Ein Fall von tuberkulösem Tumor der Glans penis.

Von

Privatdozent Dr. **Carl Grouven**,

I. Assistenten der Bonner dermatologischen Klinik.

Das Krankheitsbild, welches der Tuberkelbazillus in der äußeren Haut erzeugt, ist ein überaus mannigfaches und wechselndes.

Die eigentliche Tuberculosis cutis, der Lupus und das Scrofuloderma sind ja die hauptsächlichsten und, ich möchte sagen, regelmäßigsten Erscheinungsweisen der Hauttuberkulose.

Daß es noch andere Formen gibt, ist durch zahlreiche Beobachtungen erwiesen. Von diesen ist der Lichen scrofulosorum, dessen Tuberkulosenatur Jacobi, Sack, Hallopeau, Darier u. a. nachgewiesen haben, auch ein wohl charakterisiertes klinisches Krankheitsbild.

Andere Fälle wie die Tuberculose pustulo-ulcereuse Gauchers (analoge Beobachtung Doutrelepons) und der Fall Hellers zeigen weniger charakterisierte klinische Erscheinungen. Die Stellung einer großen Gruppe von Krankheitsbildern, der sog. Tuberkulide zur Hauttuberkulose bedarf noch der weiteren Klärung.

Jedenfalls kann man jedoch mit Neisser und Doutrelepon annehmen, daß die Zahl der Erscheinungsarten, welche die Hauttuberkulose zeigen kann, durch die bekannten Formen auch heute noch nicht erschöpft ist.

Häufig genug finden sich zudem verschiedene Typen der Hauttuberkulose in demselben Falle gleichzeitig vor, was unter Umständen die Diagnose wesentlich erleichtert.

Es gibt dann aber auch, worauf besonders Doutrelepont hingewiesen hat (Deutsche Med. W. 1892 p. 1033), Übergangsformen zwischen den einzelnen typischen Formen, die nicht immer in die aufgestellten Schemata eingezwängt werden können, zumal da sie nach der Heilung gelegentlich in anderer Form rezidivieren.

Das letztere gilt besonders auch für die Tuberkulose der Schleimhaut, die gleichfalls sehr verschiedene und oft schwer zu rubrizierende Bilder erzeugen kann.

Doutrelepont hat mehrfach über seltenere Fälle der verschiedenen Formen von Tuberkulose der Haut und der Schleimhaut berichtet, „aus denen man ersehen könne, wie mannigfache, häufig nur durch die genaueste Untersuchung in ihrer Natur zu erkennende Erscheinungen der Tuberkelbazillus erzeuge“. (Arch. f. Derm. u. Syph. 1894, B. XXIX).

Er führt u. a. (D. med. W. l. c.) drei Fälle von umschriebenen Tumoren der Haut an, welche Schwierigkeiten bei der Diagnose boten und klinisch eher als Epitheliome anzusehen waren, während die mikroskopische Untersuchung wider Erwarten Tuberkulose ergab, und erwähnt schließlich (Arch. f. D. u. S. l. c.) einen Fall, in welchem die klinischen Symptome eher Mycosis fungoides oder Sarcomatosis cutis diagnostizieren ließen, ohne daß irgendwelche der sonst für Tuberkulose charakteristischen Erscheinungen vorlagen.

Den letzteren Beobachtungen möchte ich einen Fall meiner Privatpraxis anschließen, bei welchem der vorhandene Schleimhauttumor nach dem klinischen Aussehen ebenfalls weit eher an alles andere (Lues, Epitheliom), denn an Tuberkulose denken ließ, die sich bei der histologischen Untersuchung überraschender Weise ergab.

Krankengeschichte.

S. A., 45 J. alt, Kaufmann aus Bonn kam am 6. Mai 1903 in meine Behandlung. Die Eltern des Patienten sind 70 bzw. 75 Jahre alt an Altersschwäche gestorben. Fünf Geschwister leben und sind gesund. Ein Bruder ist der Schwindsucht erlegen. Patient ist selbst nie ernstlich krank gewesen.

Er ist seit 10 Jahren verheiratet und Vater mehrerer gesunden Kinder. Die Ehefrau ist gleichfalls stets gesund gewesen. Kein Abort.

Vor 12 Jahren will Patient an ärztlicherseits konstatiertem weichen Schanker im sulcus coronarius gelitten haben, der unter lediglich lokaler Behandlung in kürzester Zeit abheilte, ohne von Ausschlägen u. dgl. gefolgt zu sein.

Angeblich genau an der Stelle des früheren Schankers bildete sich nun seit drei Monaten eine allmählich wachsende „Verhärtung“ aus, die den Patienten in meine Behandlung führte.

Neuerliche Infektionsgelegenheit wird von ihm negiert.

Die Untersuchung des Patienten ergab folgenden Status:

Großer, robuster Mann, in sehr gutem Ernährungszustande. An den innern Organen ist keinerlei Abnormität nachweisbar.

Im sulcus coronarius penis, rechts etwa in der Mitte findet sich eine halbkirschengroße, derbe, flach aufsitzende Prominenz, deren Oberfläche von völlig glatter, nicht verfärbter und nicht ulzerierter Schleimhaut gebildet wird.

Die Inguinaldrüsen sind nicht nennenswert geschwellt, Sekundärerscheinungen nicht vorhanden.

Die Wahrscheinlichkeitsdiagnose wurde von mir auf „gummöses Infiltrat“ gestellt und dementsprechend Behandlung mit Hg-Pflaster und Kal. jodat. eingeleitet.

Dieselbe hatte nicht den geringsten Erfolg, und da mich die auffallend feste Konsistenz des kleinen Tumors bereits zu Anfang an die Möglichkeit eines Epithelioms hatte denken lassen, schlug ich dem Patienten die Excision vor, die ich am 23. Mai 1903 unter Schleichscher Anästhesie ausführte.

Die Wunde wurde genäht, mit Euguform verbunden und heilte per primam.

Am 21. Juli d. J. habe ich den Patienten zuletzt gesehen. Die Narbe war fest und völlig reaktionslos.

Das excidierte Hautstück wurde in Alkohol gehärtet und in Paraffin geschnitten.

Die histologische Untersuchung ergab bei Gieson-Färbung folgendes:

Allenthalben ist die Epithelschicht über der Geschwulst erhalten und von nur spärlichen Wanderzellen durchsetzt. Dieselbe erscheint jedoch verdünnt und die Grenzlinie zur Mucosa hin verläuft flach wellenförmig, augenscheinlich infolge Druckwirkungsseits des darunter sich abspielenden pathologischen Vorganges.

Die Mucosa, in geringerem Grade auch die oberste Schicht der Submucosa weisen eine erhebliche Zellinfiltration auf, die bis dicht an die Epithelschicht heranreicht.

Schon bei schwacher Vergrößerung imponiert deutlich die Anordnung des Infiltrats in umschriebenen rundlichen Zellanhäufungen, die zahlreiche Riesenzellen einschließen.

Bei stärkerer Vergrößerung ergibt sich, daß die zentraleren Partien der einzelnen, gefäßlosen Herde gebildet werden von einer retikulären Stützsubstanz mit spärlichen, spindelförmigen Kernen, in welche vorwiegend Epitheloidzellen, spärlicher lymphoide Rundzellen und polynucleäre Leukocyten eingelagert sind. In wechselnder Menge finden sich hier auch die bereits erwähnten Riesenzellen mit durchgehends randständiger Kernanordnung (Langhansscher Typus).

Einzelne Herde sind in ihrem zentralen Anteile fast ausschließlich aus Riesenzellen zusammengesetzt, und diese besonders zeigen dann deutliche Zeichen regressiver Metamorphose, die an den Riesenzellen allenthalben mehr oder weniger ausgesprochen ist.

Dieses Zentrum der einzelnen Herde umgibt nun in ziemlich scharfer Abgrenzung ein dichter Infiltrationswall, dessen Zellelemente vorzugsweise aus Lymphoidzellen, spärlichen Spindelzellen und Leukocyten sich zusammensetzen.

Die gleichen Zellformen finden sich auch in den zwischen den einzelnen Herden gelegenen Partien in mehr diffuser Anordnung, aber weit geringerer Dichte. Sie schließen vielfach in etwas größerer Zahl die Gefäße ein, deren Wandung selbst jedoch nur spärlichste Infiltration aufweist.

Färbung der Schnitte mit polychromem Methylenblau, bzw. nach Pappenheim ergibt das Vorhandensein zahlreicher Plasma- und Mastzellen.

Bei Weigert-Lithionkarminfärbung erkennt man deutlich das fast völlige Fehlen des elastischen Gewebes innerhalb des gesamten Bereiches der Infiltration.

Vor allem aber ergibt sich hierbei besonders das Fehlen erheblicher Grade von Intimaverdickung der Gefäße.

In der Submucosa ist elastisches Gewebe noch reichlich vorhanden und nur stellenweise durch elastinfreie Infiltratherde auseinandergedrängt.

Das Resultat der histologischen Untersuchung ist somit das typische Strukturbild der Tuberkulose: retikulierte, gefäßlose, zentral verkäste Epitheloidtuberkel mit zahlreichen Langhansschen Riesenzellen.

Es entsteht nun die Frage: Läßt sich aus einem derartigen histologischen Befunde allein eine anderweitige Ursache als Tuberkulose — und als solche würde in unserem Falle wohl nur Lues in Frage kommen — mit Bestimmtheit ausschließen?

Es ist absolut zuzugeben, daß die Entscheidung, ob in einem bestimmten Falle Tuberkulose oder Syphilis vorliegt, unter Umständen auf Grund der histologischen Struktur allein nicht getroffen werden kann.

Als unterstützende Momente können in derartigen Fällen herangezogen werden das Tierexperiment, der Nachweis von Tuberkelbazillen, die lokale Reaktion auf altes Kochsches Tuberkulin und das Resultat einer spezifischen antiluetischen Behandlung.

Tierexperiment und Bazillennachweis sind bei positivem Ausfalle absolut entscheidend. Negatives Resultat schließt jedoch naturgemäß Tuberkulose immer noch nicht aus.

Das gleiche gilt von der lokalen Tuberkulinreaktion, die wenn ausgesprochen positiv, als Beweis für die Tuberkulose-natur einer Erkrankung angesehen werden darf.

Dieselbe kann jedoch bei unzweifelhafter Tuberkulose sehr undeutlich sein oder sogar ganz fehlen, wie ich dies wiederholt bei Lupusfällen gesehen habe, die eine starke narbige Umwandlung aufwiesen.

Der therapeutische Erfolg der spezifischen Behandlung ist dagegen nur in sehr beschränktem Maße verwertbar d. h. dann, wenn dieselbe in relativ kurzer Zeit ein völliges Verschwinden der Krankheitserscheinungen bewirkt.

Besserungen innerhalb eines längeren Zeitraumes können auch bei Tuberkulose unter einfacher Therapie — ich erinnere nur an die oft auffallend günstige Wirkung von Sublimatumschlägen bei Lupus — oder auch spontan eintreten.

Anderseits ist zur Genüge bekannt, wie renitent manche Syphilisformen sich auch der spezifischen Behandlung gegenüber durch längere Zeit hindurch verhalten können.

Daß gleichlautende Resultate an sich nicht absolut beweisender Natur durch ihr Zusammentreffen an Beweiskraft gewinnen, bedarf keiner weiteren Betonung.

Impfexperiment und Tuberkulinreaktion kamen bei meinem Falle nicht in Betracht, da, wie erwähnt, ein Verdacht auf Tuberkulose vor der histologischen Untersuchung des in toto exzidierten Tumors nicht bestand.

Der Nachweis von Tuberkelbazillen in den Schnitten ist mir trotz zahlreicher diesbezüglicher Untersuchungen nicht gelungen.

Daß dies kein Beweis gegen die Annahme von Tuberkulose sein kann, weiß jeder, der häufig vergeblich lupöses Gewebe auf Tuberkelbazillen untersucht hat.

Der negative Ausfall der eingeleiteten antiluetischen Behandlung würde nur gegen Syphilis sprechen können; sonderliches Gewicht möchte ich hierauf dem oben gesagten zufolge im vorliegenden Falle jedoch nicht legen.

Daß ein Bruder des Patienten, der selbst keinerlei Anzeichen anderweitiger Tuberkulose aufweist, an Schwindsucht gestorben ist, und daß sich bei dem Patienten selbst angeblich

nie Symptome konstitutioneller Syphilis gezeigt haben, sind gleichfalls Momente von nicht ausschlaggebender Bedeutung.

Bei der diagnostischen Beurteilung des vorliegenden Falles sind wir im wesentlichen auf die Verwertung des histologischen Befundes angewiesen, und dieser berechtigt meines Erachtens für sich allein zur Diagnose der Tuberkulose.

Ohne auf die vielbesprochene Verwertbarkeit der Einzelkriterien der tuberkulösen Struktur näher einzugehen, glaube ich doch daran festhalten zu müssen, daß die histologische Diagnose der Tuberkulose dann gegeben ist, wenn alle Kennzeichen derselben gleichzeitig vorhanden sind.

Ich möchte nicht soweit gehen wie Baumgarten, der annimmt, daß, wenn Riesenzellentuberkel, oder sogar nur Riesenzellen in syphilomatösen Produkten gefunden werden, nicht reine Syphilome sondern Mischformen von Syphilis und Tuberkulose vorliegen.

Auf der anderen Seite muß jedoch nach wie vor in dem Vorhandensein zahlreicher Langhansscher Riesenzellen ein Moment erblickt werden, welches mit großer Wahrscheinlichkeit auf Tuberkulose hinweist.

Vor allem aber möchte ich mich prinzipiell gegen eine Auffassung aussprechen, wie sie beispielsweise von Peppmüller („Ein epibulbärer syphilitischer Pseudotumor mit typisch tuberkulöser Struktur“ v. Graefes Archiv für Ophthalmologie 1899, Bd. 49, Abt. 2) vertreten wird, „daß überall da, wo wir in der ätiologischen Forschung zwischen Tuberkulose und Lues zu entscheiden haben, das rein histologische Bild selbst des zentral verkästen Tuberkelknötchens allein nicht vollkommen ausschlaggebend ist, sondern daß wir neben den andern uns zu Gebote stehenden Kriterien (Tierversuch, Bazillenbefund, Tuberkulin) auch den klinischen Verlauf und ganz besonders den Einfluß durch eine Hg-J.-K.-Kur berücksichtigen müssen.“

Es gibt histologische Bilder, die für sich allein zur absolut sichern Diagnose der Tuberkulose berechtigen.

Selbstverständlich kann auch bei diesen Fällen die Möglichkeit der Verwertung unterstützender Momente nur angenehm sein, die in andern überhaupt erst eine bestimmte Diagnose zuläßt.

Schon ehe mir die spätere Ergänzung Peppmüllers zu obiger Arbeit (gleichfalls in v. Graefes Archiv) zu Gesicht kam, in welcher er auf Grund des nachträglichen Nachweises von Tuberkelbazillen (bzw. säurefesten Bazillen) seine ursprüngliche Diagnose Lues und deren Konsequenzen rektifiziert, schien mir die Peppmüllersche Auffassung seines Falles als reine Lues sehr fraglich. Die histologischen Bilder, die P. seiner ersten Veröffentlichung beifügte, zeigen exquisit tuber-

kulösen Charakter und decken sich in allen Einzelheiten mit dem Aussehen der Präparate meines Falles. Ich würde von diesem keine charakteristischen Stellen abbilden können.

Diese typische, in jedem Lehrbuch wiederkehrende Struktur ist die Veranlassung, weshalb ich geglaubt habe, in meinem Falle von mikroskopischen Bildern Abstand nehmen zu dürfen.

Klinische Beschreibung und makroskopische Abbildungen der in dem Falle Peppmüllers gleichzeitig bestehenden Veränderungen der äußeren Haut legen für diese wenigstens die Diagnose „Lupus serpiginosus“ außerordentlich nahe.

P. stützte sich bei der ursprünglichen Diagnose „Lues“ hauptsächlich auf den Erfolg der spezifischen Therapie.

In seiner Ergänzung nach Auffinden der Tuberkelbazillen gibt P. selbst zu, „daß durch diesen, seinen Fall die Verwertbarkeit der antispezifischen Behandlung als Diagnosticum ex juvantibus für die syphilitische Natur eines bestimmten Prozesses erheblich in Frage gestellt sei, möge man den schnellen Heilungsverlauf seines Falles auf die Therapie beziehen, oder nicht“.

Für die Affektion der äußeren Haut ist meines Erachtens das Behandlungsergebnis, insofern es lediglich in Überhäutung der vorhandenen Ulzerationen bestand, keineswegs beweiskräftig. Auch in der Ergänzung P.s findet sich keine Mitteilung, ob die entstandene Narbe vollständig frei von manchmal ja allerdings recht undeutlichen und unscheinbaren Lupusknötchen gewesen ist.

Auffallender ist ja allerdings das Verhalten der epibulbären und der pharyngealen Affektion, „die in 10 Tagen bzw. 4 Wochen unter spezifischer Behandlung zur vollständigen und dauernden Abheilung gelangten, ohne irgend eine sichtbare Spur von Gewebszerstörung und Narbenbildung zu hinterlassen“.

Die Möglichkeit eines Einflusses der Jod-Hg-Therapie auf die Resorption auch tuberkulöser Produkte will ich nicht von der Hand weisen.

Kennen wir doch eine sichergestellte tuberkulöse Hautaffektion — den Lichen scrofulosorum — die unter weit indifferenterer Therapie zum spurlosen Verschwinden gebracht werden kann.

Die außerordentlich schnelle und vollständige Wirkung auf die tumorartigen hochgradigen Krankheitserscheinungen der Schleimhaut des Peppmüllerschen Falles scheint mir jedoch zur Annahme gleichzeitig vorhandenerluetischer Veränderungen zu zwingen.

Histologisch hätte hierüber wohl nur das Verhalten der Gefäße Aufschluß geben können, dessen P. jedoch nirgendwo erwähnt.

Darauf, daß in unserem Falle gröbere Gefäßveränderungen, besonders die so charakteristische Erscheinung der syphilitischen Intimaverdickung, vollständig fehlten, möchte ich differentialdiagnostisch besonderes Gewicht legen.

Dieser Befund zusammen mit der exquisiten Tuberkelstruktur der Herdinfiltrate scheint mir auch ohne Bazillennachweis und ohne sonstige Hilfsmomente auszureichen, um die Diagnose „Tuberkulose“ genügend zu rechtfertigen.