

28.) Herr **Friedheim** (Leipzig): *Ueber den Zusammenhang der Syphilis mit den Erkrankungen des Nervensystems.*

Meine Herren! So sehr auch im Laufe der letzten Jahre die Lehre von den syphilitischen Nervenerkrankungen theils durch klinische, theils durch anatomische Untersuchungen gefördert worden ist, so ist doch kein Zweifel, dass für eine ganze Reihe von Fällen es unmöglich ist, am Lebenden die Diagnose einer syphilitischen Nervenerkrankung zu stellen. Denn es fehlt noch für viele Gruppen der Nachweis einer directen Beziehung zu einer vielleicht oder sicher vorausgegangenen syphilitischen Infection und der Nachweis, dass in den Fällen, in denen wirklich eine Infection vorausgegangen, es sich nicht bloss um eine zufällige Coincidenz, sondern um einen wirklich ätiologischen Causalnexus mit der Infectionskrankheit handelt. Ich glaubte daher, dass eine statistische Untersuchung bei einer verhältnissmässig grossen Anzahl von Nervenkranken nicht ohne Werth sei, um festzustellen, ob gewisse Symptomen- gruppen, die bei Luetischen und Nichtluetischen vielleicht in bemerkenswerth grosser Differenz sich herausstellen würden, differential-diagnostisch verwerthet werden können.

Freilich bin ich mir der grossen Schwierigkeit und Fehlerquellen, welche jeder statistischen Arbeit anhaften, wohl- bewusst. Aber wenn die Zahlen eine auffallende Häufigkeit und Regelmässigkeit ganz bestimmter nervöser Symptomen- complexe an inficirten Individuen ergeben, während dieselben Symptomencomplexe bei Nicht-inficirten fehlen, so müsste doch diesen Zahlen eine gewisse differentialdiagnostische Bedeutung beigemessen werden.

Bei vielen Nervenkrankheiten sind solche statistische Erhe- bungen nicht nothwendig; bei diesen wissen wir, dass theils bestimmte Altersverhältnisse (bei Hemiplegien), theils der vor- wiegend monoplegische Charakter von Lähmungen, theils das Auftreten von corticalen Symptomen neben Herd- und basa- len Symptomen des Gehirns, theils die Beschränkung der Er- krankung auf einzelne Hirnnerven, theils die Eigenart gewisser epileptoider Erscheinungen u. s. w. schon allein eine Differen- tialdiagnose ermöglichen. Aber anders liegt es z. B. bei der Tabes, wo, wie ich in diesem Kreise nicht näher auszu-

führen nöthig habe, die besonders von Erb und Rumpf vertretene Anschauung eines directen Zusammenhanges zwischen Syphilis und Tabes ebenso energisch bekämpft wird, wie z. B. kürzlich von Tarnowski, welcher in der Syphilis nur eines von vielen prädisponirenden Momenten erblicken will. In der That fehlen auch vor der Hand wesentliche Anhaltspunkte dafür, um eine sog. syphilitische Tabes von der Tabes nicht inficirter Personen zu unterscheiden, ganz abgesehen von der neuerdings von Oppenheimer wesentlich vertretenen Lehre von der Pseudotabes.

Ich habe nun Gelegenheit gehabt, an der Leipziger Universitätspoliklinik 415 Nervenerkrankungen sorgfältiger speciell auf die Frage ihres Zusammenhanges mit Syphilis zu untersuchen. In der nachstehenden Tabelle sind diese 415 Fälle geordnet, je nach dem eine Syphilis ganz sicher anamnestisch vorausging oder dieselbe auf Grund vorausgegangener Schankerinfektionen oder unklarer Symptome nur als wahrscheinlich angenommen werden konnte.

### 415 Fälle.

#### I. Syphilis ging sicher voraus:

bei Tabes . . . . .	49
„ Cephalaea gravior . . . . .	44
„ progressiv. Paralyse . . . . .	25
„ Hemiplegie . . . . .	20
„ epileptiform. Sympt. . . . .	8
„ isolirt. Hirnnervenlähm. . . . .	7
„ cerebrospinal. Erscheinungen . . . . .	3
„ Myelitis . . . . .	3
„ Neuritis n. median u. ulnaris . . . . .	1
im Ganzen . . . . .	160

#### II. Syphilis ging wahrscheinlich voraus:

bei Hemiplegie . . . . .	28
„ Tabes . . . . .	26
„ Tumor cerebri . . . . .	5
„ Myelitis . . . . .	4
„ progressiv. Paralyse . . . . .	1
im Ganzen . . . . .	64

**III. Tabes:**

1. Durch Gonorrhoe allein belastet . . . . .	18
2. Ohne venerische Belastung . . . . .	53
im Ganzen . . . . .	71

**IV. Hemiplegie:**

1. Ohne Syphilis . . . . .	120
2. Mit sicherer Syphilis . . . . .	20
3. Mit wahrscheinlicher Syphilis . . . . .	28
im Ganzen . . . . .	168

Hervorheben will ich die 25 Fälle von progressiver Paralyse, welche sich unter den 160 ganz sicher syphilitischen Personen befanden gegenüber einem einzigen Falle von progressiver Paralyse mit wahrscheinlicher, jedenfalls unsicherer Syphilis.

Ferner möchte ich auf die Hemiplegie-Fälle aufmerksam machen, bei denen 120 Fälle ohne Syphilis gegenüberstehen 20 Fällen mit sicherer und 28 Fällen mit wahrscheinlichen Syphilis, wobei ich bemerke, dass auch die 28 als wahrscheinlich syphilitisch bezeichneten Personen mit Recht als solche bezeichnet werden können, da sie auf Grund sorgfältigster Anamnese einerseits und durch den Ausschluss anderer ätiologischer Momente andererseits (Gelenk-, Gefäss-, Herz- und Nierenaffectionen), sowie durch ihr jugendliches Alter (unterhalb des 30. Lebensjahres) zweifellos einen grossen Anspruch darauf erheben können, unter die syphilitischen Fälle gerechnet zu werden. Ich habe sie nur deshalb nicht als sicher syphilitisch bezeichnet, weil die Anamnese nicht eindeutig genug war.

Als Cephalaea gravior finden sich unter den Fällen mit sicherer Syphilis 44 verzeichnet. Diese Fälle gehören zur überwiegenden Zahl dem weiblichen Geschlechte an. Gewöhnlich handelte es sich um höchst anhaltende Kopfschmerzen ohne sonstige Störung der Psyche oder Intelligenz, welche sich nach den ersten Eruptionsstadien der Syphilis einstellten und sonst nur mit weniger hervortretenden nervösen Störungen sich complicirten.

Unter den Erkrankungen des peripheren Nervensystems, die im Ganzen sehr spärlich vertreten sind, ist nur ein Fall

ausserordentlich beachtenswerth. Ich erwähne denselben nur kurz als Neuritis gummosa des Nerv. medianus und ulnaris. Es handelte sich um fast rosenkranzartig angeordnete Verdickungen im Verlaufe dieser Nerven unter gleichzeitiger gummoser Infiltration des Muscul. biceps; die anfangs sehr schweren Symptome heilten unter Jodbehandlung in promptester Weise.

Mein Hauptaugenmerk aber habe ich auf die Tabes dorsalis gerichtet. Dieselbe kam unter den 415 Nervenfällen 146mal, d. h. in 35,2% vor. Unter diesen 415 Fällen sind 160 mit sicherer Syphilis, worunter 49 Tabesfälle = 30,6%, 64 mit wahrscheinlicher Syphilis, worunter 26 Tabesfälle = 42,67%.

Vergleichen wir die 146 Tabesfälle für sich, so waren 71 Fälle bei sicher Syphilis-freien Personen = 48%, 75 Fälle mit sicherer oder wahrscheinlicher Syphilis = 52%.

Es schien mir jedoch zweckmässig, diejenigen Kranken, bei denen Gonorrhoe vorausgegangen war, noch gesondert aufzuführen, so dass sich folgende Uebersichtstabelle ergibt:

1.	53 = 36%	bei fehlender Syphilis und Gonorrhoe.
2.	49 = 34%	„ sicherer „
3.	26 = 18%	„ wahrscheinlicher Syphilis.
4.	18 = 12%	„ Gonorrhoe (ohne Syphilis).

Auf die ausserhalb der Syphilisfrage gelegenen ätiologischen Momente, welche für die Tabes angeführt werden: Durchnässung, Ueberarbeitung, Excesse u. s. w. bin ich nicht näher eingegangen, theils weil sich gar zu wenig Anhaltspunkte für eine Gruppierung nach diesem Gesichtspunkte ergeben, theils weil ich eben versuchen wollte, wesentlich die Bedeutung der Syphilis als ätiologisches Moment hier zu ergründen.

Interessant aber sind die Geschlechtsverhältnisse unter diesen Tabesfällen.

Unter den 146 Tabesfällen sind:

Syphilisfrei . .	53 Personen, und zwar	31 Männer, 22 Frauen.
Sicher Syph. . .	49	„ „ „ 42 „ 7 „
Wahrscheinl. S.	26	„ „ „ 26 „ — „
Gonorrh. . . .	18	„ „ „ 18 „ — „

Im Ganzen . . . 117 Männer, 29 Frauen.

Eine weitere Untersuchung habe ich darauf hingerichtet, einerseits den Beginn deutlicher Tabessymptome mit Bezug auf das Lebensalter bei syphilitischen wie nichtsyphilitischen Personen zu eruiren, sowie andererseits die Dauer der Syphilis bei den syphilitischen Tabesfällen. Ich konnte nach dieser Richtung hin Folgendes eruiren:

	unter dem 30. Jahre	30—40 Jahre	40 und mehr Jahre
41 Fälle ohne Syphilis . . .	3 = 7,5%	16 = 39,3%	22 = 53,92%
45 Fälle mit Syphilis . . .	14 = 31,1%	21 = 46,6%	10 = 22,2%

Von 42 syphilitischen Tabesfällen konnte die Dauer der Syphilis festgestellt werden:

7mal betrug sie weniger als 5 Jahre,  
 23mal „ „ 5 bis 10 Jahre,  
 12mal „ „ mehr als 10 Jahre.

Es ergibt sich daraus, dass bei den Syphilitischen der Beginn der deutlichen Tabessymptome in bei weitem früheren Lebensjahren constatirt werden konnte als bei den syphilis-freien Tabikern, während das Verhältniss nach dem 40. Lebensjahre sich umkehrt; in dieser Epoche überwiegt die Zahl bei den nicht syphilitischen Tabikern.

Im Verhältniss zur Syphilis ergibt sich, dass durchschnittlich im 2. Lustrum nach der Infection die Mehrzahl der Tabesfälle ihre ersten Symptome aufweist.

Das interessanteste Ergebniss aber meiner Untersuchungen erscheint mir der zahlenmässige Nachweis, dass zwischen den syphilitischen — sicheren wie wahrscheinlichen — und den nicht syphilitischen Tabikern eine auffallende Differenz im Auftreten gewisser Symptomencomplexe sich herausstellte und zwar innerhalb der Blasen- und Sexualsphäre.

Unter den Blasenstörungen verstehen wir wesentlich Retentio und Incontinentia urinae, unter denjenigen der Geni-

talsphäre Herabsetzung bis vollkommenes Erlöschen der Libido. Die Verhältnisszahlen, die sich nun ergeben, sind folgende:

1.) 71 syphilisfreie Tabiker waren in 23 Fällen ( $= 32\%$ ) mit 24 Störungen,

2.) 49 sicher syphilitische waren in 39 Fällen ( $= 79\%$ ) mit 58 Störungen,

3.) 26 wahrscheinlich syphilitische waren in 15 Fällen ( $= 57\%$ ) mit 18 Störungen beteiligt gewesen; addire ich die beiden letzten Gruppen, so stehen 75 sicher und wahrscheinlich syphilitische mit 76 Störungen in 54 Fällen ( $= 70\%$ ) im Gegensatz zu 71 syphilisfreien Tabikern mit 24 Störungen in 23 Fällen ( $= 32\%$ ).

Trenne ich nun von diesen 71 Syphilisfreien diejenigen ab, bei denen Gonorrhoe vorausgegangen war, so ergeben sich 53 syphilis- und gonorrhoefreie Tabiker mit 13 Störungen in 13 Fällen ( $= 24\%$ ), und

18 Tabiker mit früherer Gonorrhoe und mit 11 Störungen in 10 Fällen ( $= 55\%$ ).

Besonders auffallend wird das Häufigkeitsverhältniss im Vorkommen jener Störungen, wenn man zugleich das Geschlecht in Betracht zieht:

Unter 53 syphilis- und gonorrhoefreien Tabikern waren 22 Frauen, 31 Männer, unter 49 sicher Syphilitischen 7 Frauen, 42 Männer.

Während an diesen 7 syphilitischen weiblichen Kranken in 4 Fällen ( $= 59\%$ ) 6 Störungen und an jenen 22 nicht syphilitischen mit 5 Fällen ( $= 22\%$ ) nur 5 Störungen nachgewiesen wurden, zeigten sämtliche 31 syphilis- und gonorrhoe-freien Männer mit 9 Fällen ( $= 29\%$ ) i. G. bloss 9 Störungen gegenüber den 42 sicher syphilitischen Tabikern männlichen Geschlechts mit 52 Störungen in 35 Fällen ( $= 83\%$ ).

Nach einer weiteren Specialisirung dieser Störungen von Seiten der Blase oder von Seiten der Sexualsphäre aus, kamen auf

1. 13 Störungen von 53 syphilis- und gonorrhoefreien Kranken beiderlei Geschlechts 12 Blasensymptome, 1 Sexualsymptom;

2. 58 Störungen von 49 sicher syphilitischen Kranken beiderlei Geschlechts 38 Blasen-, 20 Sexuälsymptome;

3. 18 Störungen von 26 mit wahrscheinlicher Syphilis behafteten Tabikern 13 Blasen-, 5 Sexuälsymptome.

4. 11 Störungen von 18 gonorrhöisch belasteten Tabetikern 9 Blasen-, 2 Sexuälsymptome.

Die Loslösung der zuletzt angeführten gonorrhöisch belasteten Kranken aus der Gruppe der syphilisfreien Tabiker, sowie die Ergündung von der Häufigkeit der Gonorrhoe aus der Anamnese dieser Tabiker steht mit 2 Fragen hier im Zusammenhänge: eine derselben bezieht sich auf den Verdacht einer früheren, wenn auch zur Zeit nicht nachweisbaren Syphilis, welcher bei venerisch irgendwie belasteten Individuen mehr im Bereiche einer gewissen Wahrscheinlichkeit liegt, als bei venerisch total unbelasteten Kranken, während als eine zweite Frage zu erwägen ist, ob nicht die Gonorrhoe allein für sich eine Disposition für das stärkere Hervortreten von Blasen- und Sexuälsymptomen schaffen könne. Beiderlei Annahmen scheinen nun hier thatsächlich einer Berechtigung nicht zu entbehren, wie u. A. beifolgende Aufstellung der Befunde zeigt, welche bei einer allerdings starken symptomatischen Betheiligung der Gonorrhöegruppe eine Steigerung der Blasen- und der Sexuälsymptome in einer fast typischen oder proportionalen Abhängigkeit von der Belastung mit Syphilis darlegt.

#### A. 146 Tabesranke einschliesslich der Frauen:

- I. unbelastet . . . 53 Kranke (36%) in 13 Fällen (24%) 13 Störungen (12mal Blase, 1mal Sexual).
- II. gonorrhöisch . . 18 Kranke (12%) in 10 Fällen (55%) 11 Störungen (9mal Blase, 2mal Sexual).
- III. syphilitisch (?) . 26 Kranke (18%) in 15 Fällen (57%) 18 Störungen (13mal Blase, 5mal Sexual).
- IV. syphilitisch . . . 49 Kranke (39%) in 39 Fällen (79%) 58 Störungen (38mal Blase, 20mal Sexual).

#### B. 117 Tabesranke ausschliesslich der Frauen:

- I. unbelastet . . . 31 Kranke (26%) in 9 Fällen (29%) 9 Störungen (8mal Blase, 1mal Sexual).
- II. gonorrhöisch . . 18 Kranke (12%) in 10 Fällen (55%) 11 Störungen (9mal Blase, 2mal Sexual).

- III. syphilitisch (?) . 26 Kranke (18%) in 15 Fällen (57%) 18 Störungen  
(13mal Blase, 5mal Sexual).
- IV. syphilitisch . . . 42 Kranke (36%) in 35 Fällen (83%) 52 Störungen  
(34mal Blase, 18mal Sexual).

Schliesslich möchte ich hinsichtlich derselben Störungen noch betonen, dass es sich nicht nur um eine grössere Häufigkeit in ihrem Vorkommen bei syphilitischen Tabikern handelte, sondern dass dieselben von Anfang an meist schwerer einsetzten oder im weiteren Verlaufe sich ernster gestalteten und während des ganzen Krankheitsbildes eine permanente und grössere Bedeutung in Anspruch nahmen.

Kurz ich glaube, dass man in Zukunft in dem frühzeitigen und stärkeren Auftreten von Erscheinungen seitens der Blasen- und Sexualsphäre einen Anhaltspunkt haben kann für solche Tabesfälle, welche mit der Syphilis in einem näheren Zusammenhange stehen. Vielleicht ist daher der kleine Beitrag, den ich mir zu liefern erlaubte, nicht ganz unwichtig, um in der schwierigen Frage der Tabes syphilitica einen Fortschritt zu bedingen. Ebenso scheint mir nicht unwichtig der Hinweis auf die Thatsache, dass die Entwicklung ausgebildeter Tabessymptome bei syphilitischen Tabikern in einem viel früheren Lebensalter auftrat als bei den Tabikern ohne vorausgegangene Syphilis.

---

29. Herr **Friedheim** (Leipzig): *Demonstration eines Leprakranken.*

Zweitens, meine Herren, zeige ich Ihnen einen Fall von Lepra, einen 31jährigen südamerikanischen Landwirth, der hereditär unbelastet ist und bis zum Jahre 1880 vollkommen gesund war. Um jene Zeit litt er an einem Geschwür der Glans penis, das angeblich syphilitisch war; es bildeten sich Bubonen und Hautausschläge; der Kranke wurde nur local behandelt und fühlte sich nach wenigen Monaten wieder vollkommen wohl bis zum Jahre 1885, wo er andauernd fieberhaft erkrankte und körperlich stark herunterkam. Es traten Störungen im linken Auge ein und Veränderungen auf der Haut, welche als Morphäa bezeichnet wurden. Es ward der Kranke aus klimatischen Gründen nach Europa geschickt;