Aus der Hautabteilung des Städtischen Krankenhauses Karlsruhe.
(Gen.-Oberarzt a. D. Dr. v. Pezold.)

Ein Fall von Sporotrichose.

Von Dr. A. Geiger.

Die Sporotrichose gehört zu den erst kürzlich bekannt gewordenen Hauterkrankungen. Ihr Vorkommen ist, wie uns ein Blick in die Lehrbücher zeigt, in Deutschland selten; häufiger wird sie in Frankreich beobachtet. Französischen Autoren, besonders de Beurmann und Gougerot, verdanken wir ihre eingehende Erforschung und genaue Darstellung.

Verursacht wird die Sporotrichose durch Fadenpilze, Sporotricha, am häufigsten durch das Sporotrichon Beurmanni. Ihre Eintrittspforte in den menschlichen Körper bilden teils bestehende Wunden, teils sind sie unbekannt, und es wird der Verdauungstraktus als solche vermutet. Die verursachten Hautveränderungen sind äußerst mannigfaltig. Besonders charakteristisch für die Sporotrichose ist die Bildung von indolenten Knoten, die erweichen, sich in indolente gummiöse Ulzera umwandeln und durch derbe Lymphstränge untereinander verbunden sind. Das Krankheitsbild erinnert in mancherlei Beziehung namentlich an Lues und Tuberkulose.

Oft können wir die Eintrittspforte der Sporotrichose als „sporotrichotischen Schanker“ nachweisen. In solchen Fällen pflegt die Erkrankung auf das zugehörige Lymphgebiet beschränkt zu bleiben, doch sind auch disseminierte Fälle bekannt geworden.

Ein Fall von Sporotrichose, der sich durch seinen typischen Verlauf auszeichnet, kam in der letzten Zeit hier zur Beobachtung. Bei der Seltenheit dieser Dermatomykose dürfte dessen Mitteilung von Interesse sein.

Der jetzt 18jährige Patient erlitt im September 1918 in einem böhmischen Bergwerke eine Quetschung des linken Handrückens. Die beiden Quetschwunden verheilten innerhalb 6 Wochen unter essigsaurigen Tonerdeverbänden und Moorsalzbädern. 3–4 Wochen nach dem Abheilen brachen beide Narben wieder auf. Etwa 6–8 Wochen später, im Januar 1919, bildeten sich proximalwärts von diesen Wunden auf dem linken Handrücken 2 Knoten, „die sich wie Drüsen anfühlten“. Diese erweichten langsam und brachen auf, wodurch 2 scharf ausgestanzte Geschwüre entstanden. Bis zum Januar 1921 fand, abgesehen von März bis Juni 1919, keine ärztliche Behandlung statt. Eine Veränderung der 4 Geschwüre trat in dieser Zeit, während welcher Patient teils als tschechischer Soldat, teils als Berg- und Fabrikarbeiter ungestört Dienst tat, nicht ein.

Im Januar 1921 kam der Patient ins Städtische Krankenhaus Karlsruhe, wo die Geschwüre mit feuchten Verbänden und Röntgen behandelt wurden. Ende Februar 1921 wurde Patient wegen anderweitiger Erkrankung verlegt. Dadurch verloren wir ihn zunächst aus dem Auge. Erst Mitte April 1921 sahen wir den Patienten wieder. Inzwischen hatten sich, Anfang März 1921, am linken Ober- und Unterarm 4 Knoten gebildet, die langsam erweichten und inziert worden waren. Die Geschwüre auf dem Handrücken waren im März und April 1921 unter Fortsetzung des Röntgens abgeheilt.

Der Befund war Mitte April 1921 folgender:

Gesund aussehender, kräftiger Patient. Die linke Hand ist magerer als die rechte. Auf dem linken Handrücken sehen wir 4 Narben, zwei über dem distalen Drittel der Metakarpus des Mittel- und Zeigefingers, eine über dem proximalen Drittel der Mittelhandknochen des Ring- und Kleinfingers und eine über der Mitte des Metakarpus des Zeigefingers. Die zwei ersten Narben sind die der Quetschwunden. Sie sind etwa fünfzigpfennigstückgroß, nach der Mitte zu eingezogen, gering gefältelt, teilweise von wenig Schorf bedeckt und beide in ihrem Zentrum gering adhären. Die zwei letzten Narben stammen von den im Januar 1919 entstandenen und später ulzerierten Knoten. Sie sind ungefähr pfenniggroß, gering verdickt, auf der Unterlage gut verschieblich, reaktionslos und ihr Rand gering wallartig aufgeworfen.

Am linken Ober- bzw. Unterarm finden sich 4 Geschwüre. Das am Unterarm ist an der Radialseite, zweierfingerbreit unterhalb der Ellenbeuge, längsverlaufend, 1½ cm breit und 2½ cm lang, mit etwas aufgeworfenen Rändern. An der Radialseite des Oberarmes erblicken wir zweierfingerbreit oberhalb der Ellenbeuge ein von unten nach oben verlaufendes, 3 cm langes und 1½ cm breites Ulkus. 1 cm unterhalb davon, direkt oberhalb des Gelenkes, ein linsengroßes Geschwür.

Diese 3 Geschwüre sind durch zwei bleistiftdicke, derbe, indolente Lymphstränge, über denen die Haut diffus blaurötlich verfärbt ist, untereinander verbunden.

Das vierte Geschwür ist erbsengroß und findet sich handbreit oberhalb der Ellenbeuge über dem medialen Teil des Bizeps.

Alle diese Ulzera sind wie mit einem Locheisen scharf ausgestanzt, von gummaähnlichem Aussehen, auf der Unterlage gut verschieblich und gehen 3–5 mm in die Tiefe. Sie sind auffallend indolent und sondern in mäßiger Menge ein schleimiges, fadenziehendes Sekret ab. Der Geschwürsgrund zeigt teils frischrote Granulationen, teils wenig schleimigen Belag. Die Umgebung der Ulzera ist wenig infiltriert und von hellrotvioletter Verfärbung, die nach außen diffus in normale Hautfarbe übergeht. Die linke Kubitaldrüse ist tastbar, sonst keine Lymphadenitis. Die Röntgenaufnahme der linken Hand ergab: „halbmondförmiger Defekt mit Sequestereinlagerung am medialen Teil des Metakarpus II unterhalb des distalen Köpfchens“ (Quetschung!). Ober- und Unterarm keine Knochenveränderung.

Hervorgehoben sei noch, daß Patient auch während der Beobachtung nie Beschwerden von seiten der Knoten bzw. Geschwüre hatte und daß das Allgemeinbefinden dadurch keine Beeinträchtigung erfuhr.

Bei diesem Befunde mußte differentialdiagnostisch besonders an Lues und Tuberkulose gedacht werden. Tertiäre Lues, Gumma, konnten wir durch den ständig negativen Wassermann, durch das Fehlen von anamnestischen und klinischen Anhaltspunkten sowie durch den ganzen Verlauf der Erkrankung ausschließen. Die Differentialdiagnose gegenüber Tuberkulose (Skrophuloderma, Bazin usw.) geht leicht aus dem Befunde hervor; näheres Eingehen darauf kann ich mir im Rahmen dieser Mitteilung ersparen.

Das ganze Bild ist das einer Lymphangitis sporotrichotica gummosa. Als Eintrittspforte der Erreger sehen wir die 2 Quetschwunden, von denen aus die regionale lymphogene Ausbreitung des Krankheitsvirus erfolgte, was zur Bildung der Knoten und infolge deren Erweichung zu den beschriebenen Ulzera führte.

Der kulturelle Nachweis der Krankheitserreger war uns nicht möglich. Die Sporotricha lassen sich zwar aus den geschlossenen Abszessen leicht im Kulturverfahren nachweisen. Aber geschlossene Abszesse kamen uns leider nicht zu Gesicht, da sie anderwärts inziert worden waren. Die mit dem Sekret der Ulzera geimpften Ratten und Agarplatten ergaben, wie auch zu erwarten war, kein Ergebnis. Die Sporoagglutination konnten wir aus äußeren Gründen nicht anwenden.

Die Ulzera der Hand waren, wie gesagt, nach 2–3monatiger Röntgenbestrahlung und unter lokalen feuchten Verbänden abgeheilt. Bei den Ulzera des Ober- und Unterarmes wandten wir nach Wiederübernahme des Patienten die von Beurmann angegebene Therapie, lokal Umschläge mit Jod-Jodkalilösung und intern 3–4 g Jodkali pro die, an. Auf diese Therapie hin setzte alsbald die Rückbildung der Erscheinungen, Reinigung der Wunden, Kräftigung der Granulationen und Verkleinerung ein.

Zum Schlusse möchte ich erwähnen, daß die Diagnose nachträglich durch Prof. Bettmann (Heidelberg) und Prof. Rost (Freiburg) bestätigt wurde.