

Korrespondenzen.

Die Vielgestaltigkeit der visceralen Lues.

Bemerkungen zu Herrn Dr. J. Kretschmers Arbeit in No. 18 dieser Wochenschrift.

Von Dr. R. Schorlemmer, Spezialarzt für Magen-, Darm- und Stoffwechselkrankheiten in Godesberg.

Kretschmer bestreitet in seiner Arbeit: 1. daß die positive Wassermannsche Reaktion ein Beweis der manifesten Lues ist; 2. glaubt er mir bei einem früher von ihm gesehenen Falle eine „Fehldiagnose“ unterschrieben zu dürfen, weil ich es wagte, bei dem Aufenthalt desselben Kranken in meinem Sanatorium auf Grund von syphilitischen, Darmgeschwüren mit Blutungen, einer positiven Wassermann-Reaktion, bei zugegebener früherer Lues des Patienten und bei vorhandener andauernder Erregbarkeit und Rastlosigkeit des Patienten eine andere Diagnose zu stellen als die vorher den gleichen Fall begutachtende Albusche Klinik, nämlich Lues intestinalis et cerebialis, im Gegensatz zu der dort angenommenen „Neurasthenia gastrica“, mit der mir der Kranke vom Hausarzte zugewiesen wurde.

Ad 1. Die Kretschmersche Auffassung, „daß die Wassermannsche Reaktion lediglich ein Beweis dafür ist, daß Patient eine Lues gehabt hat, ohne daß diese manifest zu sein braucht“, wird von den namhaftesten Syphilidologen, Nervenärzten (Alt) und Klinikern zurzeit nicht geteilt; wie unter anderem aus den Neisserschen Darstellungen, die ich auf Grund meiner Erfahrung ebenso teile wie die v. Müllersche Klinik in München und nur bestätigen kann, absolut sicher hervorgeht. Neisser präzisiert diesen Standpunkt wie folgt: 1. Man kann sagen,

daß bei dem positiven Ausfall der Wassermannschen Reaktion mit der nahe an Gewißheit streifenden Wahrscheinlichkeit noch aktive Infektionsstoffe vorliegen. 2. Man kann mit einem Worte sagen; daß die Wassermannsche Reaktion in unzähligen Fällen, wo die bewährten älteren Methoden der klinischen Beobachtungen sich eben nicht bewähren, uns ein ganz klares Bild von der vorhandenen Situation gibt. Man kann die Syphilis schon und noch diagnostizieren (in latenten Fällen), wo sonst noch kein einziges sicheres Symptom von Syphilis oder gar kein Anhaltspunkt mehr vorliegt. . . . Man findet in einer auffallend großen Anzahl von inneren, zerebralen und sonstigen Affektionen Syphilis auf, wo jeder andere Anhaltspunkt versagt, und gewinnt dadurch eine Basis für sein therapeutisches Handeln. Kurz, die positive Reaktion ist ein klares Symptom noch bestehender Syphilis. Es ist also für mich keine Schande, mich hier mit meiner Auffassung in Neissers und Alts Gesellschaft bewegen zu dürfen. Seine Herabwürdigung des + Wassermannbefundes in meinem Falle ist um so verwunderlicher, als er in einem der von ihm diagnostizierten Fälle die + Wassermannsche Reaktion diametral entgegengesetzt bewertet, „ein schwerwiegendes Moment im Sinne desluetischen Charakters der Affektion.“

Ad 2. stelle ich zunächst fest, daß die Wassermannsche Reaktion auf meine Veranlassung erst hier (Hygienisches Institut Bonn) und nicht in 1. Berlin gemacht wurde, da Patient nach seinen Angaben, die mir der Hausarzt nach meiner Diagnosemitteilung später schriftlich bestätigte, den früheren Untersuchern seine Lues verschwiegen hatte und diese somit bei der Diagnosestellung in Berlin nicht in Frage kam; 2. wurden dieluetischen Darmgeschwüre erst von mir und dem zweiten Arzt meiner Anstalt 25—28 cm ab ano rektoskopisch festgestellt, grauweiße, schmierige Beläge, mit härterem, infiltriertem Wall, leicht blutend (Produkte einer Eндarteriitis syphilitica), während Dr. Kretschmer nach seiner Krankengeschichte nur 22 cm hoch rektoskopierte und intakte Schleimhaut sah. Daß diese Ulcera bei zugegebener früherer Lues, positivem Wassermann und dem typischen Aussehen alsluetisch anzusehen sind, wird kein erfahrener Kollege bestreiten, der skeptische Kollege Kretschmer möge sich in jedem größeren Handbuch über Lues davon überzeugen, daß diese Ulcera noch höher wie an meiner gesehenen Stelle vorkommen, so aussehen wie oben beschrieben und daß wohl die von ihm unbewerteten Darmbeschwerden, (Tenesmus, abnorme Sensationen im Leib, Obstipation als Folge des durch die Ulcera bedingten Colospasmus) als Symptome der von mir angenommenen Lues intestinalis anzusehen sind. Daß endarteritische Ulcera nicht profus zu bluten brauchen, ist ebenso bekannt, wie daß sie zu okkulten Blutungen führen. Okkulte Blutungen hören bei alleiniger Flüssigkeitsdarreichung (geschah in meinem Falle acht Tage), aber wie Kuttner in seiner Arbeit mir bestätigt, nach etwa fünf Tagen auf; ein Faktum, das jeder Magenspezialist wie Herr Dr. Kretschmer wissen sollte, und so hätte er sich sein zweifelndes „Das Blut fehlte aber schon nach einer Woche . . .“ sparen können.

3. Zur Diagnose Lues cerebialis muß ich zunächst Herrn Dr. Kretschmer auch die von ihm wohl nicht bestrittenen zerebralasthenischen Symptome des Kranken (Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, verminderte geistige Leistungsfähigkeit, wechselnde Stimmung, unbewußtes Einschlafen in Gegenwart anderer — letzteres erst von mir beobachtet —) ins Gedächtnis zurückrufen, die er bei Kenntnis der vorausgegangenen Lues, der von ihm übersehenen Ulcera und des Befundes der leider in Berlin nicht ausgeführten Seroreaktion wohl als zerebral-luetisch differentialdiagnostisch verdächtige Symptome gegenüber der in der Albuschen Klinik angenommenen Neurasthenie in Betracht gezogen hätte, wenn ihm folgende in einem der größten Lehrbücher über Gehirn-Lues stehenden Leitsätze bekannt gewesen wären:

a) „Es wurde bereits erwähnt, daß eine Form des Prodromalstadiums der Syphilis unter einem Bilde verlaufen kann, welches der Neurasthenie sehr ähnlich sieht.“ b) „Die wichtigste Stütze für die Annahme einer zerebralen Lues ist der Nachweis vorhergegangener oder noch bestehender spezifischer Syphiliserscheinungen.“ c) „Das Auftreten zerebralasthenischer Symptome wird auf allgemeine Zirkulations- und Ernährungsstörungen zurückgeführt, die sich noch nicht in anatomischen Veränderungen des Gehirns kundgeben.“ d) „Die psychische Störung, die sich nur in einer quantitativen Herabsetzung der Leistungsfähigkeit kundgibt, kann sich namentlich bei energischer Behandlung des Grundleidens wieder ausgleichen, wenn auch eine vollständige Restitutio ad integrum kaum zu erwarten ist.“

Dieses „kann“ deckt mich völlig gegen die anzüglichen Bemerkungen Kretschmers: „aber Schlaf und Appetit blieben wechselnd, und bei der Entlassung ist über Mangel an Energie des Patienten zu klagen,“ denn danach dürfen wir selbst nach einer Schmierkur von 120 g Hydrargyrum keine völlige sofortige Genesung erwarten, wenngleich ich dem Herrn Kollegen Kretschmer zu seinem Troste noch verraten will, daß es dem Patienten nach einem Brief vom 28. Mai 1910 an mich jetzt, etwa $\frac{3}{4}$ Jahre nach der Schmierkur, wesentlich besser geht. Zu der nach Ansicht des Herrn Kretschmer „viel bedenk-

licheren Diagnose Lues cerebialis“ habe ich bezugnehmend auf die Punkte a—c zu sagen, daß in dem zur Diskussion stehenden Falle zerebralasthenische Symptome in verdächtiger Weise, wie er selbst zugibt, vorhanden waren; die sie bedingenden Zirkulationsstörungen (Endarteriitis) wurden von mir durch die Auffindung der Darmulcera nachgewiesen; vorausgegangen war vor 6 Jahren die vom Patienten mir zugegebene Lues; es bestanden zurzeit noch nachweisbar die Ulcera intestini und die positive Wassermannsche Reaktion, letztere nach obigen Darlegungen ein sicheres Stigma noch bestehender Syphilis; somit alle Unterlagen, wie sie die Klinik für die Diagnose Lues cerebialis verlangt, die ich hiernit rite erbracht habe, während Herr Dr. Kretschmer mir noch den Beweis für seinen Ausdruck „Fehldiagnose“ in jeder Weise schuldig ist. Man tut gegenteilige wissenschaftliche Auffassungen nicht mit leeren Worten und schönen Phrasen, wie „Willkür und Nichtigkeit der Diagnose“ ab, man muß sie klinisch auch so stützen können, daß sie sich vor anderen Kollegen sehen lassen kann.