

Aus der Klinik für Syphilidologie und Dermatologie in Wien.
(Vorstand: Hofrat Finger.)

Bemerkung zu Krens Artikel: ~Zur chronischen Diphtherie der Haut und Schleimhaut.

Von Prof. Dr. Josef Kyrle.

Kren hatte also Gelegenheit, den von mir als chronische Diphtherie diagnostizierten Fall weiter zu verfolgen, und er kommt auf Grund seiner Beobachtung zum Schlusse, daß es sich hier um Lues gehandelt habe. Die Argumente, mit denen Kren seine Behauptung stützt, sind: Positive Wassermannsche Reaktion bei dem Patienten, ein histologischer Befund, der den Bildern, wie wir sie bei Lues zu finden gewohnt sind, entspricht, und prompte Beeinflussbarkeit des Zustandes durch antiluetische Therapie — fürwahr Argumente, die zusammengenommen am ersten Blick eine solche Beweiskraft zu haben scheinen, daß es beim Leser den Eindruck erwecken muß, ich sei einem Irrtum zum Opfer gefallen, hätte etwas für chronische Diphtherie gehalten, ja fast ein neues Krankheitsbild aufgestellt, was in Wirklichkeit eine simple Lues war.

So einfach liegen nun aber die Dinge wohl nicht; im Gegenteil, es finden sich bei eingehender Kritik der Verhältnisse eine Reihe von Punkten, die mit der Auffassung, dass hier Lues vorgelegen sei, gar nicht in Einklang zu bringen sind und die meiner Ansicht nach auch durch die Befunde Krens nicht entkräftet werden können. Ich habe zum Teil auf sie schon in meiner ersten Arbeit hingewiesen; auch Kren erwähnt sie in seinen Ausführungen und bemüht sich dafür eine entsprechende Erklärung zu geben. Ich will im folgenden speziell darauf näher eingehen.

Was zunächst das rein Klinische der Haut-Schleimhauterscheinungen bei unserem Patienten anlangt, so bedarf es eigentlich kaum eines neuerlichen Hinweises, daß hier ganz ungewöhnliche Manifestationen vorgelegen sind. Die meiner Arbeit beige-schlossenen Abbildungen, welche durch ein Versehen des Verlages erst in diesem Hefte gebracht sind, lassen wohl jedem erkennen, daß hier ein Zustand gegeben ist, wie wir ihn bei Syphilis in der Regel nicht finden. Auch der frambösiforme Typus, den ja doch jeder, der ein großes Luesmaterial unter den Händen hat, das eine oder andere Mal beobachten kann, sieht anders aus: Die Farbe und Sukkulenz der Affekte ist eine andere und die Qualität des Infiltrates. Ich habe in solchen Fällen noch nie weiche, matsche Granulationen gesehen. Kren meint ja auch, daß das klinische Bild nicht ganz in den Rahmen der Lues paßt und bezeichnet den weichen, matschen Zustand des Infiltrates hier als für Lues ungewöhnlich. Er sieht aber andererseits hierin kein absolut verlässliches Kriterium — darin kann ich ihm nun auf Grund meiner Erfahrung nicht folgen.

Ein zweiter Punkt, in welchem sich der Affekt bei unserem Kranken doch auffallend anders verhielt, als wir dies sonst beiluetischen Prozessen dieser Art zu beobachten gewohnt sind, ist der Mangel eines entsprechend progressiven Wachstums. Die Erkrankung bestand bei dem Patienten fast ein Jahr und während des größten Teils dieser Zeit ist eine nachweisbare Vergrößerung der Herde nicht mehr erfolgt. In Anfang wird ja der Affekt natürlich gewachsen sein, daher der leicht gebuchtete Rand, aber diese Progression ist offenbar sehr bald zum Stillstand gekommen, und damit behielt der Affekt seine erreichte Größe. Während der $3\frac{1}{2}$ Monate, wo ich den Kranken beobachten konnte, war ein Auswachsen des Prozesses nach der Umgebung gewiß nicht festzustellen. Gibt es das bei Lues überhaupt? Wir sehen doch immer das Gegenteil. Wenn das Vorwärtsschreiten gelegentlich auch ein langsames ist — ich erinnere speziell an die oft recht langsam wachsenden serpiginösen Tubercula cutanea, die nach jahre-

langem Bestand schließlich nur eine relativ geringe Ausdehnung erreichen — aber es findet eine Progression statt! Und im selben Verhältnisse, als sich der Rand des Herdes verschiebt, kommt es im Zentrum zur Abheilung. Das ist doch ein Gesetz für die Lues, von dem wir keine Ausnahme kennen! Bezüglich des Tempos, in welchem die Vergrößerung erfolgt, bestehen in den einzelnen Fällen ja gewiß Unterschiede; im allgemeinen können wir diesbezüglich keine völlig verlässlichen Ansichten gewinnen, weil uns in der Regel die Beobachtungsmöglichkeit fehlt und auf die Mitteilungen der Kranken nichts zu geben ist. Aber daß ein Herdluetischer Natur, auch wenn er noch so langsam wächst, nach einem Jahre wesentliche Vergrößerung darbieten muß, glaube ich, wird von jedermann zugegeben werden müssen. Dies fehlt nun bei der Beobachtung, um die hier der Streit geht, vollkommen. Während der monatelangen Observanz an der Klinik, ich wiederhole es ausdrücklich, konnte irgendeine Vergrößerung des Herdes an der Oberlippe und auch der Erscheinungen am Rachen nicht konstatiert werden; der Kranke gab auch an, daß ihm der Herd stets gleich groß vorgekommen sei. Zur Zeit, als Kren den Patienten sah — und es waren einige Monate vergangen seit der Entlassung aus der Klinik — scheinen die gleichen Größenverhältnisse bestanden zu haben. Also auch in dieser Zeit hat ein bemerkenswertes Wachstum nicht stattgefunden.

Ganz dasselbe, was bezüglich des peripheren Wachstums gilt, gilt von der zentralen Spontanheilung. Auch diese fehlte hier vollkommen. Das ist nun doch sehr auffällig und stimmt gar nicht mit dem überein, was wir von der Lues her gewohnt sind. Wir haben an der Klinik doch viel Lues gesehen in allen nur denkbaren Formen, ich kann mich aber an keinen Kasus erinnern, bei dem sich nicht immer wieder diese Verhältnisse gefunden hätten. Und das ist nun schon mit ein Hauptgrund, warum ich nicht glaube, daß es sich bei unserem Kranken um Syphilis gehandelt hat, trotz der Befunde, die Kren beibringt. Die Klinik des Falles zeigt, wie

ausgeführt wurde, jedenfalls große Differenzen gegenüber den Beobachtungen, wie wir sie bei Syphilis sonst feststellen können.

Nun die weiteren Punkte! Zunächst die Resultate der Wassermannschen Reaktion. Während der Beobachtungszeit an der Klinik und auch früher war der Wassermann negativ. Kren fand eine positive Reaktion. Diese Differenz beweist nichts weder für, noch gegen Syphilis, darin stimme ich Kren durchaus bei. Trotz der negativen Wassermannschen Reaktion, die bei uns erhoben worden ist, könnte der Affekt Lues sein, trotz der positiven Reaktion Krens kann es sich noch immer um etwas anderes handeln. Das versteht sich ja von selbst. Daß Kren durch die positive Wassermannsche Reaktion in seiner Annahme, es liege Lues vor, bestärkt werden mußte, ist natürlich.

Worauf diese verschiedenen Reaktionsergebnisse zu beziehen sind, das läßt sich wohl nicht sicher entscheiden, diesbezügliche Erklärungsversuche kommen über Annahmen kaum hinaus. Doch muß ich hier an die Diskussion erinnern, welche über diesen Gegenstand erst unlängst in der Berliner klinischen Wochenschrift abgeführt wurde und auch eben darin ihren Grund hatte, daß verschiedene Untersuchungsstellen mit ein und demselben Serum verschiedene Resultate bekamen. Verschiedene Technik scheint hier differente Ergebnisse bedingen zu können. Solches könnte eventuell auch hier der Fall sein. Warum ich zu dieser Annahme komme, hat darin seinen Grund, daß der Patient, um den es sich hier handelt, auch jetzt negativen Wassermann hat, wenigstens nach der Methode, wie sie von Müller an unserer Klinik geübt wird. Zufällig hat sich der Patient während der Tage, wo ich diese Erwiderung zusammenstellte (8./IV. 1918), an der Klinik gemeldet — er wollte mir von seiner definitiven Heilung berichten. Dadurch war die Blutuntersuchung ermöglicht. Die Reaktion ist aber jetzt genau so, wie sie bei uns früher gewesen war. Dazwischen liegt nun der positive Befund Krens, dessen Beweiskraft dadurch für mich sehr verlo-

ren hat. Denn dieses Umschlagen von Plus in Minus ohne energische Kur — und eine solche ist, wie wir gleich später hören werden, nicht durchgeführt worden — das kennen wir nicht. Es müßte auch nach der Richtung gerade wieder hier eine jener seltensten Ausnahmen vorliegen — diesbezüglich würde allerdings dann die serologische und klinische Seite des Falles übereinstimmen.

Bezüglich des anatomisch-histologischen Befundes ergeben sich zwischen Kren und mir Differenzen. Kren untersuchte ein Stückchen aus der Uvula, ich aus der Haut. Kren fand neben einem reichlichen Plasmom tuberkuloide Struktur mit Riesenzellen, ich nur ein Plasmom, kein tuberkuloides Gewebe. In meinen Präparaten waren Diphtheriebazillen, in denen Krens nicht.

Mit der tuberkuloiden Struktur ist im allgemeinen nicht sehr viel anzufangen als unbedingt verlässliches Adjuvans für die Diagnose Syphilis, das wissen wir. Gerade in den letzten Jahren haben wir infolge einer Reihe neuer Beobachtungen gelernt, mit der histologischen Diagnose „Syphilis“ auf Grund von tuberkuloidem Bau des Infiltrates vorsichtig zu sein. Jedenfalls kann seit dem Augenblicke, wo wir erfahren haben, daß die verschiedensten chronisch verlaufenden Infektionsprozesse ganz ähnliche mikroskopische Bilder, wie wir sie bei der Syphilis finden, zu erzeugen vermögen, dem histologischen Befund nicht mehr jene Beweiskraft für den Entscheid Syphilis oder nicht zugesprochen werden, wie dies früher angenommen wurde.

Hier liegt nun ein chronisch verlaufender Prozeß vor, u. zw., wie ich glaube, durch den Diphtheriebazillus bedingt. Es erscheint mir nun als durchaus möglich, daß auch bei diesem Krankheitstypus tuberkuloide Strukturen gebildet werden können. Auf eine nähere Begründung dieser Ansicht kann hier nicht eingegangen werden, das würde zu weit führen. Ich muß diesbezüglich auf ein Referat verweisen, das ich unlängst in der Wiener dermatologischen Gesellschaft erstatten konnte und das in diesem Archiv mit der anschließenden Diskussion demnächst erscheinen

wird. Die dabei für das Zustandekommen tuberkuloider Strukturen aufgestellten Grundsätze können hier ohne viel Zwang in Anwendung gebracht werden; damit wäre für das Vorkommen von tuberkuloidem Gewebe bei chronischer Diphtherie eine entsprechende Erklärung gegeben. Daß ich in meinen Präparaten nur banal entzündliche Veränderung angetroffen habe und nicht tuberkuloides Gewebe, vermag gar nichts gegen die Vorstellung zu sagen, daß nicht doch gelegentlich tuberkuloide Struktur ausgebildet werden könne. Bekanntlich braucht letztere nicht überall gleichzeitig zur Entwicklung zu kommen. Die Phase des banal entzündlichen Vorstadiums kann bezüglich Dauer recht verschieden sein. Und gerade der Umstand, daß ich in meinen Schnitten Diphtheriebazillen finden konnte, könnte als Zeichen dafür angesehen werden, daß dazumal überhaupt noch nicht der richtige Zeitpunkt für das Zustandekommen von tuberkuloidem Gewebe gegeben war. Denn dieses tritt erst immer dann in Erscheinung, wenn das Bazillenmaterial bereits inaktiviert und in Eliminierung begriffen ist. Es erscheint mir insbesondere durchaus möglich, daß auch an jenen Stellen, wo ich noch banale Entzündung angetroffen habe, später tuberkuloide Struktur produziert worden wäre. Diese Annahme kann ich nun wohl nicht beweisen, sie erscheint mir aber, wie schon erwähnt, gar nicht so weit hergeholt. Jedenfalls würden damit die Differenzen, welche in meinen Befunden und in denen Krens zutage treten, ihre Erklärung finden.

Daß das entzündliche Infiltrat hauptsächlich aus Plasmazellen bestand, daraus, glaube ich, darf man doch nicht zu sehr auf dieluetische Natur desselben schließen. Wenn wir auch gerade bei den syphilitischen Manifestationen diese Zellform meist besonders prägnant entwickelt finden, so wissen wir doch, daß sie auch bei anderen Prozessen gelegentlich in reichem Maße vorkommt.

Eine überzeugende Beweiskraft kann ich also nach alldem auch den anatomischen Befunden Krens für die Auffassung, daß es sich hier um Syphilis gehandelt habe, nicht zuerkennen.

Der letzte Punkt meiner Ausführungen bezieht sich auf den Erfolg der Therapie. Gerade diesen hält Kren für eine Hauptstütze seiner Argumentation. Allerdings scheint er selbst zu empfinden, daß die Verhältnisse diesbezüglich nicht gar zu eindeutig liegen, weil er auf gewisse Erklärungsversuche hiebei nicht verzichten kann. Der Patient ist nämlich schon, bevor er in meine Beobachtung gekommen ist, anderwärts energisch antiluetisch behandelt worden. Es wurde ihm Quecksilber in größeren Mengen und Salvarsan verabreicht, ohne jeden Erfolg. Kren applizierte dem Kranken lokal Quecksilber, gab ihm intern Zittmann mit Jod und spritzte ihn mit Merarsol. Wie oft gibt Kren nicht näher an, der Patient berichtet von vier Merarsolinjektionen; jedenfalls können es nicht sehr viel gewesen sein, da ja der Krankheitsprozeß in 16 Tagen abgeheilt war und Patient die Kur nicht weiter fortgesetzt hat.

Es liegt also hier die auffällige Tatsache vor, daß ein Krankheitsprozeß, der vor ungefähr einem Jahr gegen energische antiluetische Therapie völlig refraktär war, jetzt plötzlich durch eine ganz minimale Behandlung prompt zur Abheilung gebracht werden konnte. Die Bezeichnung „minimale Behandlung“, glaube ich, ist voll berechtigt. Und daß nun damit schon ein so prompter Erfolg erzielt werden konnte, spricht meiner Ansicht nach eher gegen als für die Auffassung, daß es sich hier überhaupt um eine spezifische Beeinflussung gehandelt hat. Jedenfalls liegt, wenn Kren mit seiner Annahme Recht hat, der Fall diesbezüglich ganz außer der Reihe des Gewöhnlichen, dafür brauche ich kaum irgendwelche Beweisgründe anzuführen, jeder erfahrene Syphilidologe wird dies bestätigen müssen. Kren selbst sucht eine Erklärung für diese auffällige Tatsache. Er weist darauf hin, daß gelegentlich gerade bei Patienten, die luetische Ulzerationen der Haut nahe den Leibesöffnungen darbieten, der Effekt einer spezifischen Therapie ausbleibt und daß erst bei fortgesetzter antiluetischer Behandlung nach längerer Zeit ein oft rasches Schwinden der Symptome eintritt. Bis nun war dies,

wie Kren sagt, für die Quecksilber-Jod-Therapie bekannt, für die Salvarsantherapie seien ähnliche Beobachtungen nicht mitgeteilt worden, dürften aber, wie der vorliegende Fall lehrt, möglich sein. Kren begibt sich mit dem letzten Satz auf das Gebiet der Hypothese, wohin ich ihm nicht folgen kann.

Ich sehe also in dem Therapieeffekt durchaus nicht jenes überzeugende Moment wie Kren. Im Gegenteil, die Verhältnisse liegen meiner Meinung nach diesbezüglich durchaus außergewöhnlich; es ist mir viel wahrscheinlicher, daß eine spezifische Beeinflussung überhaupt nicht stattgefunden habe. Vielleicht hat das Jod als Resorbans gewirkt, vielleicht war der Prozeß gerade dazumal schon der Abheilung nahe, so daß die Erscheinungen auch ohne jede Therapie geschwunden wären.

Fasse ich das Ganze zusammen, so muß ich sagen, Kren kann mich durch seine Mitteilung nach keiner Richtung davon überzeugen, daß es sich in dem bewußten Falle um Lues gehandelt habe. Seinen Argumenten fehlt meiner Auffassung nach die absolute Beweiskraft. Demgegenüber kann ich auf unanfechtbare positive Befunde bezüglich der Diphtherienatur des Prozesses verweisen, und daher liegt für mich keinerlei Grund vor, irgendwie von dem in meiner Arbeit angenommenen Standpunkt abzugehen.
