Aus dem Amtskrankenhaus zu Nordenham in Oldenburg.
(Chefarzt: Med.-Rat L. Buba.)

Ein Beitrag zur galoppierenden Syphilis.

Von Dr. W. Kowalski, Assistent am Krankenhaus.

Es ist nur noch ein seltenes Ereignis, daß sich der ungemein böseartige Charakter der Syphilis, den sie bei ihrem ersten epidemischen Auftreten in Europa gezeigt hat, auch heute an einem Infizierten kurz nach dem Erscheinen des Primäraffektes in seiner alten Stärke offenbart; ganz überwiegend verläuft in unseren Tagen die Syphilis in milder, chronischer Form. Daher konnte es vorkommen, daß ein Fall von galoppierender Syphilis nicht sofort erkannt wurde, ungehindert in aller Kürze die sekundäre Periode durchlief und bereits nach drei Monaten ins volle tertiäre Stadium überging. Als die Kranke in unser Krankenhaus im 5. Monat nach der Infektion überwiesen wurde, war ihr Zustand bereits sehr bedenklich.

Es handelt sich um ein 19½-jähriges, früher stets gesundes Mädchen, das Anfang Juni 1921 mit unerträglich starken Kopfschmerzen erkrankt war. Gelegentlich eines Ohnmachtsanfalles der Patientin wurde der Arzt zugezogen, der eine Angina feststellte, den Fall für Grippe ansah und Bettruhe empfahl. Die Halsschmerzen wurden immer heftiger, die Tonsillen schwellen an, erst rechts, dann links, und wiesen einen geschwürigen Belag auf. Ende Juni traten Muskelschmerzen in den Extremitäten und Gelenkschmerzen auf, begleitet von Fieber, was an Gelenkrheumatismus denken ließ. Die Behandlung war antirheumatisch. Als dann Anfang Juni auf der Oberlippe, unter der Nase, eine Ulzeration mit mäßig geschwollener Umgebung zu sehen war und 3 Wochen später ein pustulöses Exanthem zunächst an den Armen in der Nähe der Ellenbeugen ausbrach, glaubte man diese Symptome zusammen mit dem schnell um sich greifenden Zerfall der Ulzerationen an den Tonsillen und dem hohen intermittierenden Fieber als allgemeine Sepsis auslegen zu müssen. Inzwischen wurde der ganze Körper mit Geschwüren übersät. Am behaarten Kopf, an der Stirn, auf dem Rücken, an den Ober- und Unterschenkeln zeigten sich Pusteln, die nicht abheilten, sondern schon Ende August in ulzeröse Formen übergingen. Die Geschwüre waren alle kreisrund, hatten nicht Bogen- oder Girlandenförmigkeit, wie gewöhnlich ulzeröse Syphilide. Die Kranke verfiel sichtlich. Die allgemeine Schwäche, starke Gelenk- und Knochenschmerzen ließen selbst ein Erheben im Bett nicht zu. Ende August, als man gerade zur Proteinkörpertherapie überging (es wurde Aolan intramuskulär injiziert), zeigte sich eine geringe Besserung. Zwar konnte Patientin das Bett nicht verlassen, aber die Geschwüre wiesen entschieden Tendenz zur Heilung auf; das Allgemeinbefinden wurde besser. Da stellte sich Ende September ein Rezidiv von Geschwüren ein, an den gleichen Stellen wie bei der ersten Eruption, gleichzeitig stieg die Temperatur allabendlich auf 40°. Die Herzkraft begann zu erlahmen; ein Klappenfehler war nicht vorhanden. Infolge des bedrohlichen Zustandes wurde die Patientin schließlich unserem Krankenhaus überwiesen, am 11. X. 1921.

Diese Vorgeschichte allein lenkte unseren Verdacht auf galoppierende Syphilis, worin uns der Befund bei der Uebernahme der Patientin in unsere Behandlung bestärkte: Blasses, äußerst schwaches Mädchen, sichtbare Schleimhäute blaß, fast gar nicht durchblutet. Herztöne regelmäßig, sehr leise, beschleunigt. Puls 130, klein, leicht unterdrückbar. Auf der behaarten Kopfhaut, auf Scheitel- und Hinterhaupt verteilt, 7 kreisrunde, bis 4 cm im Durchschnitt messende Hautgummata, deren Ränder steil abfallend sind. Der Grund der Geschwüre ist dunkel-livide-rot. Sie konfluieren nicht. Auf der Stirn, an beiden Wangen und an der Oberlippe typische Knotensyphilide von 10-Pfennig- bis Markstückgröße. Am Rücken und auf der Brust ein

pustulöses Exanthem, bei dem sich einige Effloreszenzen in ulzeröse Formen zu verwandeln beginnen. An den Oberschenkeln sehr zahlreiche, mit Krusten bedeckte, kreisrunde Geschwüre von wechselnder Größe und scharfen Grenzen. Auf der über der vorderen Fläche der Tibia liegenden Haut beider Unterschenkel bis kinderhandgroße, kreisförmige Ulzera. Auffallend war, daß die Grenze der Ulzerationen gegen die normale Haut nicht von einem geröteten, erhabenen Wall gebildet wurde, sondern daß die Geschwüre scheinbar unmittelbar in normaler Haut saßen, und von keinem Infiltrat umgeben waren. An der linken Tonsille, die erheblich geschwollen ist, ein eitrig grauer Belag. Am weichen Gaumen zwei steilrandige Geschwüre mit eitrig belegtem Grunde. Unter dem vorderen Rand des linken Sternokleidomastoideus eine spindelförmige Lymphdrüse zu fühlen, dagegen besteht keine Lymphadenitis der Inguinaldrüsen. Es ist noch zu bemerken, daß Patientin Virgo ist, der Hymen intakt ist und an den Labien und in der Vagina keine Geschwüre oder Narben festgestellt werden konnten. Auf Befragen gibt sie an, Ende Mai von einem jungen Mann geküßt worden zu sein, bei dem Syphilis nachgewiesen werden konnte. Die am 13. und 15. X. angestellte Wa.R. war: ++++.

Bei Aufstellung des Behandlungsplans war in unserem Fall die Entscheidung leicht, ob kombinierte Quecksilbersalvarsan- oder nur Salvarsankur anzuwenden sei. Ist ja schon vor der Salvarsanzeit, als noch das Quecksilber das wirksamste Mittel gegen die Syphilis war, vor der Anwendung des Quecksilbers bei der galoppierenden Syphilis gewarnt oder zum mindesten große Vorsicht empfohlen worden. Wir verzichteten auf das Quecksilber völlig und behandelten unsere Patientin nur mit Neosalvarsan. Auch die Frage, mit welcher Dosis begonnen werden sollte, war nicht schwierig zu beantworten. Wenn wir auch im allgemeinen eine einschleichende Therapie verwerfen und auf eine hohe Anfangsdosis Wert legen, konnten wir uns doch bei diesem exorbitant schweren Falle mit 39° Fieber und 135 Puls in der Minute nicht zur Dosis III entschließen. Die Patientin erhielt am 15. X. 0,15 Neosalvarsan, 12 Stunden darauf erfolgte Fieberanstieg auf 40° mit vorangehendem Schüttelfrost. 2 Tage nach der ersten Injektion sinkt die Temperatur zur Norm. Am 18. X. wird abermals 0,15 Neosalvarsan gegeben und reaktionslos vertragen. Am 21. X. erhält Patientin 0,3 Neosalvarsan, am 24., 27. und 31. X. 0,45 Neosalvarsan und verträgt diese Gaben ausgezeichnet. Die Temperatur bleibt weiter normal, der Kopfschmerz ist geschwunden, die Geschwüre sind zum großen Teil zerfallen und trocken. Nur an den Tibien bestehen noch die periostalen Schmerzen. Vom 5. XI. ab wird nur noch die Dosis 0,5 gegeben, und zwar an jedem Montag und Donnerstag in der Woche. Mitte November sind fast alle Geschwüre krustenfrei und epithelisiert. Am 17. XI. stellt sich zum erstenmal die seit Juni ausgebliebene Menstruation ein. Von Ende November ab fühlt sich Patientin völlig beschwerdefrei. Das Gewicht stieg im Monat November von 52 kg auf 56 kg. Die Salvarsaninjektionen wurden in der oben angegebenen Stärke und Wiederholung den ganzen Monat November hindurch bis zum 12. XII. gegeben. Nach der vorletzten Injektion klagte Patientin über Jucken auf dem ganzen Körper, gleichzeitig war an den Unterarmen und auf dem Rücken ein urtikariaartiges Exanthem zu sehen. Das Jucken hielt bis 48 Stunden nach der Injektion an, klang dann allmählich ab und trat nach der folgenden, letzten Injektion wieder in der alten Stärke auf. Dazu traten an den Augenlidern Oedeme auf. Wir brachen daher am 12. XII. 1921 die Behandlung ab, in der Annahme, daß es sich hier um Arsenschädigungen handelt. 2 Tage nach Absetzen des Salvarsans war das Jucken und das Urtikariaexanthem sowie die Oedeme an den Augenlidern völlig verschwunden, traten auch später nicht mehr auf.

Unsere Kranke erhielt in der Zeit vom 11. X. bis 15. XII. eine Gesamtdosis von 8,55 g Neosalvarsan. Sie wurde als durchaus arbeitsfähig entlassen. An die Syphilis erinnerten allein die an Stelle der früheren Geschwüre zurückgebliebenen Narben.

Die am Schluß der Behandlung vorgenommene Wa.R. blieb positiv.

Der Zweck dieser Veröffentlichung war, darauf hinzuweisen, was schon Lesser in seinem Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten schreibt, „daß gerade die nicht durch den Geschlechtsverkehr vermittelten Ansteckungen in gewisser Hinsicht die allergefährlichsten sind, weil hier sehr oft die Krankheit im Anfange nicht als Syphilis erkannt oder überhaupt nur beargwöhnt wird, und so infolge des Mangels einer jeden Vorsicht eine weitere Verbreitung der Krankheit oft in ausgedehnter Weise stattfindet“.