IV. Ein eigenartiges hämorrhagisches Syphilid der Haut.

Von Dr. P. Thimm in Leipzig.

Die Angaben selbst grösserer Lehrbücher über hämorrhagische Eruptionen der Syphilis auf der Haut Erwachsener sind wenig zahlreich und umfassend, sodass Beobachtungen dieser Art zu recht seltenen Vorkommnissen zu zählen scheinen. Häufiger und eingehender sind die Berichte über die Syphilis haemorrhagica neonatorum.

Bei der hämorrhagischen Syphilis der Neugeborenen handelt es sich mehr um eine Allgemeinerscheinung des in Rede stehenden Krankheitsbildes, nach Behrend um eine Purpura syphilitica, welche nicht bloss die Haut, sondern vor allem auch die gesamten Schleimhäute, die subserösen Gewebe, gelegentlich auch die Parenchyme innerer Organe occupirt und häufig profuse Blutungen nach zufälligen Verletzungen oder sogar aus intakten Schleimhäuten entstehen lässt. Im Gegensatz hierzu findet man bei der hämorrhagischen Lues Erwachsener meist kleine, circumskripte, oft nur punktförmige Blutungen innerhalb der gewöhnlichen syphilitischen Hauteffloreszenzen, der Roseolaflecke und Papeln. Häufig ist der Anlass in rein lokalen Gefässschädigungen zu suchen, so in übermässigen Blutstauungen, z. B. bei Hochschwangeren und in der Nähe von Varicositäten (Finger).

Nach Finger „sieht man die einzelnen Effloreszenzen eines makulösen oder papulösen Exanthems von kleinsten, bei Druck nicht schwindenden Blutpunkten durchsetzt. Ist eine grosse Zahl solcher Effloreszenzen über die ganze Hautoberfläche vertheilt, dann spricht man wohl von einer hämorrhagischen Syphilis. Doch diese Vorkommnisse sind relativ selten“. Nach Lesser werden „in äusserst seltenen Fällen die Effloreszenzen (der Roseola) hämorrhagisch, eine Erscheinung, die auch bei papulösen Syphiliden und verhältnissmässig am häufigsten bei der pustulösen Syphilis zur Beobachtung kommt.“ Noch skeptischer äussert sich Joseph: „Ob es in Folge dieser Gefässerkrankung auch bei acquirirter Lues, ähnlich wie bei der später zu besprechenden Syphilis haemorrhagica neonatorum, zum Auftreten einer hämorrhagischen Syphilis kommt, ist noch nicht sicher erwiesen.“

Eine eigenartige, sehr bemerkenswerthe Beobachtung einer spezifischen, hämorrhagischen Hautaffektion hatte ich kürzlich Gelegenheit, bei einem frisch infizirten Syphilitiker zu machen.

Anfang Oktober 1902 stellte sich mir ein Kranker mit einem grossen, flachen, exulzerirten Primäraffekt in der Haut seines Gliedes vor, in dessen Gefolge sich bald kolossale, indolente, harte Schwellungen der beiderseitigen Leistendrüsen entwickelten. Noch in derselben Woche hatte ich Gelegenheit, die beiden Frauenspersonen, mit welchen vor 8 und 22 Tagen die Cohabitation erfolgt war, zu untersuchen, und vermochte nur die absolute Gesundheit beider festzustellen. Der drittletzte Coitus des Patienten hatte vor etwa vier Monaten in Brasilien mit einer Farbigen stattgehabt.

Bei fast täglicher Beobachtung des ängstlichen Kranken stellte ich Ende Oktober ein spärliches, grosspapulöses Syphilisexanthem fest, welches vornehmlich die seitlichen Partien des Rumpfes und die inneren und hinteren Flächen der Oberschenkel besetzt hielt. Während und kurz vor der Eruption desselben war das Allgemeinbefinden des Patienten ein sehr schlechtes. Er fühlte sich ausserordentlich müde und abgeschlagen, es bestanden heftige Kopf- und Gelenkschmerzen, die Temperaturmessung ergab mehrmals abendliche Temperaturen von 39°. Ausserdem bestand eine deutlich nachweisbare Vergrösserung der Milz.

Am zweiten bis dritten Tage der Allgemeineruption machten sich plötzlich an mehreren Stellen der eben bezeichneten Körperregionen kreisrunde, auffallend hellrothe, etwa fünfmarkstückgrosse Flecke bemerkbar, welche als ein gerades, flaches Beet plateauartig die Körperdecke deutlich um vielleicht $\frac{1}{2}$ mm überragten. Ein Oedem der gleichmässig elevirten runden Scheiben durch Druck war nicht nachzuweisen. Ob die Beete aus einer bereits bestehenden Papel hervorgegangen waren, vermag ich nicht mit Bestimmtheit anzugeben, doch bin ich geneigt, es zu vermuthen, da das Centrum die gleiche schmutzig rothe Farbe wie die benachbarten Papeln aufwies.

Nachdem die Flecke in der beschriebenen Form etwa 2—3 Tage bestanden hatten, stellte sich der Kranke eines Morgens mit folgenden Veränderungen vor: Die Oberhaut des dunkler gefärbten Cen-

trums hatte sich zu einer Blase erhoben, welche mit dunklem, flüssigem Blut gefüllt war. Die Blase hatte eine ovale Form und mass im Längsdurchmesser etwa 1, im Querdurchmesser reichlich $\frac{1}{2}$ cm. Im ganzen konnte ich 17 derartige Heerde in der Haut der Flanken, der unteren Rückenpartie und der inneren und hinteren Oberschenkelflächen zählen.

Sehr bald platzte die Decke einzelner Blasen, ein Schicksal, welches im Laufe der nächsten Tage die Gesamtheit der Heerde zu theilen hatte. Der Blasengrund zeigte, soweit ich dies bei der grossen Aengstlichkeit des Kranken und bei der ambulanten Behandlung an den mit eingetrocknetem Blut grossentheils bedeckten Stellen sehen konnte, ein schlaffes, dunkelrothes, glattes, leicht blutendes Gewebe. Sowie die Blasendecke gesprungen war, wurden die einzelnen Heerde ausserordentlich empfindlich, sodass die Reibung der Kleidungsstücke überaus heftige Schmerzen verursacht haben soll.

Allmählich nahm der blosgelegte Blasengrund eine geschwürige Beschaffenheit von ausgesprochen nierenförmiger Gestalt an, während der heller rothe, elevirte Hof immer flacher und dunkler wurde und schliesslich einen grossen, runden, nicht mehr scharf abgegrenzten, sepiabraun gefärbten Fleck bildete. Die Absonderung der Geschwüre war nicht erheblich; das geringe Sekret trocknete mit dem Blut und der Blasendecke zu einer dicken Kruste ein, und es resultirte aus dem ungewöhnlichen Prozess eine typische *Rupia syphilitica*, von der bekannten, gewöhnlichen allein durch die vom eingetrockneten Blut herrührende schwarzbraune Färbung der Kruste unterschieden.

Die Behandlung bestand, da eine Schmierkur aus äusseren Gründen nicht angängig war, und ich den Kranken mit Rücksicht auf seinen schlechten Ernährungs- und Kräftezustand etwaigen unangenehmen Folgen der Einspritzung eines unlöslichen Hydrargyrumpräparates nicht aussetzen wollte, neben häufigeren warmen Soolbädern und lokaler Kalomelapplikation, in Injektionen der bekannten Sublimat-Kochsalzlösung. Unter dieser Therapie besserte sich zuerst das Allgemeinbefinden, danach schwanden die einfachen Papeln und zuletzt, etwa bei der 20. bis 25. Injektion, die Geschwüre. Es verblieben hingegen zunächst ziemlich unverändert die schmutzig-braunen Pigmentationen, und noch bis auf den heutigen Tag sind davon beträchtliche Reste vorhanden. Der Kranke befindet sich jetzt wohl, die Sklerose ist erweicht; es sind als einzige nachweisbare Reste seiner Infektion neben den erwähnten Pigmentanomalien nur noch einzelne geschwollene Lymphdrüsen zu constatiren.

Die epikritische Betrachtung des Falles ergiebt meiner Meinung nach zunächst ohne Zweifel das Ergebniss, dass auch die elevirten, hämorrhagischen Heerde als Produkte der syphilitischen Infektion aufzufassen sind, und nicht etwa als zufällig coinzidirende Manifestationen einer andern Dermatoze. Diese Ansicht wird, abgesehen davon, dass ich nicht zu sagen wüsste, welchem andern Krankheitsbilde die fraglichen Hauterscheinungen zugeheilt werden könnten, bewiesen durch das gleichzeitige Auftreten der hämorrhagischen Effloreszenzen mit den gewöhnlichen Papeln und der Allgemeineruption der constitutionellen Syphilis, sie wird ferner erwiesen durch deren weiteren Verlauf, durch das Entstehen der typischen nierenförmigen Geschwüre und Rupien, schliesslich durch den vollen Erfolg der spezifischen Therapie.

Eine genaue Beurtheilung des pathologisch-anatomischen Charakters und vor allem der speziellen Genese der hämorrhagischen Heerde ist mangels einer mikroskopischen Untersuchung, zu welcher der Kranke das Material durchaus nicht hergeben wollte, leider nicht zu erbringen. Man kann nur vermuthen, dass es sich um eine durch das syphilitische Virus verursachte Schädigung der peripheren Gefässe gehandelt haben kann, wie sie Mraček für die Syphilis haemorrhagica neonatorum erwiesen hat. Er fand intrauterin entstandene Gefässerkrankungen des kindlichen Organismus, bestehend in kleinzelliger Infiltration und bedeutender Verdickung der Wandungen, welche er für Cirkulationsstörungen verantwortlich macht, die schliesslich zur Rhexis der Gefässe und Blutung führen sollten.

Als begünstigende Momente könnten wohl, wie bei Skorbut und anderen Purpuraarten, in dem beschriebenen Fall der elende körperliche Zustand des Kranken und sein trotzdem höchst unzweckmässiges hygienisch-diätetisches Verhalten in Frage kommen, vielleicht auch die möglicherweise in den Tropen erworbene Infektion oder auch nur sein längerer Aufenthalt in denselben. Von Malaria war allerdings, wie noch hervorgehoben werden soll, weder anamnestisch noch durch die Untersuchung etwas nachweisbar.