Aus dem Säuglingsheim des Vaterländischen Frauenvereins
in Berlin-Wilmersdorf und dem Laboratorium der vorm.
Lassarschen Klinik in Berlin.

Zur Kenntnis der kongenitalen Syphilis der Säuglinge.

Von Dr. Max Soldin und Dr. Fritz Lesser.

Die Fortschritte in der Syphilisforschung haben unsere Anschauungen auch über die kongenitale Syphilis erheblich geklärt und die Kenntnis des klinischen Bildes dieser Krankheit wesentlich vertieft. Im Folgenden wollen wir Krankheitsfälle mit einem klinischen Symptomenkomplex aufführen, deren jeder für sich kaum mehr als einen geringen Verdacht auf kongenitale Syphilis rechtfertigen könnte. Dazu kommt noch, daß nicht einmal die serologische Untersuchung dieser Säuglinge positiv ausfiel, um die Diagnose Syphilis zu sichern. Bei allen Kindern wurden die Verdachtsmomente auf Syphilis nur als Nebebefund bei der Untersuchung erhoben, da die Kinder lediglich wegen einer mehr oder weniger schweren Ernährungsstörung in das Säuglingsheim eingeliefert worden waren.

Keines der gleich näher zu skizzierenden Symptome hätte, wenn es mit größerer Intensität klinisch in Erscheinung getreten wäre, einen Zweifel an dem Bestehen der kongenitalen Lues aufkommen lassen, das Wesentliche in unseren Fällen besteht eben darin, daß die Verdachtsymptome in so abgeschwächtem Grade sich zeigten, daß sie leicht zu übersehen waren oder bestenfalls das gutgekannte Bild der kongenitalen Syphilis gewissermaßen stark verschleiert darboten.

Das für die kongenitale Lues so charakteristische Schniefen der Säuglinge war vielfach nur zu hören, wenn man den Kopf bei aneinander gepreßten Kiefern stark rückwärts flektierte. An Stelle der so typischen Papelbildung an den Fußsohlen — um von dem Pemphigus garnicht zu sprechen — fanden sich oft nur ganz vereinzelte rosa bis rote, ganz diskret ausgebildete Flecke, die dem palpierenden Finger keineswegs als Infiltrat imponieren konnten und manchmal auch nur vorübergehend zu konstatieren waren. An den Handflächen haben wir niemals solche Flecke beobachten können.

Kubitaldrüenschwellungen, die im Gegensatz zu anderen Drüenschwellungen noch am ehesten zur Diagnose Lues in Beziehung zu bringen sind, gingen in unseren Fällen nicht über Reiskorngröße hinaus und waren oft nur einseitig vorhanden.

Milz- und Leberschwellungen traten bei unseren Säuglingen nur ganz unbedeutend, oft nur vorübergehend auf.

Das für Lues charakteristische schmutzig-graue Hautkolorit möchten wir deswegen nur mit Vorsicht erwähnen, weil es ebenso gut auf die schwere Ernährungsstörung ursächlich zurückgeführt werden konnte. Alle erwähnten Symptome waren nicht in jedem einzelnen Falle sämtlich nachweisbar, oft auch schwand das eine oder andere Symptom ohne anti-syphilitische Behandlung, besonders mit der Besserung des Ernährungszustandes. Es schien daher um so gewagter bei einem so geringfügigen klinischen Befunde, das Vorhandensein einer so schweren Erkrankung, wie die der kongenitalen Lues, anzunehmen, als, wie schon erwähnt, in unseren Fällen die Wa.R. negativ ausfiel, selbst wenn sie in größeren Intervallen wiederholt wurde. Erst die serologische Untersuchung der Mutter ergab konstant einen positiven Ausfall der Wa.R. und sicherte somit erst den Zusammenhang der geringfügigen klinischen Erscheinungen mit kongenital erworbener Syphilis.

Die Wa.R. bei den Säuglingen fiel sowohl bei Verwendung von alkoholischem Fötal-Leberextrakt als von Aether-Herzextrakt (nach Lesser) negativ aus, was deshalb erwähnenswert ist, weil Fritz Lesser und Klages¹⁾ gefunden haben, daß das Blut syphilitischer Neugeborener ungemein häufig nur mit Aether-Herzextrakt positiv, dagegen bei Verwendung von alkoholischem Fötal-Leberextrakt negativ reagiert. Im Folgenden seien unsere Fälle, die sämtlich unbehandelt blieben, klinisch kurz skizziert.

Fall 1. Reinhold L. Erstgeburt, Achtmonatskind. Fünf Wochen alt, 3100 g schwer, leichte Atrophie, nässendes Ekzem am Gesäß, schuppendes Ekzem auf dem Kopf.

Verdächtige Symptome auf Lues: Ausgesprochene Stumpfnase, schwaches Schniefen, Kubitaldrüsen beiderseits reiskorn groß, Milz und Leber nicht vergrößert. Fußsohlen unbedeutend schilfernd, an den Hacken pergamentartig, trocken. Wa.R. im Alter von sechs Wochen und neun Wochen negativ, Gewichtszunahme nach viermonatiger Behandlung 2400 g. — Nachuntersuchung im Alter von einem Jahre, Gewicht 10 kg, blühendes Aussehen, keinerlei Verdachtsmomente mehr für Lues, Wa.R. negativ.

Mutter: Infekt negiert, Wa.R. bei Aufnahme des Kindes positiv. Ein Jahr nach der Geburt des Kindes ebenfalls positiv. Keine klinischen Symptome von Lues nachweisbar.

Fall 2. Günther S. Neun Wochen alt. Exsudative Diathese. Nässendes und schuppendes Ekzem des ganzen Körpers. Welches Kind mit schlaffer Haut, die in großen Falten abhebbar ist. Aufnahme-gewicht 2810 g.

Verdächtige Symptome auf Lues: Stumpfnase, deutliches Schniefen, Kubitaldrüsen links reiskorn groß, rechts nicht fühlbar. Leber überragt fühlbar den Rippenbogen, Milz undeutlich fühlbar, Fußsohlen gerötet, mit starkem Glanz, Gewichtszunahme innerhalb drei Monate 1200 g. Infolge Grippe mit anschließender Pneumonie Tod nach dreitägiger Krankheit. Wa.R. bei der Aufnahme des Kindes und vier Wochen später negativ.

Mutter des Kindes: Angeblich vor zwei Jahren wegen Hauterscheinungen auswärts Blutuntersuchung, Resultat unbekannt. Wa.R. zur Zeit der Aufnahme des Kindes positiv.

Fall 3. Walter N. Frühgeburt, 8½ Monat. Neun Tage alt. In gutem Ernährungszustande, 3000 g schwer. Aufnahme im Säuglingsheim, weil die Mutter obdachlos ist, am 25. Oktober 1913.

Verdächtige Symptome auf Lues: Ziemlich starker Ikterus der gesamten Haut und der sichtbaren Schleimhäute. Leber überragt zweifingerbreit den Rippenbogen. Milz undeutlich fühlbar. Keine Erscheinungen von seiten der Nase, keine Kubitaldrüsen, rosafarbene, erbsengroße Flecke an den Fußsohlen, über denen die Haut abzuschilfern beginnt. Wa.R. bei der Aufnahme und bei der Entlassung des Kindes, die nach sechs Wochen stattfindet, negativ. Gewichtszunahme in dieser Zeit 650 g. Ikterus sowie die Flecke an den Fußsohlen sind bei der Entlassung vollkommen geheilt.

Mutter des Kindes: Puella publica, August 1912 Frühgeburt von vier Monaten. Vater angeblich gesund. Infektion negiert. Wa.R. der Mutter acht Tage nach Aufnahme des Kindes stark positiv.

Fall 4. Alfons Sch. Fünf Wochen alt. Mageres, welches Kind mit dyspeptischen Erscheinungen, häufigen, schleimigen Stühlen.

Verdächtige Symptome auf Lues: Stark ausgebildete Sattelnase. Undeutliches Schniefen. Kubitaldrüsen links erbsengroß, rechts reiskorn groß. Leber überragt ein wenig den Rippenrand. Kein Milztumor. Wa.R. bei der Aufnahme und drei Wochen später negativ.

Mutter des Kindes: Wa.R. bei der Aufnahme des Kindes schwach positiv.

Nachuntersuchung: Wa.R. vier Monate später beim Kinde negativ, bei der Mutter schwach positiv. Kind hat leichten Hydrozephalus, sonst keinerlei Erscheinungen von Lues nachweisbar. Noch zwei Monate später Wa.R. des Kindes negativ und der Mutter negativ.

Fall 5. Erika U. Erstgeburt, Achtmonatskind. Drei Wochen alt. Mageres, welches Kind, mit den Zeichen einer schweren Ernährungsstörung (Intoxikation). Verdächtige Symptome auf Lues: Nase platt, an der Wurzel eingesunken, mit schwachem Schniefen, Lippen rot mit radiären Faltungen, keine Kubitaldrüsen. Leber überragt um 2 cm den Rippenbogen. Milz nicht fühlbar. Leichtes Schilfern der Haut an den Hacken. Wa.R. negativ. Tod zwei Tage nach der Aufnahme. Sektion verweigert.

Mutter: Infekt negiert. Wa.R. der Mutter stark positiv.

Nachdem wir feststellen konnten, daß die Wa.R. bei den Müttern unserer Säuglinge durchweg positiv ausfiel, müssen die geschilderten vagen und unklaren Symptome der Kinder in irgendeinem Zusammenhang mit der Syphilis stehen, wobei es noch unentschieden bleiben soll, ob die Säuglinge wirklich als syphilitisch, d. h. als Spirochätenträger, anzunehmen sind. A priori ist der Einwand nicht abzulehnen, daß irgendwelche toxischen Stoffe von der syphilitischen Mutter auf den Foetus übergegangen sein können und die erwähnten klinischen Erscheinungen ausgelöst haben. Endgültige Klarheit kann wohl nur durch den noch ausstehenden Obduktionsbefund und den Nachweis von Spirochäten in den Organen solcher Kinder erbracht werden.

Am wahrscheinlichsten ist uns folgende Erklärung: Es sind während des intrauterinen Lebens zunächst immunisierende Substanzen von der syphilitischen Mutter auf die Frucht übergegangen, welche der Entwicklung und Fortpflanzung später übergehender vereinzelter Spirochäten hemmend im Wege standen und damit das klinische Krankheitsbild der Syphilis stark abschwächten. Dementsprechend ist auch die Reaginbildung nur sehr spärlich und darauf der negative Ausfall der Wa.R. zurückzuführen.

Wir müssen zugeben, daß auch bei positivem Ausfall der Wa.R. die angeborene Lues der Säuglinge klinisch sehr diskret, ja sogar jahrelang latent verlaufen kann, um sich später durch schwere Organveränderungen, z. B. Keratitis parenchymatosa, juvenile Tabes etc. als erstes und einziges klinisches Symptom der angeborenen Syphilis zu dokumentieren.¹⁾

Systematische Untersuchungen von Familien, in denen die ererbte Syphilis eine Rolle spielt, haben ergeben, daß in der Hälfte der Fälle die angeborene Syphilis in den ersten Jahren latent verläuft. Wenn der Einwand von Finkelshtein und Anderen richtig ist, daß die klinischen Symptome in den ersten Lebensmonaten nur übersehen worden sind, weil sie vielleicht nur in geringem Grade ausgeprägt waren, so würden sich diese Fälle mit den von uns erwähnten decken, wobei es unentschieden bleibt, ob die Wa.R. in solchen Fällen in den ersten Lebensmonaten positiv oder negativ ausgefallen wäre. Bezüglich unserer Fälle läßt sich eine Entscheidung darüber nicht fällen, wie sich ihr späterer Verlauf während des Lebens gestalten wird, d. h. ob sie nach Jahren noch zu schweren syphilitischen Organveränderungen mit positiver Wa.R. führen werden.

Unsere Säuglinge müssen wir trotz der negativen Wa.R. als syphilitisch ansprechen und die negative Reaktion in gewissem Sinne als Versager der Wa.R. gelten lassen, wenn auch nicht in dem bisher üblichen Sinne; denn wir verstehen unter Versager der Wa.R. nur solche Fälle, in denen beim Vorhandensein typischer syphilitischer Erscheinungen die Wa.R. negativ ausfällt.

Schluß. Für den Praktiker ergibt sich jedenfalls nach unserer Mitteilung die strikte Forderung, bei dem leisesten Verdacht auf kongenitale Lues nicht mit dem negativen Ausfall der Wa.R. beim Kinde sich zu begnügen, sondern auch noch das Blut der Mutter serologisch zu prüfen.

¹⁾ Fritz Lesser und Paul Carsten, D. m. W. Nr. 15 und Diskussionsbemerkungen hierzu Nr. 26.

¹⁾ D. m. W. 1914 Nr. 26.