Wirksamkeit der Excision syphilitischer Primäraffekte.

Von

Dr. P. Witte,

Posen.

In einer Zeit, wo wir durch Versuche an antropoiden Affen in der Lage sind, die Wirksamkeit oder Unwirksamkeit irgend welcher Eingriffe nach einer syphilitischen Infektion durch das Experiment zu prüfen, scheint es mir nicht ohne Wert, über Erfahrungen kurz zu berichten, die ich in dieser Richtung bei Menschen gemacht habe.

Von der Überlegung ausgehend, daß die völlige Entfernung von Ulzerationen, die auf syphilitische Primäraffekte verdächtig sind, nie schaden kann, sofern nur nicht der Sitz der Affektionen Gewebszerstörungen erheblicher Art bei dem Eingriff erfordert, habe ich im Laufe der vergangenen 7 Jahre bei 57 Patienten aus meinem Privatklientel solche verdächtigen Stellen entfernt.

Die Überzeugung, daß in keinem Falle hieraus eine Schädigung resultiert, hat mich sogar bewogen, in Fällen, bei denen die Diagnose Syphilis schon fast gesichert schien, z. B. ganz typische indolente sklerosierte Drüsen in den Leisten und an anderen Teilen des Körpers, wie Hals- und Bicipital-

furche, zu fühlen waren, oder ein beginnendes aber noch nicht ausgesprochenes makulöses Exanthem im Erscheinen war, gut sitzende Primäraffekte radikal zu entfernen; und ich habe nie die von einigen Autoren behauptete verminderte Heiltendenz beobachten können, bleibe allerdings bei dem Eingriff stets weit im Gesunden.

Als Art des Vorgehens wählte ich in allen Fällen die blutige Excision mit folgender Naht. Erstens bin ich der Überzeugung, daß die Ausschneidung mit Messer und Schere, bei Blutleere ausgeführt, die beste Übersicht über das Operationsfeld erlaubt, besser als die z. B. von Klingmüller geübte und empfohlene Methode, die darin besteht, daß die zu entfernende Stelle mit der Hakenpinzette hochgezogen und der Grund mit dem Paquelin durchgebrannt wird. Der Einwurf, daß durch die schneidenden Instrumente vielleicht das syphilitische Gift in die neuen Wundränder implantiert werden könne, scheint mir nicht stichhaltig, wenn man, wie ich es stets tue, weit im Gesunden operiert. Zweitens wird die Heildauer bei der Excision kürzer sein, als bei der Brandwunde, die sich vom Rande her epithelisieren muß, und zum dritten ist das kosmetische Endergebnis nach Naht zweifellos besser als die Narben nach anderen Eingriffen.

Zur Anästhesierung mache ich nach Anlegung eines nicht zu dicken Gummischlauches an der Basis des Gliedes vier Einstiche, und injicire im ganzen zirka 2 ccm einer 2% Cocainlösung, in letzter Zeit mit Zusatz von Adrenalin. Die Gefühllosigkeit ist beinahe stets eine vollkommene; daß in einzelnen Fällen dennoch über geringe Schmerzen geklagt wird, darf bei der so überaus verschiedenen Schmerzempfindlichkeit der Menschen nicht wundernehmen. Irgendwelche üblen Zufälle wie Cocainintoxikationen usw. sind mir nicht begegnet. Die Schleimsche Infiltrations-Anästhesie habe ich vermieden, da hierbei die Möglichkeit, Infektionsmaterial beim Einstich der Spritze in die Tiefe zu bringen, nicht ganz ausgeschlossen scheint.

Die Heildauer betrug 3—13 Tage, unter 10 Tagen bei 48, über 10 Tage bei 9 Fällen. Wie an allen Stellen, wo keine Spannung der Wundränder besteht, versuche ich auch hier stets schon nach 2 Tagen die Nähte zu entfernen und habe feststellen können, daß das Endresultat bei diesem Vorgehen in kosmetischer Beziehung ein besonders gutes wird. Daß in einigen wenigen Fällen die Heilung bis 13 Tage in Anspruch nahm, liegt daran, daß trotz aller Vorsicht eine prima Intentio nicht immer zu erreichen ist.

Bevor ich zur näheren Besprechung der drei Fälle übergehe, welche für die Frage der Wirksamkeit der Excision für

die Verhütung der Syphilis von Wichtigkeit sind, muß ich kurz berichten, daß von den 57 Fällen sieben ausscheiden müssen, da bei ihnen der Beweis, daß es sich um Lues handelt, nicht schlüssig erbracht werden kann. Von den 50 sicher syphilitischen Fällen haben 47 trotz der Eingriffe sekundäre Erscheinungen bekommen, z. T. allerdings schon zur Zeit der Eingriffe solche im Beginn gezeigt. Einen Einfluß der Excision auf den weiteren Verlauf der Syphilis habe ich nicht feststellen können, abgesehen davon, daß bei dem Fehlen des Primäraffektes die sonst selbst bei energischer Behandlung ab und zu auftretende Reinduration an der Stelle der Initialsklerose in diesen Fällen nie auftreten konnte. Daß sich die ganze Excisionsstelle sklerosiert und in einen Primäraffekt verwandelt hätte, ist mir nicht begegnet.

In den nun noch restierenden drei Fällen scheint mir ein positiver Erfolg der Excision vorzuliegen, und es sei mir gestattet die Krankengeschichten dieser Fälle zu berichten.

1. Dr. B., prakt. Arzt in einer kleinen Stadt der Provinz, besuchte mich am 13./IX. 1900 und gab an, er habe vor 15 Tagen gelegentlich eines Aufenthaltes in Kopenhagen zum letztenmal koitiert, sich unmittelbar nachher mehrfach mit Seife gründlich gereinigt, bemerke aber seit 3 Tagen ein kleines Knötchen auf der Vorhaut. Am freien Rande des Präputiums sitzt ein klein-erbsengroßes, mäßig hartes Infiltrat, die Inguinaldrüsen scheinen unbeteiligt. Ich riet zur sofortigen Excision, die gleich vorgenommen wurde. Die kleine Wunde wurde durch 3 Seidenknopfnähte geschlossen und mit Airolpaste bedeckt. Am dritten Tage konnten die Nähte entfernt werden, die Heilung war per primam intentionem erfolgt.

Im Laufe der folgenden 3 Monate kam der Herr Kollege 2mal wöchentlich, später mindestens einmal in der Woche zu mir, so daß neben seiner eigenen bei der Sachlage gewiß sorgfältigen Beobachtung auch ich selbst dauernd Gelegenheit hatte, ihn zu untersuchen. Noch jetzt stehe ich in freundschaftlichem Verkehr mit ihm, und er ist dauernd frei von irgendwelchen Syphiliserscheinungen geblieben.

Die Untersuchung des excidierten Stückchens ergab nun folgendes: In einem netzförmigen Bindegewebsstroma liegen Epitheloidzellen, Lymphocyten und einzelne Riesenzellen. Die durch die Weigertsche Färbung auf elastische Fasern leicht zu differenzierenden Lymphgefäße und Venen zeigen deutliche Peri-, Meso- und Endolymphangitis und Phlebitis. Auch an den Arterien zeigen sich Verdickungen an Intima und Adventitia, richtige obliterierende Endarteritis ist nicht zu finden.

2. A., Kaufmann in Posen. Konsultation am 2./VI. 1903. Letzter Coitus 8 Tage vorher. Erbsengroße Infiltration auf dem Präputium, keine erhebliche Drüsenschwellung. Excision, Heilung per primam. P. blieb bis April 1904 dauernd in meiner Beobachtung, hatte nie Erscheinungen von Syphilis.

Das excidierte Stückchen wurde von mir und ein Teil von Herrn Prof. Lubarsch, damals Vorsteher der pathologischen Abteilung des hiesigen königlichen hygienischen Institutes, untersucht. Derselbe Befund wie oben. Herr Prof. Lubarsch schreibt unter dem 6./VI. 1903 „Ein Teil der im Granulationsgewebe befindlichen Gefäße zeigt Verdickung der Intima und Adventitia, einige weisen richtige obliterierende Endarteritis auf. Stellenweise sind in den gefäßlosen Partien des Granulationsgewebes auch Riesenzellen eingesprengt. Wenn auch ganz typische gummosöse Veränderungen fehlen, so entspricht doch das Bild am meisten einer syphilitischen Entzündung (mehr sekundäres Stadium).“

3. M., Leutnant in Posen. Konsultation am 8./V. 1905. Letzter Coitus 14 Tage vorher. Kleinbohnengroßes Infiltrat auf dem Präputium, keine suspekta Drüsenschwellung. Excision, Heilung in 4 Tagen. P. ist dauernd in meiner Beobachtung gewesen, steht jetzt wegen anderer Affektionen in meiner Behandlung und ist frei von Syphilis.

Abgesehen davon, daß in diesem Falle die Infektionsquelle gesichert werden konnte, bei dem jungen Mädchen, das in Frage kam, konnte ich floride Lues feststellen, zeigte die mikroskopische Untersuchung auch hier das gleiche Bild wie in den beiden ersten Fällen. Granulationsgewebe mit Epitheloid- und Riesenzellen, im Gegensatz zur Tuberkulose reichliche Entwicklung von papillären und kleineren Gefäßen, Peri-, Meso- und Endolymphangitis und Phlebitis, an einzelnen Stellen auch hochgradig erkrankte, nur noch an dem Kranz elastischer Fasern erkennbare Venen, wenig endarteriitische Vorgänge.

Mir ist außer der Syphilis keine Granulationsgeschwulst bekannt, auf welche das mikroskopische Bild, das ich beschrieben habe, zutrifft, und ich bin der Überzeugung, daß es sich in allen 3 Fällen um Primäraffekte gehandelt hat.

Acht, vierzehn und fünfzehn Tage nach der Infektion hat die völlige Entfernung der Initialsklerosen dazu geführt, daß die Infizierten von weiteren Syphiliserscheinungen verschont blieben.

Auch Finger, der früher die Ansicht vertrat, ein Erfolg von Frühexcisionen sei immer zweifelhaft, da primäre und

sekundäre Erscheinungen ausbleiben und dennoch später manifeste Lues sich herausstellen könne, hat in letzter Zeit der Überzeugung Ausdruck gegeben, daß das Auftreten von tertiären Symptomen bei Individuen, die nachweislich keinerlei sekundäre Erscheinungen gehabt haben, unwahrscheinlich sei.

Wenn nun auch der letzte meiner 3 Fälle erst $1\frac{1}{2}$ Jahre zurückliegt, so bürgt mir doch die unausgesetzte Beobachtung dafür, daß kein Symptom übersehen ist, so daß ich der Meinung bin, alle drei Patienten sind frei von Syphilis. Der Erfolg scheint mir um so bemerkenswerter, als wir ja von Neisser wissen, daß Impfstellen schon nach 14 Stunden excidiert worden sind, daß aber trotzdem die Lues sich generalisiert hat, was durch den positiven Ausfall der Serodiagnostik bewiesen wurde; Hilfsmittel wie Spirochaetenbefund und Serodiagnostik haben mir bei meinen Fällen ja leider noch nicht zur Verfügung gestanden.

Daß der normale Befund an den Drüsen, den ich in allen drei Fällen erheben konnte, von Wichtigkeit war, ist mir sicher; ob aber die geringe Beteiligung der Arterien, die ich im mikroskopischen Bilde nachweisen konnte, für die Frage ob der Prozeß schon weit vorgeschritten ist oder nicht, von Wert ist, möchte ich dahin gestellt sein lassen. Immerhin neige ich zu der Ansicht, die auch Rieder in seinen histologischen Untersuchungen im Primärstadium der Syphilis vertritt, daß die besonders ins Auge fallende Beteiligung der Venen und Lymphgefäße als pathognomonisch für syphilitische Eruptionen anzusehen ist, daß dagegen die Endarteritis erst später als Folge des lokal lange genug bestehenden Prozesses auftritt.

Die Zahl der Beobachtungen, über die ich berichtet habe, ist viel zu gering, als daß ich irgendwelche prozentuale oder sonstige statistische Verhältnisse herausrechnen möchte, das positive Resultat scheint mir aber dafür zu sprechen, daß man in jedem Falle, wo der Sitz der Infektionsstelle es erlaubt, zur sofortigen Excision schreiten sollte; die 30% Kalomelsalbe, über deren Wirksamkeit

Metschnikow auf dem diesjährigen Kongreß in Bern so überzeugend berichtete, kann man ja trotz der völligen Entfernung der Ulzeration auch noch anwenden.