

# Über einen Fall von Erythema nodosum und exsudativum multiforme bei latenter Spätluës.

Von  
Dr. med. Egon Klebe.

(Aus der dermatologischen Abteilung des städtischen Krankenhauses Altona  
[Oberarzt Prof. Dr. Bruck].)

(Eingegangen am 14. Februar 1921.)

Die Unklarheit, die noch immer über das Verhältnis zwischen Erythema nodosum und exsudativum multiforme zueinander und über die Pathogenese beider Krankheitsbilder, insbesondere über ihre Beziehungen zu den chronischen Infektionen besteht, lassen die kurze Mitteilung folgenden Falles gerechtfertigt erscheinen:

E. N., 32 Jahre, Arbeiterin. Bezüglich der Familienanamnese ist zu bemerken, daß der Vater der Pat. an einem Lungenleiden starb; jedoch ist nicht feststellbar, ob es sich um eine tuberkulöse Erkrankung gehandelt hat. Pat. ist verheiratet, lebt jedoch seit 6 Jahren von ihrem Mann getrennt. Niemals Geburten oder Fehlgeburten. Von einer luetischen Infektion ist ihr nichts bekannt. Vor 11 Jahren habe sie etwa 1 Jahr lang an rheumatischen Schmerzen gelitten. Vor einem Jahr sei am weichen Gaumen ein Geschwür aufgetreten, das rasch um sich griff und erst, nachdem sie von einem Arzt 2 Salvarsan- und Hg-Injektionen erhalten hatte, abheilte. Daß es sich um eine Lues handle, sei Pat. angeblich nicht gesagt worden. Sonst habe sie sich stets völlig wohl befunden, habe auch nie Hautausschläge an sich beobachtet.

Seit 8 Tagen leide sie an Husten und Appetitlosigkeit. In der vorletzten Nacht seien unter Schüttelfrost starke Kopf- und Halsschmerzen aufgetreten und am folgenden Morgen habe sie einen Hautausschlag am Körper bemerkt, der ihr starke Schmerzen verursachte und dessentwegen sie heute das Krankenhaus aufsuchte.

Status: Gracil gebaute Frau. An den inneren Organen kein nachweisbarer krankhafter Befund, insbesondere nichts für Tuberkulose Sprechendes. Keine Drüsenschwellungen, Urin frei. WaR. + + + +. Temperatur 37,2 rectal. Die linke Tonsille ist stark gerötet und geschwollen und mit lacunären Eiterpföpfchen besetzt. Der weiche Gaumen hat einen von einer halbkreisförmigen Narbe begrenzten Defekt, die Uvula ist völlig zerstört. Die übrige Mundschleimhaut zeigt keine Veränderungen.

An den Streckseiten beider Unterschenkel, an den Streckseiten der Ober- und Unterarme, an der Dorsalfläche der linken Hand, ferner aber auch in der Gegend der linken Scapula, der linken Halsseite und beider Claviculargegenden finden sich zahlreiche walnuß- bis taubeneigroße tiefsitzende, hochrote, zum Teil bereits einen Stich ins Bläuliche zeigende, nicht ganz scharf gegen die Umgebung abgesetzte und keinerlei Tendenz zur Verschmelzung zeigende Knoten, die schon bei geringster Berührung eine enorme Schmerzhaftigkeit aufweisen. Die übrige

Haut ist frei. Keine Gelenkschwellungen, keine rheumatischen Beschwerden. Punktionsflüssigkeit aus den frischen Knoten entnommen und aerob und anaerob auf verschiedenen bakteriologischen Medien (auch Menschenblutagar) gezüchtet, blieb steril. Excision eines Knotens wurde verweigert.

Diagnose: Angina lacunaris, Erythema nodosum, latente Spätluetes.

Therapie: Innerlich Aspirin; Lokalbehandlung der Angina.

Verlauf: Die Angina besserte sich sehr bald und schon vom nächsten Tag ab gingen die Knoten unter zunehmender livider Verfärbung zurück, die Schmerzhaftigkeit ließ wesentlich nach. Am 4. Tag der Krankenhausbehandlung traten unter einem Temperaturanstieg von 37,8° Herpes febrilis und ein leichter Darmkatarrh auf; gleichzeitig zeigte sich nun ein Exanthem, das zum Teil von den Stellen der bereits in Abheilung befindlichen oder schon abgeheilten Erythema-nodosum-Knoten ausging, aber auch ganz unabhängig von ihnen entstand; es ließ die unteren Extremitäten fast frei, hielt im übrigen aber in der Hauptsache die Lokalisation des E. nodosum ein: Streckseiten der oberen Extremitäten, Hals, Brust und Scapulargegend; besonders im Gesicht, Brust und Rücken ging es aber weiter über den ursprünglichen Ort des E. nodosum hinaus. Dieses Exanthem bestand aus bläulichroten, teils urticariellen, teils groß- und kleinpapulösen, deutlich infiltrierten, circinären und annulären Morphen, die stellenweise Neigung zu Bläschenbildung und kokardenförmigen Scheiben zeigten, ohne daß jedoch größere Blasen beobachtet werden konnten.

An der linken Tonsille ist die Entzündung im wesentlichen zurückgegangen; übrige Mundschleimhaut frei. Subjektiv ist die Schmerzhaftigkeit völlig geschwunden, es besteht nur mäßiges Brennen und Jucken der befallenen Hautstellen.

Gelenkschwellungen oder -schmerzen bestehen nicht. Unter Fortsetzung der Salicylbehandlung blaßte dann das Erythem unter Hinterlassung von Pigmentierung ab, das Brennen und Jucken verschwand vollkommen und 9 Tage später wurde Pat. auf ihren Wunsch beschwerdefrei entlassen. Eine anschließende anti-luetische Behandlung wurde abgelehnt.

Zusammenfassend handelt es sich also in unserem Fall um folgendes: Bei einer Frau mit latenter Spätluetes (vernarbter tertiärer Gaumenprozeß, keinerlei sonstigeluetische Erscheinungen, WaR. ++++) tritt im Anschluß an eine lacunäre Angina das Krankheitsbild eines typischen Erythema nodosum auf, an das sich unter Abheilung des Erythema nodosum der Hautsymptomenkomplex eines E. exsudativum multifforme anschließt.

Der beschriebene Fall ist nach mehreren Richtungen hin von Interesse. Die Mehrzahl der Autoren steht ja heute — besonders im Hinblick auf die Untersuchungen von Düring und Schulthess — auf dem Standpunkte, daß E. nodosum und E. exsudativum multifforme scharf voneinander zu trennende, auch ihrem Wesen nach nicht zu identifizierende Krankheitsbilder seien. Demgegenüber dürften immer noch gewichtige Stimmen (Kaposi, Brocq, Besnier u. a., siehe auch Riecke, Lehrbuch der Hautkrankheiten) nicht in Vergessenheit geraten, die für eine Wesensgleichheit beider Krankheitsformen eintreten und sich dabei besonders auf solche Fälle stützen, in denen beide Symptomenkomplexe entweder vergesellschaftet oder sich unmittelbar folgend auftreten. Unser Fall mit seinem unmittelbaren Übergang eines

typischen Erythema nodosum in ein Erythema exsudativum multiforme würde sich diesen Beobachtungen einfügen. Natürlich wird man immer die Annahme machen können, daß rein zufällig zwei pathogenetisch verschiedenartige Prozesse sich bei demselben Individuum entweder zusammenfinden oder einander folgen können, daß also in unserem Fall einem mit einer lacunären Angina beginnenden E. nodosum ein mit einer akuten fieberhaften Darmstörung zusammenhängendes E. exsudativum multiforme gefolgt ist. Immerhin wird man zugeben, daß eine derartige Ansicht entschieden etwas Gezwungenes haben würde und daß die Annahme einer für beide Krankheitsprozesse in Betracht kommenden wesensgleichen Noxe näher liegt. Wir halten auch den Streit über eine etwaige pathogenetische und klinische Verwandtschaft oder strenge Trennung beider Krankheitsbilder so lange nicht nach der einen oder anderen Hinsicht für beendbar, als wir noch so ungenügend über die Ätiologie beider Krankheitsprozesse orientiert sind, wie dies heute leider noch der Fall ist. Das gleiche gilt auch für die Versuche einer Einteilung des E. nodosum und exsudativum multiforme in primäre (kryptogenetische) oder sekundäre Formen. Wir wissen heute nur, daß beide Krankheitsbilder wahrscheinlich der Ausdruck einer akuten Infektion sind, die sich häufig in einer Angina, in einer febrilen Enteritis, in Gelenkschwellungen und dgl., häufig aber auch in keinerlei weiteren begleitenden Symptomen äußern kann. Ob man z. B. ein E. nodosum, das kryptogenetisch entstanden ist, als primär, das gleiche Krankheitsbild, das sich an eine Angina anschließt, als sekundär bezeichnet, ist unseres Erachtens eine Frage von geringer Bedeutung. Wenn wir überhaupt von sekundären E. exsudativum- oder nodosum-Fällen sprechen wollen, so sollte dieser Ausdruck jedenfalls nur für jene, ihrem Aussehen nach zuweilen an die genannten Hauterkrankungsbilder erinnernden Erytheme reserviert bleiben, die im Verlauf schwerer Sepsis- und Intoxikationsfälle auftreten können und die, wie auch Jarisch mit Recht betont, mit den echten „primären“ Krankheitsformen nichts zu tun haben. Daß unser Fall seiner Entstehung und seinem ganzen Verlaufe nach nicht in diese Gruppe von „sekundären“ Fällen gehört, dürfte ohne weiteres klar sein.

Eine weitere Frage, die unser Fall nahelegt, ist diejenige nach den Beziehungen oder der etwaigen Abhängigkeit von E. exsudativum und nodosum und der Lues. Mit zwei chronischen Infektionskrankheiten ist ja das E. exsudativum multiforme und besonders das E. nodosum in den letzten Jahren häufiger in Zusammenhang gebracht worden, mit der Tuberkulose und der Syphilis.

Für den Zusammenhang zwischen Tuberkulose und E. nodosum, sei es auf Grund klinischer Beobachtungen, der Pirquetreaktion oder Nachweis von

Tuberkelbacillen, treten u. a. ein: Hildebrandt, Meara und Goodridge, Gautier, Landouzy, Carle, Foerster, Giudes, Pollak, Symes.

Fantl (Dermatol. Wochenschr. **15**. 1919), der einen Fall von Lupus follicularis acutus unter dem Bilde eines E. nodosum nicht als echtes E. nodosum auffaßt, betont die Ähnlichkeit des bei Tuberkulose zu beobachtenden klinischen Bildes.

Moro (Münch. med. Wochenschr. **21**. 1913) leugnet zwar nicht die Häufigkeit des Auftretens von E. nodosum gerade bei Tuberkulosekindern, lehnt aber ein ausschließliches Vorkommen bei Tuberkuloseindividuen ab.

Eine ähnliche Anschauung vertreten Hutinel (Journ. des pract. 1913) und Aubert (Presse méd. 1913).

Hegler steht in seiner Monographie (Erg. d. inn. Med. 1913; ref. Dermatol. Wochenschr. 1915, S. 937, Frühwald) auf folgendem Standpunkt: „Es ist nicht erwiesen, ja nicht einmal wahrscheinlich, daß das E. nodosum durch den Tuberkelbacillus oder seine Toxine hervorgerufen wird. Immerhin ist es auffallend, daß die Erkrankung oft von tuberkulösen Affektionen gefolgt wird oder bei Tuberkulösen oder Tuberkulosebelasteten auftritt. Es ist aber nicht angängig, das E. nodosum als Frühsymptom einer Tuberkulose zu bezeichnen. Wahrscheinlich bestehen Wechselwirkungen zwischen beiden Erkrankungen insofern, als die eine den Boden für die andere vorbereiten kann.“

Ganz ähnlich und ebensowenig geklärt liegen die Verhältnisse bezüglich der Abhängigkeit des E. exsudat. und nodosum von der Luës. Das Auftreten von beiden Erkrankungsformen im Verlauf der Syphilis — öfter im Frühstadium, seltener im Spätstadium — ist häufig beschrieben worden (v. Zumbusch, E. Hoffmann, Buschke u. a.). Janson beschreibt einen mit einem kleinpapulösenluetischen Exanthem kombinierten Fall von Erythema nodosum. Er hält die Luës für die Ursache des Auftretens des E. nodosum. Beide Erkrankungen heilten unter Salvarsanbehandlung gleichzeitig ab (Dermatol. Zeitschr. 1911).

Gueit berichtet von einer Pat., die nach Behandlung vonluetischen Sekundärerscheinungen mit Hg und nach Abheilung der letzteren an einem Erythema nodosum erkrankte (Gaz. des hôp. 1912). Lariseur ist der Ansicht, daß das Erythema nodosum eine spezifische, der malignen Form der Luës angehörige Erkrankung ist (The Journal of cutan. Diseas. and Syphilis **29**. 1911).

Stümpke macht Mitteilungen über 3 mit Luës kombinierte Fälle von Erythema nodosum. In einem der Fälle trat das Erythema nodosum zu gleicher Zeit mit frischenluetischen Erscheinungen, Ulcerationen am Genitale, Impetigines capitis auf, in den beiden anderen Fällen kam das Erythem einmal im Verlauf, das andere Mal kurz vor Abschluß einerluetischen Kur zum Ausbruch. Das Auftreten des Erythems während und fast bei Beendigung der antiluetischen Kur sprechen nach Stümpke gegen die spezifische Natur dieser Krankheit. Da bei den in Rede stehenden Pat. Blutarmut und eine erhebliche Herabsetzung des Ernährungszustandes neben der Luës vorlag, so glaubt Stümpke auch die Möglichkeit des verminderten Widerstandes gegen infektiöse Einwirkungen unter solchen ungünstigen Bedingungen betonen zu müssen. Für eine gewisse Berechtigung der Ansicht der Anhänger einer spezifischen Ätiologie könnte nach Stümpkes Meinung der Umstand des Auftretens eines Erythems fast nach Beendigung der Kur angeführt werden, insofern in diesem Falle die WaR. noch stark positiv war und somit die Annahme eines frühzeitigen Rezidivs gestattet ist. Spirochäten wurden von Stümpke im Reizserum nicht gefunden; dieses negative Ergebnis spricht, wie Stümpke hervorhebt, freilich nicht gegen denluetischen Charakter der Krankheit (Arch. f. Dermatol. u. Syphilis 1918, H. 4).

In neuerer Zeit hat auch Jordan (Dermatol. Zeitschr. 2. 1920) die Frage des Zusammenhanges des Erythema multiforme unter Sichtung der älteren Literatur behandelt. Er glaubt, daß die Syphilis, vielleicht auch das Hg eine Prädisposition für das E. multiforme schafft. Fischl, der schon früher über die Wirkung von Neosalvarsan auf E. nodosum berichtete, fand neuerdings bei einem bei frischer Lues aufgetretenen typischen Fall an den Unterschenkeln im Schnitt mittels der Levaditimethode zahlreiche vereinzelte und büschelförmig angeordnete Spirochäten in der gewucherten Intima der tieferen Venen. Er hält damit den Beweis für geliefert, daß das E. nodosum bei Luetikern spezifischer Natur sei (Münch. med. Wochenschr. 8. 1920).

Zuletzt berichtete Katzenstein aus der v. Zumbuschschen Klinik (Münch. med. Wochenschr. 50. 1920) über 2 merkwürdige Fälle von E. exsudat. multif. von sehr lange dauerndem Verlauf, von denen einer durch eine Neosalvarsan-Chinin-, der andere durch Arsentherapie gebessert bzw. geheilt wurde. — Ob bei diesen Fällen Lues eine Rolle gespielt hat, wird nicht angegeben.

Wir sehen also hinsichtlich des Zusammenhanges zwischen E. exsudativum multiforme und nodosum und Lues dieselbe Unklarheit wie zwischen diesen Hautleiden und Tuberkulose. — Es ist klar, daß auch der Nachweis von Spirochäten im Einzelfall noch keine besondere Beweiskraft hat, denn es wäre wohl möglich, daß sich — nach dem Prinzip von Syphilis und Reizung — auch in einem E.-nodosum-Knoten zuweilen auch einmal Spirochäten festsetzen können, ohne daß das pathologische Produkt luetischer Ätiologie zu sein braucht.

Was unseren Fall betrifft, so können wir wohl keineswegs eine syphilitische Natur der beobachteten E.-exsudativum- und nodosum-Erscheinungen annehmen, denn erstens handelt es sich in unserem Fall um eine alte abgelaufene tertiäre Lues, bei der die Annahme derartig ausgedehnter und akuter luetischer Exantheme zum mindesten ganz außergewöhnlich wäre, und zweitens heilte das Exanthem in wenigen Tagen unter Salicyldarreichung vollkommen ab, ohne daß überhaupt eine antiluetische Therapie eingeleitet worden wäre.

Wir können uns also hinsichtlich unseres Falles nur dem vermittelnden Standpunkt anschließen, den Hegler bezüglich des Zusammenhanges des E. nodosum mit Tuberkulose und Stimpke bezüglich dieses Zusammenhanges mit Lues annimmt, nämlich dem, daß beide chronischen Infektionskrankheiten einen günstigen Boden für die Entwicklung des E. nodosum und exsudativum multiforme darstellen und daß daher diese Hauterkrankungsbilder besonders häufig bei luetischen oder tuberkulösen Individuen gefunden werden.

Mit diesem Kompromiß ist natürlich für die Ätiologie der beiden Hautaffektionen noch gar nichts gewonnen und die neuen Beobachtungen von Herkenrath (Diss. Bonn 1919, ref. Dtsch. med. Wochenschr. 1920, S. 44) über Erythema exsudativum multiforme im Anschluß an Impetigo und Trichophytie weisen darauf hin, um welch komplizierte Vorgänge es sich handelt.

Es muß daher abgewartet werden, ob die in dieser Beziehung bereits angestellten bakteriologischen Befunde (Rosenow bei E. nodosum, Journ. of cut. dis. 1915, ref. Dermatol. Zeitschr. 1916; Saisawa bei E. exsudativum multiforme, Dtsch. med. Wochenschr. 1913, S. 440) bei etwaigen Nachuntersuchungen Klärung bringen werden. Bei der relativen Seltenheit der in Rede stehenden Affektionen dürften die Schwierigkeiten keine geringen sein<sup>1)</sup>.

---

<sup>1)</sup> Die erst während der Drucklegung meiner Arbeit erschienene wichtige Abhandlung von O. Gans (Arch. f. Derm. Bd. 130) konnte hier noch nicht berücksichtigt werden.