Ueber Erysipeloid und seine Behandlung.

Von Dr. Hermann Frank in Berlin.

Das Erysipeloid ist eine an sich ziemlich harmlose und wissenschaftlich wohl erforschte Wundinfektion, seine Eigenheiten sind aber dem Allgemeinpraktiker, der am ehesten mit ihr zu tun bekommt, anscheinend doch nicht so vertraut, daß sie ihn nicht unter Umständen in Verlegenheit bringen können. Um so mehr aber erscheint es gerechtfertigt, seine Aufmerksamkeit gerade jetzt darauf zu lenken, weil es sich in den letzten Wochen außergewöhnlich häufig gezeigt hat, und schon um ihm ein ebenso einfaches wie sicheres Mittel zu seiner Bekämpfung an die Hand zu geben. Ist es doch wiederholt vorgekommen, daß übereifrige Praktiker in voller Verkennung seines Wesens, vielleicht auch unter dem Drängen der durch die Hartnäckigkeit des Leidens ungeduldig gewordenen Patienten, zum Messer gegriffen haben — mit dem Erfolge, daß alle späteren Bemühungen ausschließlich sich darauf hin richten mußten, den hierdurch angerichteten Schaden wieder gut zu machen, nachdem das eigentliche Leiden durch sachgemäße Behandlung längst zum Verschwinden gebracht war.

Ueber die wissenschaftliche Seite des Erysipeloids ist nach den Untersuchungen seines Entdeckers Rosenbach, Tavel u. a. kaum noch etwas zu sagen, die Lehrbücher zeichnen sich aber auch durch eine merkwürdige Uebereinstimmung in der keineswegs in allen Punkten zutreffenden Darstellung des klinischen Ablaufs des Leidens aus. Und gerade diese lehrbuchmäßige Behandlung des Stoffes ist vielleicht schuld daran, daß der Praktiker mit dem Leiden häufig nicht fertig wird. Denn anscheinend in dem Bestreben, vor allem die kennzeichnenden Unterschiede gegenüber dem Erysipel deutlich hervorzuheben, werden die milden Formen, in denen es verläuft, Fieberlosigkeit, Nichtbeteiligung des Gesamtorganismus, geringer Entzündungsschmerz, Begrenztheit auf die Finger u. ä., so ausschließlich in den Vordergrund gestellt, das ganze Leiden überhaupt so nebensächlich und anhangsweise abgehandelt, daß der Praktiker recht erstaunt ist, wenn er sehen muß, daß die Patienten diese von den Lehrbüchern verbürgte Harmlosigkeit keineswegs stets anerkennen und daß auch die dort ausnahmslos und übereinstimmend als „vollkommen genügend“ angezeigten Maßnahmen: Salben, Umschläge — nur Lexer betont noch die Notwendigkeit der Ruhigstellung für 2—3 Tage — durchaus nicht in der versprochenen kurzen Frist das Leiden zum Verschwinden bringen wollen. Auch daß es „so behandelt in einer Woche, aber auch von selbst — nach Hildebrand, der in der 2. Auflage von Königs Allg. Chirurgie eine wirksame Behandlung nicht kennt, in 1—2 Wochen, nach Lexer in

3—4 Wochen — versiegen“ soll, trifft kaum, jedenfalls nichts weniger als regelmäßig, zu. Fälle, welche über ein Vierteljahr allen derartigen Behandlungsarten getrotzt haben und wobei die Betroffenen, selbst erstaunt über das Mißverhältnis zwischen den unscheinbaren äußeren Spuren auf der Haut und ihrer Hartnäckigkeit und schließlich Unausstehlichkeit, die mangelhaften Erfolge der ärztlichen Kunst noch viel weniger begriffen, fanden sich garnicht so selten in meiner Beobachtung.

Bekanntlich handelt es sich beim Erysipeloid um eine eigentümliche Cladothrixinfektion, die sich an kleine Verletzungen bei der Zubereitung von irgendwie in Zersetzung begriffenen organischen Küchenstoffen, Fleisch, Fisch, Käse u. dgl. anschließt und sich in entzündlichen Veränderungen in der Haut der Finger äußert, zuweilen über die Mittelhand verbreitet, in sehr seltenen Fällen aber auch an unbedeckten Körperstellen, im Gesicht, am Hals, an den Armen zum Vorschein kommt, vermutlich durch Kratzen dahin übertragen. Ganz charakteristisch und von der flammenden Röte des Erysipels unterschieden ist zunächst der auffällig bläuliche Farbenton, welcher, zuweilen tiefblau oder ins Violette spielend, dem Kundigen die Diagnose sofort und schon bei geringer Flächenausbreitung aufdrängt. Auch schneidet der Rand der fortschreitenden Entzündung für gewöhnlich nicht mit der zusammenhängend scharfen, zungenförmig vordringenden Linie des Erysipels ab, sondern schiebt sich mit mehr einzelnen punkt-, fleck- oder flatschenförmigen flachen Erhebungen vorwärts, zwischen denen blässere oder abgeblaßte Hautbezirke liegen — man möchte den Unterschied mit dem einer Steilküste und einer Lagunenbildung vergleichen.

Nach meinen vieljährigen Beobachtungen, die sich über ein ziemlich gleichförmiges Krankenmaterial erstrecken, erscheint das Leiden in jedem Jahr ausgesprochen epidemisch — ein Umstand, der sonderbarerweise noch nirgends Erwähnung gefunden hat —, und zwar regelmäßig gruppenweise in den Zeiten des Frühjahrs, um den März herum, und vom Juli bis in den Oktober hinein. Fast immer kommen die Fälle gleich dicht hintereinander, und wenn vereinzelt Fälle in anderen Zeiten, so im Dezember, sich meldeten, so waren es bezeichnenderweise solche, welche über ein Vierteljahr bereits bestanden, ihre Infektion also zu jenen Zeiten bezogen hatten. Der Gedanke liegt nahe, für diese jahreszeitliche Häufung die stärkere Beschäftigung mit Wildpret in bestimmten Monaten zur Erklärung heranzuziehen, indessen reicht diese Erklärung nicht aus. Die epidemische Vermehrung verhält sich in den einzelnen Jahren selbst sehr verschieden — augenblicklich z. B., wie oben bemerkt, gegenüber dem vorigen Jahr ist sie außergewöhnlich hoch —, ferner bietet ja die Küchenarbeit dauernde Gelegenheit, sich auch an anderm Material anzustecken, vielleicht am wenigsten in den Monaten März bis Mai. Nebenbei sei auch bemerkt, daß die völlige Umgestaltung unserer Ernährungsweise in den Kriegsjahren in diesen Verhältnissen keinen Unterschied gebracht hat.

Die Lehrbücher führen auch an, daß Komplikationen des Erysipeloids nicht vorkommen, daß das Leiden sich ausschließlich auf die Haut beschränkt. Das ist richtig, soweit Eiterbildungen, Lymphangitiden damit gemeint sind. Indessen habe ich doch in einzelnen Fällen, namentlich bei längerem Bestehen des Leidens, eine Beteiligung einzelner Fingergelenke, vorwiegend der Mittelgelenke, gefunden. Ein solches Gelenk treibt sich etwas spindelförmig auf, büßt entsprechend seine Beweglichkeit ein und wird dann der Sitz wirklich hin und wieder, namentlich nachts, gesteigerter schmerzhafter Empfindung, zuweilen so hervorstechender Art, daß die Patienten an das vorangegangene Leiden garnicht mehr denken und nur die Gelenkaffektion dem Arzt zeigen. Eine aufmerksame Untersuchung führt erst dazu, die primäre Ursache für diese Gelenkentzündung in den Spuren des Erysipeloids aufzudecken. Die Gelenkaffektion pflegt auch viel hartnäckiger zu sein als die Veränderungen an der Haut und kann bei zu früh abgebrochener Behandlung den Ausgangspunkt für ein neues Aufflackern abgeben.

Und nun zur Behandlung selbst. Wie schon oben erwähnt, trifft die übereinstimmende Behauptung der Lehrbücher, daß, wenn überhaupt eine solche notwendig sein soll, die Anwendung von einfachen Karbol-Sublimatumschlägen, Vaselinebestreichungen, Salben, Alkohol, Ichthyol u. dgl. — durch

einfache Ruhigstellung ausgeheilte Fälle habe ich nicht kennen gelernt — zum Verschwindenlassen des Uebels vollkommen ausreichen soll, in dieser Bestimmtheit keineswegs zu. Wenigstens hat sie in einer ganzen Reihe von Fällen durchaus versagt. Dagegen wird die Erkrankung mit Sicherheit abgeschnitten durch täglichen Aufstrich der officinellen (10%) Jodtinktur auf die Haut, aber nicht nur im Bereich der sichtbaren Entzündungsröte, sondern, weit darüber hinausgehend, auch der benachbarten Finger und der Mittelhand. In der Regel genügte der Anstrich an fünf Tagen hintereinander. War ausnahmsweise die Fortsetzung der Behandlung noch geboten, so empfahl sich doch eine kurze Unterbrechung, um die gegerbte Haut für das Jod wieder aufnahmefähig zu machen oder die Reaktion der Haut gegen den dermatitischen Reiz der Jodtinktur wieder abklingen zu lassen. Die Jodtinktur, in dieser Form angewendet, ist nicht nur ein souveränes Mittel, sondern hat auch besondere differentialdiagnostische Bedeutung, ein nicht unwichtiger Gesichtspunkt. Bei der geröteten, rauh-schwielen Arbeiterhand ist es ja nicht immer leicht, ein Erysipeloid von einer wirklich phlegmonösen, zur Eiterung führenden oder lymphangitisch erysipelatösen Infiltration zu unterscheiden, worauf es doch ankommt, um zur richtigen Zeit und an der richtigen Stelle das Messer anzusetzen. Die kupierende Wirkung der Jodtinktur auf das Erysipeloid prägt sich aber so schlagend aus, bei frischeren Fällen schon in den nächsten Stunden, daß man bald ins Klare kommt. Dies zeigt sich nicht nur im objektiven Bilde, sondern — was nicht unwesentlich ist, da die Braunfärbung und Gerbung der Haut immerhin die Veränderungen etwas zudeckt — auch in der subjektiven Wirkung; der Patient selbst merkt bald das Nachlassen des juckenden Brennens und kann auch sehr wohl eine etwas heftigere Reaktion gegen die Jodtinktur im Gefühl von jenem unterscheiden. Haben wir eine solche Wirkung nicht innerhalb 24 Stunden, so haben wir es nicht mit Erysipeloid oder mit ihm allein zu tun. Verdichtet sich die Infiltration, steigert sich der Entzündungsreiz, so ist eben noch eine andere Infektion im Spiel. Natürlich kann sich bei der Möglichkeit einer Doppelinfektion während oder nach dem Erlöschen des Erysipeloids, das wir dadurch wenigstens für sich beseitigt haben, immer noch ein Abszeß entwickeln, während ohne diese Behandlung beide Infektionen ihren gesonderten Gang nebeneinander verfolgen. Man ist versucht, diese Wirkung auf gleiche Stufe zu stellen mit derjenigen, welche sie bei der Vorbereitung eines Operationsfeldes in Gestalt der Keimverarmung oder Keimfestlegung („Arretierung“) entfaltet, mit anderen Worten, daß die Anwendung beim Erysipeloid nur die allgemeinen antiseptischen Eigenschaften des Jods überhaupt zu Hilfe nimmt. Dem ist aber doch nicht so. Ich stehe nicht an, hier eine spezifische Wirkung gegenüber dem Virus anzunehmen — worüber bakteriologische Versuche allerdings noch ausstehen. Die prompte völlige Heilung erklärt sich nur durch eine völlige Vernichtung des Infektionsstoffes, und zwar ausgesucht dieses allein, während andere mit im Spiel befindliche Infektionsstoffe eben nicht ausgemerzt werden. Auch sonst ist wohl eine derartige präzise und sichere Wirksamkeit der Jodtinktur gegenüber anderen Infektionen nicht bekannt. Volkmann hat seinerzeit sie als spezifisches Mittel gegen das Erysipel empfohlen — übrigens der Anlaß zu meinen ersten Versuchen damit, welche bereits zehn Jahre vor der Empfehlung der Joddesinfektion des Operationsfeldes durch Grossich zurückliegen. Wo Volkmann wirklich solche Erfolge gesehen hat, hat er vermutlich Erysipeloidfälle vor sich gehabt, deren Eigenheit zu seiner Zeit ja noch nicht bekannt und wobei eine Verwechslung mit Erysipel leicht erklärlich war. Zu beachten ist auch, daß die für den Zweck der Wundfelddesinfektion genügende 5%ige Lösung der Tinktur beim Erysipeloid sich als ungenügend erwiesen hat. Bei einigen Fällen, wo nach fünfmaliger Anwendung das Erysipeloid auffallenderweise noch nicht von Grund aus verschwunden war, stellte es sich nachträglich heraus, daß aus Versehen die zu jenem Zweck bereitstehende 5%ige Lösung benutzt worden war. Die nachträgliche Verwendung der officinellen Tinktur brachte den erwarteten Erfolg, und bezeichnenderweise hatten die Patienten selbst auch die unterschiedliche Wirkung beider Lösungen in bezug auf die brennende Empfindung des Erysipeloids wahrgenommen.