwa 200 ccm deutlich blutige Flüssigkeit. An der Spitze der linken Lunge ein über kirschgrosser Knoten mit einer schwach verzweigten Höhle; diese ist glattwandig und gefüllt mit trockenem, mörtelartigen, käsigen Material; ein ähnlicher Knoten ist in der rechten Lungenspitze.

Rechts an Vorhaut und Eichel eine beträchtliche weissliche Narbe. An den übrigen Organen ist nichts Bemerkenswerthes notirt.

Borrmann¹⁾

veröffentlicht ausser einigen aus der Litteratur bekannten Fällen von Pfortader-Thrombose auch den folgenden von

1) Borrmann. Beiträge zur Thrombose des Pfortaderstammes. — In: Deutsches Archiv für klinische Medicin, Leipzig, 1897, LIX, p. 283—316.

Hermann Eichhorst in Zürich beobachteten und von Hugo Ribbert ebenda secirten neuen Fall:

L. G., 63jährige Patientin von schlechtem Ernährungszustand, gelber Hautfarbe, Oedeme. Stark collabirt, schon bei der Aufnahme bewusstlos, gibt auf Fragen keine Antwort mehr. Scleralicterus. Herz anscheinend normal. Abdomen stark gewölbt; in den abhängenden Theilen ist der Schall gedämpft, in der Mitte tympanitisch. Fluctuation. Lebergrenze nach unten unbestimmbar; bei tiefen Eindrücken ist die Leber hart, nicht höckerig. Milz percutorisch vergrössert. Patientin geht nach 3 Tagen unter Collapserscheinungen zu Grunde.

Sectionsprotokoll: Schädel glatt, symmetrisch, viel Diploë. Auf dem Stirnbein kleine Gruben (Syphilis?); das Gehirn bietet ausser deutlich icterischer Färbung und geringem Blutgehalt nichts Besonderes. Hautfarbe icterisch, ausgedehnte Todtenflecken. Bauch stark vorgetrieben und fluctuirend, starke Oedeme. Auf der Brust kleine Petechien. In der Bauchhöhle mehr als 1 Liter röthlichgelber Flüssigkeit. Herz gross, rechter Ventrikel erweitert, seine Wandung aufs Doppelte verdickt, die Musculatur blass und icterisch. Linker Ventrikel entsprechend weit, die Musculatur nicht verdickt. Lungen bieten nichts Besonderes. Milz mit der Umgebung verwachsen, auf das Dreifache vergrössert, die Oberfläche rauh, weissliche Verdickungen der Serosa; das Organ von derber Consistenz. Im Magen und Duodenum gelblichgrüner Schleim, die Schleimhaut blass und glatt. *In der Vena portarum ein grosser, abschliessender, graubraunrother Thrombus*, der an einer Stelle ziemlich fest der Wand aufsitzt und sich nach der Leber zu in einige Aeste fortsetzt. Gallenblase enthält dicke, schleimige Flüssigkeit und zahlreiche Gallensteine, Wandung stark verdickt. Leber erheblich verkleinert, difform, der linke Lappen fehlt fast ganz, am Ligam. susp. mehrere tiefe Einziehungen. Die Oberfläche ist höckerig, zwischen den Höckern Bindegewebe, so dass die Leber den Eindruck einer cirrhotischen macht. Am Eintritt der Pfortader in die Leber befindet sich ein kleinhandtellergrosser, graugelblicher, zackiger, geschrumpfter Herd, der als ein altes Gumma zu deuten ist. Die Pfortader läuft an diesem Herd vorbei, theils durch ihn hierdurch. Schnittfläche der Leber ziemlich gut bluthaltig, acinöse Zeichnung unregelmässig, stellenweise deutlich, stellenweise verwaschen. Das Organ von derber Consistenz. Die mittleren Dünndärme dunkelbraunroth gefärbt, Mesenterium verdickt. Im Dünndarm grauer, etwas röthlicher Brei; im Dickdarm röthlich braune, geballte Massen. Schleimhaut des Darmes hyperämisch, glatt.

Pathologisch-anatomische Diagnose: Lues cranii(?), Hepatitis interstitialis syphilitica, altes Gumma an der Porta hepatis, Throm-

bose der Pfortader, Hypertrophie und Dilatation des rechten Ventrikels, Icterus.

Mikroskopisch sieht man das ganze Lumen der Pfortader ausgefüllt durch einen zellarmen Thrombus, der aus ziemlich derben Fibrinfäden sich zusammensetzt; an einigen Stellen sitzt er der Wand fest auf. Hier ist die Intima — die in der ganzen Circumferenz des Gefäßes verdickt ist — sehr stark verdickt; die Media zeigt hochgradige kleinzellige Infiltration. An der Grenze zwischen Intima und festhaftenden Thrombus sieht man zahlreiche Spindelzellen, die meist ihre Längsrichtung dem Thrombus zugekehrt haben; einige wenige Spindelzellen sieht man auch im Thrombus schon, aber nur an den Stellen, wo er der Wand aufsitzt. Das umgebende Gewebe besteht aus derbfaserigem, meist kernarmen Bindegewebe mit vielen Gefässen.

Carl von Rad¹⁾

erzählt aus der Klinik von Siemerling in Tübingen einen „Fall von juveniler Paralyse auf hereditär-luetischer Basis mit specifischen Gefäßveränderungen,“ der hier eigentlich mehr deshalb kurz erwähnt sein soll, um zu zeigen, wie leicht Dinge, die nicht allgemein bekannt sind, übersehen oder nur wenig beachtet werden; wofür übrigens später noch einige Beispiele erbracht werden sollen. In dem erwähnten Falle sind die Gehirnarterien und die Carotiden, jede einzeln mit grosser Sorgfalt auch mikroskopisch untersucht und in sehr beträchtlichem Grade in verschiedener Weise erkrankt befunden und ausführlich beschrieben worden; auch eine sehr schöne Tafel veranschaulicht das Wesentliche. Den Venen jedoch wurde dieselbe Aufmerksamkeit jedenfalls nicht zugewendet, denn einmal heisst es pag. 91 blos: „Die Venen erwiesen sich durchweg normal“; während pag. 99 nur gesagt wird: „Die Venen erwiesen sich *mit Ausnahme einer leichten Periphlebitis, und auch diese war nicht constant*, als normal.“ Doch nun die Indicien des Falles:

31jähriger Mann, Vater luetisch, Potator, geisteskrank (Paranoia chronica). Im 15. Lebensjahre Krämpfe und Zuckungen vorwiegend rechts. Erhebliche Abnahme der geistigen Fähigkeiten. Bei der Aufnahme vollständig blödsinnig. Hochgradige Sprachstörungen.

1) Rad, C. v. Archiv für Psychiatrie und Nervenheilk. Berlin, 1897, XXX, p. 82-102 u. 1 Taf.

Pupillarreaction aufgehoben. Spastische Parese in den Beinen, rechts stärker. Steigerung der Kniephänomene. Incontinenz. Decubitus. Tod an Pneumonie.

Autopsie: Macies, Pleuropneumonia fibrosa dextra. Encephalomeningitis chronica.

Mikroskopische Untersuchung: Schwund der Tangentialfasern. Atrophie der Ganglienzellen der Rinde. Leichte Degeneration der Hypoglossuskern. Kleine Erweichungsherde im Oculomotoriuskerne. Degeneration der Pyramidenstränge. Endarteriitis luetica der Gefäße an der Basis.

Pathologie.

Es unterliegt nach den vorhandenen Untersuchungen wohl kaum mehr einem Zweifel, dass dieselben seit dem Jahre 1858 durch Rudolf Virchow bekannt gewordenen pathologisch-anatomischen Veränderungen, welche die Syphilis in den verschiedenen Organen und Geweben hervorbringt, auch an den Venen angetroffen worden sind; denn aus der vorliegenden Casuistik lassen sich sowohl die irritativen, entzündlichen Formen in ihrer wechselnden Intensität, wie auch das Gumma als umschriebene Neubildung und diffuses Infiltrat sammt deren mannigfaltigen Metamorphosen wieder erkennen.

Ueber das Verhältniss der Häufigkeit der syphilitischen Venen-Erkrankungen zu den übrigen Manifestationen der Seuche lässt sich vorläufig um so weniger ein bestimmter Ausspruch thun, als bisher die allgemeine Aufmerksamkeit auf diesen Gegenstand noch nicht gerichtet war und die vorliegende Casuistik wirklich nur einem Bruchtheil der vasten, in alle Gebiete der Heilkunde zerstreuten Syphilis-Litteratur entnommen wurde; sicher ist es jedoch, dass die Venen-Syphilis nicht zu den grossen Raritäten gehört, zu denen sie bislang in den weitaus meisten einschlägigen Lehrbüchern und wohl auch in einigen Monographien gezählt worden ist.

Aehnlich wie bei der Syphilis der Arterien wird der Ausgangspunkt der Erkrankung an den Venen von den einzelnen Forschern bald in die Intima, bald in die Media, zumeist aber in die Adventitia verlegt; nach Analogien und den Wahrnehmungen anderer Autoren zu schliessen, dürfte jedoch der Ursprung dieser Erkrankungen der Venen in dem Gefässapparat der Vasa vasorum zu suchen sein und daselbst auf einer Proliferation pathogener Zellen beruhen.

Extraparenchymatöse Venen.

Von den ausserhalb der Organe und compacten Gewebe verlaufenden Venen sind aus leicht begreiflichen Gründen die unterhalb der Haut an der Körperoberfläche liegenden am häufigsten (31 Fälle) als syphilitisch erkrankt beobachtet worden; von diesen wieder betrifft die weitaus grösste Zahl (26 Fälle) die Venen der unteren Extremitäten. Die Vena saphena interna ist von Girdwood (3), Greenhow (1), Gayraud (1), Lang (2), Breda (1), Charvot (2), Mauriac (1), Cautru (1), Gosselin (1), Mendel (Fournier) (3), bald am Oberschenkel, bald am Unterschenkel und auch über eine ganze sowie über beide Extremitäten verbreitet als entzündet am Lebenden diagnosticirt worden. In einem Falle Gosselin's betraf die Phlebitis die Vena saphena externa; der Fall Richard d'Aulnay lässt es unklar, welche von den Venen des Unterschenkels entzündet waren; Hutchinson's Fälle (4) betrafen ausser den Venen der unteren Extremität manchmal auch die des Gesässes. An der Leiche eines Syphilitischen diagnosticirte bereits Franz Dittrich, der Wiederentdecker der Visceralsyphilis für Oesterreich und Deutschland, Phlebitis an der Vena femoralis; Thrombose derselben Vene, sich bis in die Cava inferior erstreckend, fand Karl Huber; Gumma und Thrombose der Vena femoralis, bis in die Iliaca externa reichend, sah Langenbeck. Ein Gumma der Vena femoralis heilte Turner.

In dem Falle Huber fanden sich die Verdickungen der Intima und Verkalkungen, wenn auch in geringerem Grade wie in den unteren, auch an den Venen der oberen Extremitäten. In einem der beiden Fälle Gayraud und dem eines Ungenannten war es die Basilica; im Falle Breda und in zwei Fällen von Mendel waren es ausser der Basilica auch die Mediana und Cephalica nebst den Venen des Oberarmes, und in einem Falle Mendel's die Venen des Vorderarms bis zur Ellenbeuge, welche von Phlebitis syphilitica befallen wurden.

An der Jugularis externa et interna ist Thrombose durch Aufrecht (Virchow) an der Leiche eines Syphilitischen

verzeichnet; Gumma an der Jugularis communis von Langenbeck am Lebenden diagnosticirt und auch von Virchow dafür erkannt.

Dieselbe Mannigfaltigkeit der klinischen Formen in Bezug auf Intensität, Lokalisation und Ausbreitung der Syphilis-Produkte überhaupt, findet sich auch an den subcutanen und jedenfalls an allen übrigen Venen wieder. In einem Falle Gosselin's war nur ein 4 cm. langes Stück der Vena saphena externa an der Einmündungsstelle in die Poplitea als ein erheblich consistenter, sehr schmerzhafter, fingerdicker Strang zu constatiren; während in dem allerdings anatomischen Falle von Huber Infiltrationen und Verkalkungen nicht nur an allen Venen der oberen und unteren Extremitäten, sondern auch an mehreren Pulmonarästen, dem Stamme der Vena portarum, Thrombose der Cava inferior und Cruralis dextra und Embolien an den Lungenarterien aufzufinden waren. Zwischen diesen beiden Extremen in Bezug auf die Ausbreitung der Erkrankung liegt eine gliederreiche Kette vermittelnder Variationen.

Eine weitere Uebereinstimmung zwischen den syphilitischen Erkrankungen anderer Organe und Gewebe mit denen der Venen zeigt sich auch in der Zeit des Auftretens der verschiedenen anatomischen und klinischen Formen. Während sich die Phlebitis syphilitica regelmässig zu den Frühformen der Krankheit gesellt, finden wir die gummösen Infiltrationen und die Gummata sowie deren Metamorphosen gewöhnlich erst unter den Spätformen, manchmal auch als alleinige, undeutlich oder nur sehr spärlich begleitete und darum mitunter makroskopisch nicht erkennbare Erscheinung.

Aber dennoch äussert sich bezüglich der Reihenfolge der einzelnen Erscheinungen auch hier die der Syphilis eigenthümliche Mannigfaltigkeit: bald sehen wir die Phlebitis gleichzeitig mit oder während der verschiedenen Phasen der ersten allgemeinen, sogenannten sekundären Manifestationen auftreten; ein andermal folgt sie diesen etwas später oder früher nach, und in einem Falle von Girdwood ging sie denselben voraus. In dem auch nach vielen anderen Bezie-

hungen sehr merkwürdigen Falle von Huber war bei der 22jährigen Prostituirten innerhalb zwei Jahren das ganze Gefässsystem infiltrirt und sogar in ausgedehnter Weise verkalkt, während sich in verschiedenen anderen Fällen nach langjährigem Bestande der Krankheit ein einziges Gumma oder weniger beträchtliche Veränderungen nachweisen liessen.

Die lokalen Erscheinungen der Phlebitis syphilitica an den subcutanen Venen stimmen mit der aus anderen Ursachen entstandenen Entzündung dieser Gefässe überein: Man findet einen verschieden langen, spontan mehr oder weniger schmerzhaften, druckempfindlichen, consistenten, drehunden, manchmal stellenweise den Venenklappen entsprechend deutlich knotig aufgetriebenen Strang, welcher den Verlauf einer Vene einhält, die darüber liegende Haut mehr oder weniger in verschiedenen Nuancen von roth und blau entfärbt, mit grösserer oder geringerer Funktionsstörung, mit und auch ohne Oedem des betreffenden Gliedes vergesellschaftet ist, und welcher unter geeigneter Behandlung sammt den begleitenden Erscheinungen allmählich, gewöhnlich erst nach mehrwöchentlicher, manchmal aber auch erst nach mehrmonatlicher Dauer spurlos verschwindet. Fieber ist in einigen Fällen verzeichnet, in anderen wieder nicht. Pathognomonische Merkmale, wie solche Charvot für die Phlebitis syphilitica angetroffen haben will, werden von den übrigen Autoren nicht vorgeführt; dieselben stellten die Diagnose der specifischen Erkrankung auch niemals aus den Befunden an den subcutanen Venen selbst und ihrer Nachbarschaft, sondern aus den concomitirenden Erscheinungen der constitutionellen Syphilis an anderen Körpertheilen.

Die Fälle, welche J. Hutchinson als Periphlebitis der subcutanen Gefässe beschreibt, gehören wohl nicht mehr den frühzeitigen, entzündlichen Formen der Syphilis an, sondern dürften als gummöse Infiltrationen der Venen und ihrer Umgebung aufzufassen sein; gegenwärtig scheinen darüber eingehendere anatomische und histologische Untersuchungen zu fehlen; wenigstens sind mir keine bekannt geworden.

Gummata und Thrombose an der Vena femoralis und der Jugularis communis sind in je einem Falle von Langenbeck, peripheres Gumma der Femoralis von Turner mit sehr verschiedenem Erfolge operirt worden. An der Leiche wurde die Entzündung der letztgenannten Vene, wie bereits erwähnt, schon 1849 von Dittrich, und Thrombose derselben von Huber nachgewiesen; Thrombose der Jugularis interna et externa verzeichnet Aufrecht aus den Leichenbefunden Virchow's.

Isolirte und unmittelbare Erkrankungen an den subcutanen Venen des Stammes in Folge von Syphilis habe ich bisher nicht ermitteln können; consecutive und mitunter sehr beträchtliche Erweiterungen dieser Gefässe bei den Stauungen in den grossen syphilitisch erkrankten Venen der Bauchhöhle sind jedoch ebenso wie bei den Stauungen aus anderen Ursachen beobachtet worden.

Ueber die syphilitische Erkrankung der extraparenchymatösen Venen in den grossen Körperhöhlen liegen ebenfalls eine ziemliche Anzahl von Beobachtungen vor, welche bisher mit sehr wenigen Ausnahmen, die Vena portae und die Nabelvene betreffend, die gebührende allgemeine Berücksichtigung nicht erfahren haben.

Am sonderbarsten ist es wohl, dass bei den überaus zahlreichen, in einer umfänglichen Litteratur niedergelegten Untersuchungen, welche über die Syphilis der Gehirnarterien auf die Anregung von Johann Otto Leonhard Heubner¹⁾ seit dem Jahre 1874 vorgenommen wurden, auf eine Syphilis der Gehirnvenen so ganz und gar nicht eingegangen worden ist; trotzdem Birch-Hirschfeld sogleich darauf aufmerksam gemacht und bestimmt erklärt hatte: an der Vene einer Nabelschnur genau dieselben Veränderungen gefunden zu haben, wie sie Heubner für die Gehirnarterien beschrieben hat. Auch die bereits vordem vorhandene Litteratur über die syphilitische Erkrankung oder die Erkrankung der Venen bei Syphilitischen hätte genügen müssen, um diesem Gegen-

1) Heubner, O. Die luetische Erkrankung der Hirnarterien. Leipzig, 1874, 8^o, pp. VI, 238 u. 4 Taf.

stand die nothwendige Beachtung zuzuwenden — wenn eben nur etwas mehr gelesen und weniger geschrieben würde.

Wenn auch die zwei ältesten, bereits 1849 von Dittrich publicirten, Fälle von „eitriger Phlebitis des rechten Querblutleiters“ und „Phlebitis des grossen Sichel- und des linken Querblutleiters“ auf die neben der Syphilis verlaufenen Krankheiten bezogen werden konnten, so war doch der im Jahre 1862 von Zambaco veröffentlichte, theilweise von Hérard, Ricord und Cruveilhier beobachtete Fall von Thrombose des Sinus longitudinalis superior nach dieser Richtung unanfechtbar; ebenso konnte der Fall von Thrombose des Sinus transversus, über welchen Aufrecht aus den Sectionsprotokollen Virchow's berichtet, kaum auf die gleichfalls constatierte Pneumonie zurückgeführt werden, da sich Thrombose ausserdem in mehreren anderen Venen, darunter auch in der Pfortader fand und auch etliche andere Organe ebenso chronische zweifellos auf Syphilis deutende Processe darboten. Der Fall von Caracciolo: Entzündung des Sinus falciformis superior und Verstopfung desselben durch Gerinnsel bietet gar keine Anhaltspunkte für die Annahme einer anderen Entstehungsursache als Syphilis. Genau dasselbe gilt von dem Falle Oedmansson's, in welchem die syphilitische Natur der Gehirnerkrankung und des Sinus transversus dexter überhaupt erst bei der Obduction durch genaue makroskopische und mikroskopische Untersuchung festgestellt werden konnte. Ueber Dowse's Fall von gummösen Affectionen der Sinus durae matris bürgt uns die Autorität Johannes Orth's. Chvostek's Fall: Obturirende Thrombose des Sinus falciformis major und des linken Sinus transversus und sigmoideus sowie der grösseren Gehirnhautvenen, ist leider nicht mikroskopisch untersucht worden, und an einer anderen Stelle nennt der Verfasser diese Thrombosen marantisch; da nun ausser der sicher gestellten Syphilis auch chronische Tuberculose an beiden Lungenspitzen und ringförmige, tuberculöse Geschwüre im Ileum und Jejunum bestanden haben, so dürfte die Diagnose auf Venen-Syphilis wohl nicht mit Sicherheit gestellt werden können. Greiff hat in einem

Fälle „starke Veränderungen sowohl an den Arterien als auch an den Venen des Gehirns und Rückenmarkes nachgewiesen;“ doch sollen die der Venen, welche bloß am Rückenmark mikroskopisch untersucht wurden, „anderen Charakters gewesen sein, als die Heubner'sche Gefässerkrankung.“ Ueber noch einen hierher gehörigen Fall wird bei der hereditären Syphilis Erwähnung geschehen.

Unter den extraparenchymatösen Venen der Brusthöhle ist die syphilitische Erkrankung der Arteria pulmonalis bisher selbst dann am öftesten beobachtet worden, wenn hier, wie bei den übrigen Gefäßen, von den nur aus der Bibliographie bekannten Fällen gänzlich abgesehen wird. Der Fall von Hermann Lebert¹⁾ ist ebenfalls nicht verzeichnet, da die Gummata an der Basis der Pulmonalklappen, also in der Wand des rechten Ventrikels lagerten. In dem Falle von Virchow war es ein kleines, hartes, bläuliches Knötchen dicht über der Reibungslinie der Pulmonalklappen, über dessen Natur Virchow selbst nicht mit Bestimmtheit aburtheilen wollte. Dagegen ist der Fall von C. O. Weber von ganz besonderem pathologisch-anatomischen und klinischen Interesse: Die Arteria pulmonalis dextra war durch eine $\frac{3}{4}$ Zoll lange und $2\frac{1}{2}$ Linien dicke, ovale Neubildung (Gumma) stenosirt, und dies war die Ursache von wiederholtem Blutspucken und endlich tödtlichem Blutsturz und Lungenapoplexie. Ueber die Fälle von Aufrecht und Heinrich Müller liegen uns nur die aus den Annalen des Berliner pathologischen Institutes stammenden Sectionsbefunde vor und geben wohl kaum für eine klinische Verwerthung direkte Anhaltspunkte. In den Fällen von E. L. Wagner und Karl Huber waren so viele andere Veränderungen an lebenswichtigen Organen zugegen, anderseits verursachten die syphilitischen Processe an dem Gefäße selbst nicht eine so beträchtliche Stenose oder andere Laesion, als dass daraus ein bestimmter Symptomencomplex, ein pathognomonisches Krankheitsbild hätte auftreten können. Die Gummata an der Cava superior in dem Falle Winge

1) Lebert, H. Traité de l'anatomie pathologique. Paris, 1857, I, p. 571 u. Taf. 68.

waren ebenfalls nur ein nebensächlicher und zufälliger Befund und hatten, so viel sich aus der kurzen Krankengeschichte schliessen lässt, am Lebenden gleichfalls keine Erscheinungen hervorgerufen. Die Thrombose der Vena anonyma bei Aufrecht war eine Fortsetzung aus der Jugularis und ausserdem mit Thrombosen an anderen grossen Venen vergesellschaftet; leider fehlt auch da eine Krankengeschichte. Uebrigens dürfte es sich wohl auch hier, wie bei den anderen Erkrankungen der inneren Organe durch Syphilis verhalten; von denen uns die weitaus meisten und besten klinischen Beobachter versichern, dass die Erscheinungen am Krankenbette einander vollkommen gleich seien, ob eine Krankheit durch eine syphilitische oder eine andere Neubildung gleichen Umfanges, gleicher Consistenz und Localisation, oder überhaupt einer Laesion von gleicher Qualität und Ausdehnung verursacht wird. Die leichtere Heilbarkeit oder Zurückbildung gewisser Affectionen unter specifischer Behandlung dürfte vielleicht recht oft auf Täuschung beruhen. Sehr instruktiv ist der Fall von Stöcklin von einem Gumma der Vena anonyma sinistra mit Zerfall und Durchbruch in die Trachea; er betraf ein 17jähriges hereditär syphilitisches Mädchen.

Von den Venen der Bauchhöhle wurde die Pfortader in Stamm, Aesten und Zweigen am häufigsten (23 Fälle) erkrankt angetroffen. An anatomischen Veränderungen derselben sind zumeist Periphlebitis, Thrombose und Stenose bedingt durch diffuse Schwellung des Gefässrohres oder obturirende Gummata erwähnt; einmal (Steinmeier-Bamberger) wurden auch narbige Streifen, ein andermal (Löwenfeld-Loebel-Kundrat) „Auffilzung“ der inneren Gefässwand verzeichnet; Quersfaltung derselben bemerkte Virchow in einem Falle, und Kahl, der aus dem Materiale von Wunderlich und Wagner acht Fälle zusammenstellte, will (allerdings an Weingeist-Präparaten) neben anderen Veränderungen sowohl Quer- als Längsfaltung an der Innenwand der Pfortader und der Cava inferior fast immer constatirt haben. Aber auch in dem jüngsten bekannt gewordenen Fall von Seitz ist Quersfaltung an der Pfortader ausdrücklich hervorgehoben und ge-

sagt, dass da der Thrombus fester sass, als an den übrigen Stellen; jedoch kann dieser Befund kaum für Venen-Syphilis charakteristisch sein.

Selbstverständlich entsprechen den anatomischen Veränderungen die Erscheinungen am Lebenden, wie bei jeder anderen Pylephlebitis und Pfortader-Thrombose: Hydrops universalis oder Ascites waren in den meisten Fällen zugegen; einmal (Steinmeier-Bamberger) auch Glottisoedem. Etwas seltener (Deakin, Jastrowitz, Biermer) kam Icterus vor; ebenso ausgeprägte Magen- und Darmkatarrhe; wiederholt sind (Löwenfeld, Deakin, Jastrowitz u. A.) mehr oder weniger heftige Magen- und Darmblutungen verzeichnet, und in einem Falle (Jastrowitz) kam es ausser diesen noch zu starken Blutungen aus den Nieren, aus den Sugillationen der Haut, der Ohren und der Nase. Ganz aussergewöhnlich war der Fall von Seitz, in welchem nur in den letzten Lebenstagen mitunter spärliche, bräunliche Massen, sonst aber nur wässrige, schleimige, gallige und von aussen aufgenommene Flüssigkeiten erbrochen wurden. An der Vena cava inferior hat Kahl, wie schon angedeutet, Veränderungen (Höcker und Faltungen) in allen acht Fällen gefunden; bei dem Falle von Karl H u b e r erstreckten sich die total obturirenden Thromben der Vena cruralis dextra bis in die untere Hohlvene; Aufrecht notirt: Stenosis venae cavae in porta hepatis. Nierenvenen-Thrombose fand Virchow, Falten in den Lebervenen Kahl, Venae ventriculi perforatio und Venae spermaticae varices Aufrecht.

Am Lebenden dürfte wohl kaum jemals eine der syphilitischen Erkrankungen der grossen Venen in der Bauchhöhle mit Bestimmtheit diagnosticirt werden können; aber die Kenntniss der einschlägigen Casuistik wird uns in manchen Fällen daran denken lassen. In der That sind approximative Diagnosen nach dieser Richtung auch schon öfter gestellt worden. So schloss Franz Chvostek,¹⁾ der ein excellenter Diagnostiker war und einer der ersten unter den Wiener Aerzten der vergangenen Generation eine grosse Aufmerksamkeit der Visceral-syphilis zugewendet hatte, aus einem Ascites, der eilfmal

1) Chvostek, F. l. c. p. 381.

punctirt wurde und endlich heilte, auf Stauung im Gebiete der Pfortader bedingt durch Lebersyphilis; dasselbe diagnostisirte Hiller¹⁾ in der Klinik von Leyden aus plötzlich und heftig auftretendem Blutbrechen und blutigen Faeces. und in zwei Fällen nahm J. S. Bristowe²⁾ aus einem entsprechenden Symptomencomplex Obstruction der Vena cava an. Auf eine direkte Erkrankung der grossen Venen der Bauchhöhle durch Thrombose und dadurch bedingte Stauungserscheinungen in ihrem Gebiete wird sich vielleicht schliessen lassen, wenn diese Erscheinungen (selbstverständlich immer neben constatirter Syphilis), wie in den Fällen von Hiller und Seitz, so ziemlich rasch oder nur wenig vermittelt auftreten.

Intraparenchymatöse Venen.

Die Häufigkeit der Betheiligung der in den verschiedenen Organen und compacten Geweben verlaufenden Venen an den dort etablirten Produkten der Syphilis ist schon ziemlich lange und auch heute noch fast allgemein bekannt. Von den neueren Lehrbüchern über pathologische Anatomie machen wohl alle, und von denen über Syphilis die weitaus meisten, auf die Veränderungen der Venen und der anderen Gefässe innerhalb der syphilitischen Neubildungen aufmerksam; wenn darüber auch noch wenig Klarheit und Uebereinstimmung zu finden ist. Besonders ist es die Leber, in welcher am allerschäufigsten krankhafte Veränderungen an den Aesten und Zweigen der Pfortader nachgewiesen wurden. Diese an dem genannten Organe jedenfalls am meisten und öftesten in die Augen springenden Veränderungen waren bereits dem Altmeister der neuen Aera medicinischer Forschung, Karl von Rokitansky,³⁾ nicht entgangen, denn es ist bereits in der

1) Hiller. Haematemesis in Folge von visceraler Syphilis. — In: Monatshefte f. prakt. Dermatologie, Hamburg, 1882; Ref. in Arch. f. Dermat. u. Syph. Wien, 1882, XIV, p. 742—745.

2) Bristowe, J. S. On visceral syphilis. — In: Lancet, London, 1885, I, p. 331.

3) Rokitansky, K. v. Handbuch der pathologischen Anatomie. Wien, 1844, 8^o, II, p. 648.

ersten Auflage seines grandiosen Lehrbuches zu lesen: „Die Entzündung der Pfortaderäste innerhalb der Leber, und zwar eine in Obliteration endigende, adhäsive Entzündung derselben, ist dem eben zu Erörternden zufolge durchaus nicht gar selten. Man findet nämlich ziemlich oft innerhalb der Leber an verschiedenen Stellen Anhäufungen eines schwieligen, cellulo-fibrösen Gewebes von verschiedener Ausbreitung, von meist unregelmässiger, verästigter Form, welche, wie eine genauere Untersuchung erweist, auf einem obliterirten Pfortaderaste aufsitzen. Bisweilen findet sich in diesem ein gelber, käsiger, wohl auch verkreidender, mörtelartig eingedickter Pfropf, ein Rest der die entzündete Vene obturirenden Faserstoffgerinnung. Bei einigermaßen ansehnlicher Grösse und Anzahl, zumal aber bei einer peripheren Lagerung dieser Callositäten acquirirt die Leber eine auffällige Missgestalt in der Form von Lappung. In Folge der Obliteration eines Pfortaderastes verödet nämlich der seiner Verzweigung angehörige Antheil des Leberparenchyms zu jenen cellulo-fibrösen Massen; diese verschrumpfen im Verfolge mit zunehmender Verdichtung auf sich selbst, ziehen das anstossende Gewebe und, wenn sie an die Oberfläche der Leber reichen, die peritonäale Hülle des Eingeweides an sich so, dass zumal in letzterem Falle narbenähnliche Vertiefungen und Furchen auf der Oberfläche entstehen, welche die daneben befindliche unversehrte Lebersubstanz in Form von flachrundlichen Lappen überragt.“

Dieser Darstellung hat Franz Dittrich für die Lebersyphilis mit aller Entschiedenheit und unter Anführung der betreffenden Stelle widersprochen; allerdings nur der allgemeinen Geltung der Darstellung, denn Dittrich führte gleichzeitig selbst einen Fall vor, der die Anschauungen Rokitsansky's wenigstens theilweise bestätigte.

Seit den überaus wichtigen Abhandlungen Dittrich's (1849—1850) nahmen die seit John Hunter (1786) vergessenen Kenntnisse über die syphilitische Erkrankung der Leber und der Eingeweide überhaupt neuerdings einen steten, wenn auch nur sehr langsamen Entwicklungsgang; jedoch wurde der Betheiligung der Gefässe an diesen Erkrankungen keine

besondere Aufmerksamkeit zugewendet. Erst in einer zweiten, für die neuerlichen Kenntnisse der Visceralsyphilis höchst bedeutsamen Schrift von Rudolf Virchow über die „Natur der constitutionell-syphilitischen Affectionen“ aus dem Jahre 1858, in welcher die weitaus meisten Errungenschaften auf diesem Gebiete mit den eigenen Forschungen des Verfassers zu einem Gesamtbilde vereinigt worden sind, ist wieder auf die Verhältnisse der Gefässe und der Venen, besonders in zwei Fällen von Syphilis der Leber und in einem der Nieren etwas eingehender Rücksicht genommen; jedoch ist daselbst die primäre Natur der Gefässerkrankungen nicht hervorgehoben. Dasselbe unterliessen auch die nachfolgenden Beobachter, wie Frerichs, Biermer, E. L. Wagner; und Pleischl-Klob versicherten sogar ausdrücklich, dass sich (allerdings nur in ihrem einzigen Falle) „kein Zusammenhang zwischen den Einziehungen der Leber mit den Gefässen nachweisen liess.“

Erst Arnold Beer (1867) schloss wieder auf Grund seiner überaus sorgfältigen Untersuchungen (freilich auch wieder nur in einem speciellen Falle) „mit Sicherheit auf die Annahme der primären Natur der adventitiellen Hyperplasie“ der Pfortader-äste, bei einer bestimmten Art der Lebersyphilis.

In demselben Jahre erhielt die Frage über die Beteiligung der Gefässe an den Syphilisprodukten durch Alfred von Biesiadecki,¹⁾ wenn auch nach anderer Richtung, eine wesentliche Stütze. Dieser Forscher fand in den primären syphilitischen Indurationen des Praeputiums: „Die Capillärwände der Papillen verdickt, von einem glänzenden starren Aussehen, sie schliessen zahlreiche in das Lumen sowohl als auch nach aussen prominirende Kerne ein; die Adventitia der Arterien und Venen ist durch zahlreiche, dichtgestellte, runde, spindelförmige und verästigte Zellen bis aufs dreifache verdickt. Das Lumen der Gefässe verengt, jedoch, wie zahlreiche Injectionen nachweisen, durchgängig.“ . . . „Diese

1) Biesiadecki, A. v, Beiträge zur physiologischen und pathologischen Anatomie der Haut. — In: Sitzungsberichte d. kais. Akademie der Wissenschaften. Wien, 1867, LVI, 2. Abth., p. 225—250 u. 3 Taf.

Wucherung der Gefässwand findet sich jedoch nicht allein an jenen Stellen, wo es zur Zellenwucherung innerhalb des Gewebes (der Sklerose) kommt, sie breitet sich vielmehr an allen jenen Praeputien, wo die Induration durch besondere Härte sich auszeichnete, auch auf die Wand der grossen Gefässe zwischen den Blättern des Praeputiums aus.“ Auch bei der Macula syphilitica fand von Biesiadecki „die Gefässwand als das vorwiegend erkrankte.“ Ebenso zeigte es sich bei kleinen, noch wachsenden und nicht zerfallenden breiten Condylomen, dass „die Erkrankung stets von der Wand des Blutgefässes ausgeht. Man findet nämlich in den anliegenden Papillen ähnlich, nur nicht in dem Grade, wie bei der (primären) syphilitischen Induration, die Kerne der Capillarwand vergrössert und vermehrt, ebenso die die Adventitia bildenden Zellen, und erst nachträglich kommt es zur Zellenneubildung im nächstliegenden Gewebe.“

Ausserdem versichert derselbe Autor: „dass nicht allein in der Haut, sondern auch in den inneren Organen die Entwicklung des sogenannten syphilitischen Gumma auf dieselbe Weise, wie in der Haut von sich geht, wie ich mich zu wiederholten Malen an dem Gumma des Gehirns, Hodens, Herzen, der Leber und Milz überzeugen konnte.“

Obwohl nun die verdienstliche Arbeit von Biesiadecki's allgemein beachtet, viel citirt und auch von einigen Syphilitologen, darunter von Moriz Kaposi,¹⁾ bezüglich der syphilitischen Hautprodukte nachgeprüft und in der Hauptsache bestätigt wurde, so hat dennoch die Anschauung von Biesiadecki's, wonach der Uranfang aller syphilitischen Produkte in den Veränderungen der Gefässe zu suchen wäre, nicht sogleich Anklang gefunden. Wahrscheinlich wollten sich die Forscher vor eilfertiger und unbegründeter Verallgemeinerung hüten, denn die Grundsätze von Biesiadecki's finden sich erst später und auch vorläufig noch nur theilweise in der Litteratur über die Specialuntersuchungen der einzelnen Organe wieder.

1) Kaposi, M. Die Syphilis der Haut und der angrenzenden Schleimhäute. Wien, 1873–75, fol. p. 198 u. 76. Taf.

So bemerkt noch Eduard Rindfleisch¹⁾ im Oktober 1870: „Weniger bekannt ist es, dass sich das Hirnsyphilom genau nach dem Typus der hier in Rede stehenden Geschwulstgruppe (Granulationsgeschwülste) von den Gefässscheiden aus entwickelt.“

Nebenbei bemerkt, hatte bereits im Jahre 1864 Heinrich Auspitz²⁾ entgegen Wagner und in Uebereinstimmung mit Virchow nachzuweisen versucht, dass „wie vom anatomischen, auch vom klinischen Standpunkte aus, die Haut-Infiltrate bei Lupus, Syphilis und Scrofulose keine sie ausreichend trennenden Merkmale an sich tragen“. Es war Auspitz auch nicht entgangen, dass man „die zelligen Elemente des Infiltrates besonders massenhaft die Gefässe begleitend angehäuft sieht;“ doch hatte er nicht angegeben, dass „die Erkrankung stets von der Wand der Blutgefässe ausgeht,“ wie dies von Biesiadecki und wohl auch Rindfleisch gethan haben.

Bezüglich des Aufbaues der Granulationsgeschwülste aus dem Capillargefässapparat scheint auch gegenwärtig unter den einzelnen Forschern eine grössere Uebereinstimmung zu herrschen; denn erst neulich berichtete Eduard Lang:³⁾ „Untersucht man Randpartien von Lupus, so kann man sich sehr bald überzeugen, dass Auswachsungen des protoplastischen Rohres der Capillaren, so wie auch der Adventitialelemente der kleinen Gefässe, nicht nur des Blut- sondern auch des Lymphgefässsystems den vornehmlichsten Ausgangspunkt für den Lupus abgeben. Zusammenhang des Lupus mit Blut- und Lymphgefässen geben die meisten Untersucher an (Kaposi, R. Thoma, Jarisch, Friedländer, Paul Baumgarten, Leloir, Doutrelepont).“

Während nun diese Gefässtheorie bezüglich der Syphilisprodukte der Haut und allenfalls noch der Schleimhaut ziem-

1) Rindfleisch, E. Lehrbuch der pathologischen Gewebelehre. Zweite Auflage. Leipzig, 1871, 8°, p. 605.

2) Auspitz, H. Ueber die Zellen-Infiltrationen der Lederhaut bei Lupus, Syphilis und Scrofulose. Wien, 1864, 8°, p. 31. — Sonderdruck aus: Med. Jahrbücher, Wien, 1864.

3) Lang, E. Der Lupus und dessen operative Behandlung. Wien, 1898. 8°, p. g.

lich rasch und noch bis in die Gegenwart, namentlich unter den Syphilidologen, immer mehr Anerkennung und Bestätigung gefunden hat, scheint es damit betreffend der übrigen Organe und kompakten Gewebe besonders bei den Anatomen nur sehr langsam vorwärts gehen zu wollen.

Eine Erweiterung des vorcitirten Ausspruches von Rindfleisch über die Entwicklung des Gehirngumma auf alle syphilitischen Affectionen des gesammten Nervensystems erfolgte durch die werthvollen Untersuchungen von Theodor Rumpf.¹⁾ Dieser Forscher lehrt: „Die syphilitischen Erkrankungen, welche zur Beeinträchtigung des Nervensystems führen, gehen stets von den Gefässen aus. Dieselben gehören ihrer Natur nach sämmtlich den Granulationsgeschwülsten zu, und nur klinische Differenzen machen es wünschenswerth, zwei durch den Sitz und die Folgezustände differente Arten von syphilitischer Erkrankung zu unterscheiden. Wir möchten dieselben bezeichnen als a) syphilitische Infiltration der Bindegewebscapillaren, b) syphilitische Infiltration der Gefässcapillaren.“ In seinen Untersuchungen des speciellen Falles kommt Rumpf wiederholt zu dem Schluss: „Es kann wohl keinem Zweifel unterliegen, dass wir es hier mit einer obliterirenden Arteriitis resp. Phlebitis zu thun haben, die sich an die Veränderungen der Gefässe, an den Austritt von Zellen, an die nachfolgende Stauung der Circulation angeschlossen hat.“

Mehr reservirt spricht sich Birch-Hirschfeld²⁾ über die gummöse Neubildung im Allgemeinen aus: „Das Gewebe des Syphiloms entwickelt sich aus dem Bindegewebe, namentlich scheinen die Gefässhäute einen wesentlichen Antheil an der Neubildung zu haben, vielleicht auch die Endothelzellen. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass auch die Lymphgefässe in ähnlicher Weise Stätte der Wucherung werden können.“ Etwas bestimmter heisst es diesbezüglich gleich auf der nächsten Seite: „Die Beziehung der gummösen Wucherung zu den

1) Rumpf, Th. Die syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems. Wiesbaden, 1887 8^o, pp. 52, 68, 348.

2) Birch-Hirschfeld, l. c. I, p. 264; II, pp. 219, 845.

Gefäßen tritt auch darin hervor, dass die Gummabildung in verschiedenen Organen nachweislich mit Wucherung in der Adventitia ihren Anfang nimmt; am besten ist dieses Verhältniss bei manchen Fällen von Lebersyphilis zu erkennen, wo sich der Process deutlich als eine gummöse Peripylephlebitis darstellt.“ Weniger decidirt sind wieder die Angaben desselben Autors über die syphilitischen Erkrankungen anderer Organe, namentlich der Milz und der Nieren, obwohl auch da stets von den wahrscheinlich primären Veränderungen der Gefässe, wenn auch hier unbestimmt, die Rede ist.

Jedenfalls ist dieser Gegenstand heute noch immer nicht entschieden. Es war auch nicht die Absicht, durch die vorliegende Litteratur-Studie Licht und Klarheit darüber zu verbreiten; nur dazu anregen sollte sie berufene Fachgenossen. Der vorgesteckte Hauptzweck dieser Studie war jedoch: die über die syphilitischen Erkrankungen der extraparenchymatösen Venen bekannt gewordenen Erfahrungen der Praxis, über welche doch schon seit einiger Zeit fassliche und verwendbare Thatsachen und klinische Begriffe vorliegen, der allgemeinen Benutzung zuzuführen. Es sollen darum nur mehr einige wenige Befunde, die zur Erläuterung des dunkeln Capitels der intraparenchymatösen Venen-Syphilis beitragen können, kurz angedeutet werden.

Zunächst sei an die Bemerkung von Birch-Hirschfeld über die Lebersyphilis die von Eduard Rindfleisch¹⁾ anknüpft; dieser Forscher fand: „die Fälle sehr prägnant entwickelter Lebercirrhose, welche man gelegentlich bei (hereditär-syphilitischen) Kindern von 10—15 Jahren antrifft, durch die vollkommene Obliteration der Pfortaderäste ausgezeichnet.“

J. F. Payne²⁾ fand im rechten Unterlappen einer sonst normalen Lunge die Aeste der Pulmonararterie ringsum von dichten, grau durchscheinenden $\frac{1}{4}$ Zoll dickem Gewebe um-

1) Rindfleisch, E. l. c. p. 425.

2) Payne, J. F. Fibroid thickening round branches of the pulmonary artery. — In: Transactions of the pathological society of London, 1874, XXV. p. 49; Ref. in: Virchow-Hirsch Jahresbericht pro 1874, II. p. 196.

geben und führte dies auf eine syphilitische Periarteriitis zurück, obwohl anderweitige anatomische und klinische Belege für diese Aetiologie nicht zu gewinnen waren.

Mraček¹⁾ versichert in dem Capitel über Syphilis hereditaria cordis, dass das Vorkommen von venösen Thromben ein sehr häufiger Befund sei.

Nicht lange nach der Erfindung des Augenspiegels durch Hermann von Helmholtz hatte bereits Gosselin varicöse und andere Veränderungen in dem Auge einer Syphilitischen wahrgenommen. Der Fall ist auch von Zambaco²⁾ beobachtet und beschrieben worden. Aehnlichen Befunden ist in der ophthalmologischen Litteratur wohl öfters zu begegnen, und neulich erst hat L. Dor³⁾ Thrombose der Vena centralis retinae an einer syphilitischen Leiche constatirt.

Bald nach dem Erscheinen von Heubner's fleissig gearbeitetem Buche über die syphilitischen Erkrankungen der Hirnarterien, war man selbstverständlich auch bei anderen Formen von syphilitischen Affectionen auf das Verhalten des Gefässsystems aufmerksam geworden; aber die meisten Beobachter hatten dabei einseitig genug fast immer nur die Arterien vor Augen. Auch dies verdient durch einige Beispiele illustriert zu werden.

So sah sich Anton Elsenberg⁴⁾ in einem Falle von sogenannter Raynaud'scher Krankheit syphilitischen Ursprungs bei der makroskopischen Untersuchung nur um die Aeste der Arteria dorsalis pedis um, fand dieselben atheromatös entartet, durch harte gelbliche Knötchen hochgradig verengert,

1) Mraček, F. Die Syphilis des Herzens bei erworbener und ererbter Syphilis. — In: Ergänzungshefte zum Arch. f. Dermat. u. Syphilis, Wien, 1893, 2. Heft, p. 279—411 u. 4 Taf.

2) Zambaco, A. D. l. c. p. 384—387.

3) Dor, L. Étude anatomo-pathologique d'un cas de choroidite syphilitique congénitale avec hémorrhagies de la rétine par thrombose de la veine centrale. — In: Arch. d'ophtalmologie, Paris, 1896, XVI, p. 494—500.

4) Elsenberg, A. Die sogenannte Raynaud'sche Krankheit (Gangraena symmetrica) syphilitischen Ursprungs. — In: Arch. f. Dermat. u. Syph., Wien, 1892, XXIV. pp. 581 u. 583.

ja sogar vollständig verstopft, und sagt darauf ganz trocken: „Nach den anderen Gefässen habe ich nicht gesucht.“ Bei dem mikroskopischen Befund sind jedoch auch „in den Venen zuweilen Gerinnungen, häufiger jedoch deren enorme Dilation“, also bloß als zufällige, gleichsam unter dem Mikroskope aufgedrungene Befunde erwähnt.

Karl Lechner¹⁾ hat die Pathogenese der Gehirnblutungen in der Frühperiode der Syphilis nach eigenen Fällen und der Litteratur mit seltenen Kenntnissen derselben und Fleiß studirt, und war auch mit den Untersuchungen von Biesiadecki, Schüppel, A. Beer u. v. A. sehr wohl vertraut; gelangt aber in dem Résumé zu folgendem Schluss: „Als ätiologisches Moment derluetischen Hirnblutung, gleichwie jeder — durch anderweitige Ursachen erzeugten — intracraniellen Haemorrhagie, ist nur die Drucksteigerung im Blutgefäßssystem, in Verbindung mit Wand-Erkrankungen der betreffenden Arterien und Capillaren, zu betrachten.“ Die Erkrankungen der Venen waren also durchgefallen, trotzdem dieselben im Gange der Abhandlung bei fremden Autoren wiederholt erwähnt wurden.

Die sogenannte Syphilis haemorrhagica wurde bezüglich des Verhaltens der Gefäße weitaus unbefangener, namentlich durch Mraček²⁾ beforscht und darüber ein für unseren Gegenstand sehr merkwürdiges Resultat zu Tage gefördert. Dieser Autor berichtet: „Die auffallendsten Veränderungen zeigen die kleinen und mittleren venösen Gefäße; im geringeren Grade ist ihre Wandung kernreicher und verdickt, im höheren Grade deutlich angewuchert. Das Lumen ist stets verengt, im höheren Grade gänzlich verschlossen, somit entweder wenig oder gar kein Blut mehr enthaltend . . . Solche veränderte Venen fand ich in der Schädelschwarte, im Unterhaut-Fettgewebe des Stammes und der Extremitäten, im inter-

1) Lechner, K., Zur Pathogenese der Gehirnblutungen derluetischen Frühformen. Wien, 1881, 8°, p. 77. — Sonderdruck aus: Jahrbücher für Psychiatrie, II.

2) Mraček, F. Syphilis haemorrhagica neonatorum. — In: Arch. f. Dermat. u. Syph., Wien, 1887, XIX, p. 117–176 u. 2 Taf.

musculären Zellgewebe, in der Submucosa des Darmes, im Samenstrange und in vielen anderen durch Blutaustritte bezeichneten Stellen . . . Dass diese geschilderten Infiltrationszustände nur venöse und nicht auch arterielle Gefässe betreffen, beweisen die abgebildeten Durchschnitte, wo die Arterien ganz frei, die hinzugehörigen Venen hingegen die kleinzellige Infiltration ihrer Wandungen mit bedeutender Verdickung derselben erkennen lassen. Ganz grosse Gefässstämme blieben von dieser Krankheit verschont . . . Als Nebenfunde dieser geschilderten Gefässveränderungen, gleichsam als Beleg für die hochgradige Alteration des Gefässsystems fanden sich in vielen erkrankten venösen Gefässzweigen mehrerer Fälle frische und sogar schon organisirte Thrombosen vor.“

Nach den eingehenden anatomischen und litterarischen Untersuchungen, welche Mraček über die syphilitischen Erkrankungen des Herzens und die Syphilis haemorrhagica vor wenigen Jahren angestellt hat, ist der eingangs aus seinem soeben erschienenen „Grundriss der Pathologie und Therapie der venerischen Krankheiten“ citirte Ausspruch über die Venen-Syphilis im Allgemeinen wirklich sehr zu verwundern.

Therapie.

Für die Therapie der in Rede stehenden Erkrankung werden sich wohl kaum bisher unbekannte oder neue Massregeln aufstellen lassen. Bei der topischen Behandlung der subcutanen Phlebitis und Periphlebitis syphilitica hat Eduard Lang Emplastrum cinereum längs des erkrankten Gefässes applicirt. Gayraud verwendete örtliche Einreibungen einer Queksilber-Belladonna-Salbe und bemerkte schon Tags darauf sowohl Abnahme der Schmerzen als auch der Schwellung der betreffenden Extremität; während Richard d'Aulnay auch bereits am zweiten Tage nach comprimirenden Watteeinwickelungen Verschwinden des Schmerzes und Abnahme des Oedems notirt. Mauriac empfahl ausser Ruhe, Kataplasmen und Bäder. Bepinselungen mit Jodtinctur längs des erkrankten Gefässes wären wohl auch zu einem Versuche zu empfehlen.

Selbstverständlich waren neben den genannten topischen Mitteln auch die verschiedenen specifischen Curen in Anwendung gezogen. Für die Wahl dieser letzteren werden wohl immer der Grad und die Art der Erkrankung, die Verhältnisse des Patienten und die specielle Erfahrung oder die Vorliebe des Arztes für die eine oder andere der verschiedenen Methoden massgebend sein; wenn auch der alten Regel: Mercur in den irritativen oder Frühformen, Jod in den gummösen oder Spätformen, wohl nur von wenigen Seiten widersprochen werden dürfte.

Der magical effect des Jodkaliums, von welchem G. R. Turner in seinem Falle von Gumma der Vena femoralis berichtet, ist den Aerzten seit den ersten Decennien des gegenwärtigen Jahrhunderts auch bei allen anderen Gummen bekannt und häufig genug untergekommen — aber auch nicht selten ausgeblieben. Freilich gilt genau dasselbe auch für das seit Jahrtausenden bekannte Quecksilber. Josef Weinlechner¹⁾ erzählt einen Fall, in welchem Knotensyphilis im Gesichte nach nutzloser Anwendung von Mercur- und Jodpräparaten durch Ausschneiden und Aetzen „geheilt“ werden musste.

Hereditäre Venen-Syphilis.

Ebenso wie bei der acquirirten, finden sich auch bei der hereditären Syphilis die verschiedenen Erkrankungen der Venen.

Die mannigfaltigen Veränderungen an der Placenta sind schon längere Zeit bekannt, und auch Rokitansky²⁾ beschrieb bereits schwierige Massen mit dem Aussehen syphilitischer Knoten. Die erste umfassende Untersuchung über Placentarsyphilis stammt jedoch erst von Ernst Fränkel her; nur war dieser Forscher der „Gefässtheorie“ jedenfalls nicht geneigt, wenigstens der primären Erkrankung der Gefäße

1) Weinlechner, J. In: Bericht der k. k. Kranken-Anstalt Rudolph-Stiftung in Wien (1870), 1871, p. 249—252.

2) Rokitansky. Lehrbuch der pathologischen Anatomie. 3. Auflage. Wien, 1861, 8^o, III, p. 545.

nicht, da er in seinem vortrefflichen Schriftchen nur „consecutive Obliteration und Schwund der Gefäße“ bedingt „durch deformirende, zellige Gewebswucherung der Zotten des fötalen Theiles der Placenta“ zugiebt. In demselben Jahre (1873) hatte jedoch Karl Hennig¹⁾ auf die Betheiligung der Gefäße und namentlich auch der Venen bei verschiedenen syphilitischen Veränderungen der Placenta (Verkalkung, Blutergüsse, Oedem, Hyperplasie) hingewiesen und besonders bezüglich des Gumma erklärt: „Der Gumma ist eine andere Form der chronischen Entzündung, deren Produkte ich²⁾ für die uteroplacentaren Gefäße zuerst eingehend beschrieben habe. Rundliche, häufiger stumpfeckige, längliche oder biscuitförmige Zellen mit je einem oder zwei, selbst mehreren Kernen, einem oder zwei Kernkörperchen, durchsetzen alle Gefäßhäute, namentlich die mächtigen Wände der mittelgrossen Arterien und am meisten die Adventitia, deren zwei benachbarte Arterien zu einem für das bloße Auge trüben, graugelben, speckigen Gebilde verschmelzen.“

Vorher (1869) hatte jedoch schon Oedman³⁾ auf die hochgradigen mit Thrombose einhergehenden Erkrankungen der Vena umbilicalis und ihrer Placentarzweige aufmerksam gemacht und das Absterben der Früchte durch diese Veränderungen zu erklären versucht.

Von den späteren Autoren hat besonders Zilles diesem Gegenstand sein Augenmerk zugewendet und gefunden: „An Schnitten aus der Insertionsstelle der Nabelschnur in die Placenta war man im Stande nachzuweisen, dass die Erkrankung der Choriongefäße direkt auf die Nabelschnurgefäße übergriff oder umgekehrt. Die Wandungen der Arterien und Venen des Chorions und der Nabelschnur erwiesen sich in einzelnen Fällen ziemlich beträchtlich kleinzellig infiltrirt. Häufig sah man diese kleinzelligen Wuche-

1) Hennig, K. Beiträge zur Anatomie, Physiologie und Pathologie der Placenta. — In: Schmidt's Jahrbücher, Leipzig, 1873, CLX, p. 188—199.

2) Hennig, K. Studien über den Bau der menschlichen Placenta und über ihr Erkranken. Leipzig, 1872, 8°, p. 39 u. 3 Taf.

rungen die ganze Circumferenz der Gefässe, in andern Fällen nur zur Hälfte in Form einer Sichel umgriffen.“

Den Fall von Endophlebitis der Nabelvene eines syphilitischen Neugeborenen, welchen Franz Karl Ludwig Wilhelm Winckel in seinen „Berichte und Studien aus dem königlichen Entbindungs Institute in Dresden“ veröffentlicht haben soll, konnte ich weder im Original noch in einem ausführlichen Referate auffinden. Für die Richtigkeit der Sache bürgt übrigens schon das pag. 4 vorgeführte Citat von Birch-Hirschfeld.

Noch früher als die Erkrankungen des Nabelstranges, hatte Winge (1863) die der Vena portae bekannt gemacht; es fand sich dieses Gefäss bei einer circa 7 monatlichen evident syphilitischen Frucht in eine feste, speckartige Bindegewebsmasse eingeschlossen. Offenbar handelte es sich hier um denselben Process, welchen später Schüppel, Hintzen, Zilles u. A. als Peripylephlebitis beschrieben haben, und welcher ja eigentlich unserem grossen Meister Rokitansky bei der Lebersyphilis auch nicht entgangen war.

Die Untersuchungen der genannten und anderer Autoren stellten fest, dass die Pfortader auch bei der hereditären Syphilis in Stamm, Aesten und Zweigen ergriffen werden kann.

Ueber die Symptomatologie dieser Erkrankungen scheint noch immer kein fassliches Bild entworfen zu sein, obzwar Schüppel bereits vor 28 Jahren darnach suchte. Es finden sich allerdings: intensiver Icterus, Entfärbung der Faeces, Meteorismus, Flüssigkeit in der Bauchhöhle, Darmblutungen und Milzvergrösserung verzeichnet. Selbstredend werden die klinischen Erscheinungen hier, wie eben überall, von der Art und Ausdehnung der anatomischen Veränderungen abhängen, und da diese, wie die vorliegenden Befunde lehren, ausserordentlich variiren, so wird es auch die Semiotik thun müssen.

Ob die von Banze-Monti beobachtete Sinus-Thrombose, welche sich bis in die Vena cava superior fortsetzte, wirklich eine „marantische“ war, oder vielleicht doch durch eine specifische Erkrankung der Gefässe bedingt war, lässt sich wohl

nicht feststellen. Es scheint dieses „marantisch“ mitunter eine Brücke zu sein, um über eingehende histologische Untersuchungen hinwegzukommen; auch Étienne Lancereaux¹⁾ hielt in seinem wahrhaft klassischen Lehrbuch den Befunden Schüppel's entgegen: „La thrombose veineuse chez des enfants infectés par hérédité est plutôt l'effet de la cachexie . .“

Veränderungen in den Zweigen der Nierenvenen bezeichnet Hintzen in einem recenten, Periphlebitis der Vena centralis retinae Trantas²⁾ in einem tardiven Fall von hereditärer Syphilis.

Erkrankungen anderer Venen, wie der instructive Fall von Stöcklin: Eröffnung der Vena anonyma sinistra in die Luftröhre durch ein zerfallenes Gumma, die Forschungen von Mraček über Syphilis haemorrhagica u. m. A. sind bereits in den vorhergehenden Capiteln bemerkt worden.

Aus der vorliegenden Casuistik und den allgemeinen Darstellungen über einschlägige Befunde, welche, nochmals sei es hervorgehoben, blos einem Bruchtheil der gesammten Litteratur über unsere Wissenschaft entnommen wurden, lässt sich wohl zwanglos folgern, dass auch bei der hereditären Syphilis den Venen-Erkrankungen eine sehr grosse Bedeutung zukommt, deren wesentliche Einzelheiten freilich erst durch etwas intensivere und extensivere anatomische und klinische Untersuchungen erkannt werden können.

Wien im Anfang März 1898.

1) Lancereaux, E. *Traité historique et pratique de la syphilis*. 2 édition. Paris, 1873, 8°, p. 427.

2) Trantas. Syphilis héréditaire tardive; kératite interstitielle; choroïdite antérieure avec périphlébite rétinienne. — In: *Archiv d'ophtalmologie*, Paris, 1897, XVII, p. 26—30.

Urtheile der Fachpresse

über

I. Proksch, Die Litteratur der venerischen Krankheiten.

Von den ersten Schriften über Syphilis aus dem Ende des 15. Jahrhunderts bis zum Jahre 1889. 3 Bände u. Register. 1889/91.

Prof. Dr. F. J. Pick im Archiv für Dermatologie und Syphilis. Wien 1891, XXIII, p. 178.

„Das ausgezeichnete Werk des verdienstvollen Verfassers ist also vollendet. Wir haben die ersten zwei Bände schon besprochen und den Collegen wärmstens empfohlen. Der vorliegende, 777 Seiten starke (dritte) Band, welcher die Litteratur der Syphilis und Hydrargyrose umfasst, reiht sich den früheren Bänden würdig an. Wieder haben wir das Verständniss und das Geschick hervorzuheben, mit dem der Verfasser den gewaltigen Stoff bemeistert hat. Die Anordnung ist eine vortreffliche, sie erleichtert das Aufsuchen des Gewünschten ungemein; die für die einzelnen Capitel gewählten Schlagworte geben Zeugniss von der Gelehrsamkeit des Verfassers, der den ganzen Umfang der Arbeit vollständig beherrscht. Es ist uns eine wahre Freude dieses Buch zur Anzeige zu bringen und den Fachcollegen auf das Wärmste zu empfehlen. Wir beglückwünschen den Autor und die Verlagshandlung zur Vollendung des gelungenen Werkes, wir beglückwünschen noch mehr unsere Disciplin zu dem Besitze eines Werkes, wie es kaum einem anderen medicinischen Specialfache bisher geboten wurde und wir können uns nicht einen ernstlich arbeitenden Fachcollegen denken, der dieses Buches entrathen könnte. Es ist aber auch zu wünschen, dass auf diese Weise wenigstens Dank und Anerkennung werde dem Autor für seine höchst verdienstliche Arbeit, der Verlagshandlung für die Opferwilligkeit, mit der sie das Buch ausgestattet hat.“

Docent Dr. Max von Zeissl in: Virchow-Hirsch's Jahresbericht der gesammten Medicin 1890, II. p. 625:

„Proksch hat mit seinem Werke den Syphilidologen ein werthvolles Geschenk gemacht. Einer solchen musterhaften Leistung gegenüber verstummt die Kritik und fragt man nur, was mehr zu bewundern, ob die unerhörte Belesenheit des Verfassers oder dessen Fleiss. Wer immer auf dem Gebiet der venerischen Erkrankungen litterarisch thätig sein will, wird dieses wichtige Werk, das sich durch ausserordentliche Uebersichtlichkeit auszeichnet, in seiner Bibliothek haben müssen.“

Docent Dr. Jos Grünfeld in: Internationale klinische Rundschau, 1891, V, p. 515.

„J. K. Proksch, dem wir auf dem Gebiete der Syphilidographie manche Leistung, besonders in historischer und bibliographischer Hinsicht verdanken, hat hiemit den Fachgenossen ein Werk übergeben, welches von nun ab beim Studium der Litteratur der venerischen Krankheiten unentbehrlich sein wird. Seinen ausserordenlichen Werth wird jeder Fachmann anerkennen, der das gesammte hieher gehörige Gebiet oder einen Theil desselben bearbeiten will. Selbst für den Litteraturkenner oder speziellen Bibliographen muss übrigens die Thatsache überraschend erscheinen, dass das blosse Verzeichnis der Titel litterarischer Werke und Arbeiten über die venerischen Krankheiten ohne jede textliche Hinzufügung drei stattliche Bände und nahe an 1800 Seiten füllt, ja dass das Autorenregister zu dem Werke als ein selbstständiges viertes Buch erscheint und komplette 13 Bogen umfasst. . . . Wir messen dem Werke einen grossen Werth bei, nicht allein wegen des systematisch und rationell durchgeführten Planes desselben, sondern insbesondere wegen der Sorgfalt in der Arbeit und Durchführung. Jeder einzelne Artikel ist mit möglichster Genauigkeit aller Daten angeführt, so dass dieselbe jeder Kontrolle sicheren Stand hält. Es fehlt auch nicht die Angabe der Quellen, denen die Titel entnommen sind. Die Schriften dagegen, bei denen keine Quellen verzeichnet sind, hat der Autor persönlich geprüft und nach ihrer Einsichtnahme notirt. Man muss gestehen, dass diese letztere Kategorie in

stattlicher Zahl vertreten ist, dass der Verfasser auf die Autopsie grosses Gewicht legte und sicherlich alle ihm zur Verfügung stehenden Bibliotheken durchstöberte. Dabei ist es uns bekannt, dass er mit einem bedeutenden Aufwand an Zeit und Opfern seit mehr als 20 Jahren die Antiquariate des ganzen Kontinentes durchsuchte und daraus selbst eine Special-Sammlung von einigen Tausend Bänden und Heften zusammengetragen hat, von denen er etliche der vorher unbekannten grössten Raritäten veröffentlichte. . . . Es mag die Vertreter der Syphilidographie mit besonderer Befriedigung erfüllen, dass ihr Specialgebiet der Medizin nunmehr eine so ausgezeichnete Bibliographie aufweist, wie es keinem anderen Zweig der praktischen Medizin beschieden ist, so dass hiedurch das Studium der Litteratur und der Geschichte der Syphilis wesentlich gefördert werden wird, was dem Verfasser dieses Werkes gewiss als besonderes Verdienst anzurechnen sein wird.“

Literarisches Centralblatt für Deutschland. 1890, Nr. 18 und 1891 Nr. 29.

„An eine Bibliographie der venerischen Krankheiten von dem besten lebenden Kenner der Geschichte der Syphilis geht man mit grossen Erwartungen heran, und diese Erwartungen werden durch die vorliegende Arbeit nicht getäuscht. . . . Alles in Allem genommen, ist dieser erste allgemeine Theil der Syphilisbibliographie die Frucht eines so stupenden Fleisses, einer so tief eindringenden Gründlichkeit, dass sich kein Gebiet der Medicin eines gleichen bibliographischen Werkes auch nur im Entferntesten rühmen kann, und wenn die folgenden Bände halten, was der erste verspricht, so kann man getrost sagen, dass unsere Wissenschaft um ein monumentales Werk von bleibendstem Werthe bereichert ist. Auch in Bezug auf die bei solchen Werken so wichtige, aber auch so unendlich mühsame Genauigkeit der Correctur ist der Verfasser den verwöhntesten Ansprüchen gerecht geworden.“

„Mit einer Ausdauer, welche alle Anerkennung verdient, ist vorliegende Arbeit gefördert worden: binnen weniger als Jahresfrist liegt das ganze Werk vollendet vor uns. Doch

hat die Genauigkeit im Einzelnen unter der raschen Förderung des über 15,000 Titel bietenden bibliographischen Werkes nirgends gelitten. Und absolute Zuverlässigkeit des Gebotenen ist nicht das kleinste Lob bibliographischer Sammelwerke. Aber auch in allen anderen Punkten gilt die Anerkennung, welche dem ersten Bande gesendet werden konnte (vgl. Jahrg. 1890, Nr. 18, Sp. 627 d. Bl.), für den zweiten und dritten Band in gleichem Umfange. Die Gliederung des mächtigen Stoffes in einzelne Abschnitte ist wohl gelungen und von grosser Uebersichtlichkeit; die Vollständigkeit des Materials ist staunenswerth. Mögen die beiden speciellen Theile im Kreise der Specialwissenschaft, für welche sie bestimmt sind, die voll verdiente Beachtung finden; eine zuverlässige Bibliographie ist die Grundlage jedes ernstlichen literarischen Schaffens. An einer solchen soliden Grundlage fehlt es auf anderen Gebieten der Heilkunde nur allzusehr. Als Supplement verspricht der Verleger noch ein ausführliches Namenregister von 10 Bogen, welches die allgemeine Brauchbarkeit des trefflichen Werkes noch erhöhen wird. Zum Schlusse überraschte uns Verfasser und Verleger mit der angenehmen Mittheilung, das sie uns in Bälde auch eine umfangreiche Geschichte der venerischen Krankheiten bescheeren wollen. Sicherlich ist Proksch zu einem solchen Unternehmen mehr wie jeder Andere berufen.“ K. S.

II. Proksch, Die Geschichte der venerischen Krankheiten 1895. 2 Bde.

Prof. Dr. F. J. Pick im Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1896, p. 159.

Der gelehrte Syphilograph, welcher sich durch sein ausgezeichnetes Werk „Die Litteratur der venerischen Krankheiten“ den Dank und die Anerkennung der Fachgenossen in hohem Grade erworben hat, bietet uns in dem obgenannten Werke neuerdings eine nicht hoch genug zu schätzende Arbeit. Das gross angelegte Werk behandelt in seinem ersten 424 Seiten umfassenden Theile die Geschichte der venerischen Krankheiten im Alterthum und Mittelalter, in seinem 892 S. betragenden II. Theile die der Neuzeit. Zwei kurze Absätze über

fossile Funde und Mythen sind der Darstellung aus der historischen Zeit vorausgeschickt. In äusserst übersichtlicher Weise wird im I. Theile die Geschichte der venerischen Krankheiten im Alterthum und Mittelalter zunächst aus den Ueberlieferungen der orientalischen Völker (Chinesen, Japaner, Indier, Perser, Aegypter und Juden), sodann bei den Griechen und Römern dargelegt und nach jedem Absatze in einem zusammenfassenden Rückblicke gewürdigt. Die Geschichte der venerischen Krankheiten in der Neuzeit wird in fünf Perioden eingetheilt und zwar: Von den ältesten Syphilographen bis zu Fernel, von Fernel bis Astruc, von diesem bis Hunter, von Hunter bis Ricord, die fünfte Periode führt die Bezeichnung Ricord; ein Abschnitt, Ricords Zeitgenossen und Nachfolger, führt die Geschichte der venerischen Krankheiten bis auf unsere Tage. Die Darstellung wirft in doppelter Beziehung ein helles Licht in die Geschichte der venerischen Krankheiten, einerseits durch die kritische Beleuchtung der Quellen und anderseits durch eine gründliche auf vorzügliche medicinische Kenntnisse gegründete Kritik der aus den Quellen sich ergebenden Schlüsse. Man muss dies anerkennen auch in jenen Fällen, in welchen man anderer Meinung sein wird als der Verfasser. Auf Einzelheiten einzugehen, halten wir hier nicht am Platze. An einzelnen Leseproben die Vorzüglichkeit der Darstellung darzuthun, halten wir für überflüssig einem Verfasser gegenüber, der genügend erwiesen hat, dass er zur Abfassung eines solchen Buches durch seine bisherigen Studien und Leistungen prädestinirt war. Die Sprache ist lebendig und fesselnd, die jeder Geschichtsperiode beigefügten Rückblicke geben eine Fülle scharfsinniger, gelehrter und belehrender Schlussätze und bieten so ein zusammenfassendes Bild des jeweiligen Standes der Auffassungen und Kenntnisse über die Sache. Man muss das Buch lesen und wird einen Genuss davon haben es zu lesen. Die Ausstattung desselben von Seite der Verlagshandlung ist eine würdige.

Dr. A. Doyon in: *Annales de dermatologie et de syphiligraphie* 1895, 3. Sér., VI. p, 961.

„Proksch est déjà connu par de nombreux et remarquables travaux sur la syphilis. Il y a peu d'années, il a