

# Besondere Syphilisfälle.

Von

**Dr. Moriz Porosz,**  
Spezialarzt in Budapest.

---

Oltamare schildert in dem heurigen Jahrgang der „Annales de Dermatologie és de Syphilographie“ einen Ulcus durum-Fall, bei dem typische Lues, selbst nach Jahren, nicht aufgetreten ist. Beim Lesen dieser Schilderung fielen mir meine Fälle ein, unter anderen auch ein solcher, bei dem alle Zeichen der allgemeinen Lues aufgetreten sind, aber bei dem eine entsprechende Induration gefehlt hat. Ich unterzog den Fall einer genauen Beobachtung, suchte und forschte an den Stellen, wo die Induration auftreten sollte, aber eine solche war nicht zu finden. Auch in zwei anderen Fällen fand ich keine. Aber es ist nicht ausgeschlossen, daß doch eine vorhanden war.

Hier mögen ihre Krankengeschichten folgen.

## I.

### Lues ohne Induration.

Ein 32jähriger junger Mann meldete sich bei mir mit einem seit 8—10 Tagen bestehenden Leiden. Er gab an, er habe vor drei Wochen zum letzten Male koitiert, und daß 8—10 Tage später auf den Genitalien ein juckender Ausschlag aufgetreten ist, der sich selbst bei ärztlicher Behandlung stetig verschlimmert hat. Sein Zustand war folgender: Auf der dorsalen Seite des Penis waren linsengroße, stellenweise zusammenfließende, bohngroße, rundliche, rosenfarbige, rötliche, auf der Ober-

fläche sich flach erhebende, weich infiltrierte juckende Papeln sichtbar. Von diesen 15—20 Papeln saßen 4—5 auf dem oberen Rande des behaarten Mons veneris und die auf dem Radix sitzenden waren mit einer braunrötlichen Borke bedeckt. Das Ganze bot ein vollkommen entsprechendes Bild des papulösen akuten Ekzems.

Auf Salbenbehandlung wurden die Papeln blaß und das Jucken hörte auf, nur die Ulzera blieben. Mit Streupulver behandelt verheilte auch die ulzeröse Stelle am Frenulum, nur am Radix war eine schmutzige wundete Stelle. Nach 3tägiger Behandlung reiste der Patient in eine Provinzstadt und kam 10 Tage später zurück, weil, wie er sagte, das Jucken auf den Genitalien aufhörte, aber sich in der Achselhöhle und ringsherum um den Rumpf wieder eingestellt hat. Auf diesen Stellen waren blasse, rosensfarbige, stellenweise gelblichbraune, flache, sich nicht erhebende Flecken, die auf Druck erblaßten. Nach den empfohlenen Bädern und der Behandlung mit Schwefelsalben hörte das Jucken auf, aber das Exanthem verbreitete sich, namentlich auf dem Rücken, in der Kreuzgegend, viel weniger auf den Extremitäten und Hoden. Der Kehlkopf war empfindlich, ein wenig hyperämisch. Induration war nirgends zu finden. Die Drüsen in der Leistengegend waren angeschwollen und empfindlich.

Zwei Wochen später war das Exanthem erhaben kupferrot, beim Drucke blieb die Farbe bestehen und es war auch festerer Konsistenz, im Rachen und im Munde waren typische luetische Plaques. Der auf dem Radix befindliche Abszeß war im Heilen begriffen, im Sulcus hingegen war ein bis auf die Glans sich erstreckender länglicher, schmutziger Abszeß, der keine Spur von Induration zeigte und dessen Umgebung gar nicht entzündlich infiltriert war.

Ich wendete Enesolinjektionen an. Die Abszesse verheilten nach einwöchentlicher Behandlung, die Plaques verschwanden nach Pinselungen mit Chromsäure, der papulöse Ausschlag wurde blaß und nur pigmentierte Flecken blieben an seiner Stelle.

Nach der 21. Injektion riß der Patient beim Baden die trockene Epithelschichte, die auf der dorsalen Seite des Sulcus war, ab und an dessen Stelle war eine Exkoration. Sie übergang dann in ein Geschwür, das sich in die Tiefe verbreitete. Trotz der fortgesetzten Injektionen verblieb hartnäckig eine kleine, bohngroße wundete Stelle. Nach der 30. Injektion verbreitete es sich nicht mehr, verheilte aber auch nicht und in diesem Zustande verreiste der Patient. Es heilte erst drei Wochen nach der Injektionskur, nachdem der Patient frei von allen luetischen Symptomen war.

Das Interessante an dem Falle besteht darin, daß trotz der strengsten Rigorosität keine Induration zu finden war. Das erste Symptom, das an Papeln erinnerte, trat 8—10 Tage nach dem Coitus auf. Allem Anscheine nach waren sie ekzematösen Charakters. Sie verschwanden auch nach einer spezifischen Behandlung. Das auf dem Radix sitzende

Geschwür trug den Charakter des weichen Ulcus, das aber erst nach der Injektionskur vollkommen verheilte.

Die nachträgliche Ulzerierung der Induration ist bekannt. In diesem Falle war aber auf der Stelle des später aufgetretenen Ulcus keine Induration.

Das ungewöhnliche Auftreten desluetischen Exanthems, das damit einhergehende Jucken und der äußere Charakter imponierte als Dermatomykosis. Wie es scheint, traten die Papeln an dieser Stelle auf, das heißt sie verwandelten sich inluetische Papeln. Oder das Luesexanthem stellte sich in transformierter Form dar.

Der Widerstand des während der Behandlung entstandenen Ulcus gegen die Quecksilberkur und der Umstand, daß es auch später verblieb, zeigt, daß es nichtluetischen Ursprungs war. Beim weichen Ulcus ist die Infektion unverständlich und auch die Möglichkeit einer genitalen Infektion kann als ausgeschlossen betrachtet werden. Wie es scheint, tritt Lues auch ohne Induration auf.

Sehr lehrreich wären die diesbezüglichen Erfahrungen der Spezialärzte.

## II.

*Lues ulcerosa linguae* nach unbekannten Antezedentien.

Im früher erwähnten Falle konnte ich mich davon überzeugen, daß der Patient keine Induration hatte. In diesem Falle ist meine Überzeugung nicht so fest, aber es ist wahrscheinlich, daß es so war. Ein 28jähriger Rechtsanwalt, den ich wegen chronischer Blennorrhoe wochenlang behandelte, dessen nackten Körper ich wochenlang gesehen habe, klagte eines Tages über Schmerzen an der Zunge. Auf der Zunge ist ein oberflächliches Ulcus sichtbar, das sich bei Behandlung (Pinselungen mit Milchsäure, Chromsäure) verschlimmerte und sich in die Tiefe verbreitete. Nach 3—4wöchentlicher erfolgloser Behandlung wurde mein Verdacht auf Lues gelenkt. Nach Aussage des intelligenten, furchtsamen Patienten hatte er niemals ein Geschwür, von einem Exanthem hatte er keine Ahnung und hatte nie Halsschmerzen. Ich selbst sah ihn oft, aber ich sah weder ein Geschwür, noch ein Exanthem an ihm. Die Drüsen in der Inguinalgegend waren nicht infiltriert, man konnte nur schwer eine oder die andere beim Betasten entdecken.

Trotz alledem war der Verdacht nicht geschwunden. Ich wollte eine Blutuntersuchung vornehmen lassen, aber auch der betreffende Kollege hielt das Ulcus entschieden fürluetisch.

Nach antiluetischer Kur (Enesolinjektionen) verschwand das Ulcus bald. Einige Monate später hatte ich Gelegenheit auf dem Gaumenbogenluetische Plaques zu sehen.

Ex juvantibus konnte derluetische Charakter des Geschwüres festgestellt werden. Die Ursache, die Zeit des Auftretens der Lues blieb unbekannt.

Der Patient verkehrte seit anderthalb Jahren ausschließlich mit einer Frau.

Daraus ist ersichtlich, daß man mit gehöriger Umsicht auch ohne Anamnese Lues diagnostizieren kann, wie man — leider oft — auf dieser Basis eine falsche Diagnose macht.

Vielleicht ist das die Ursache der vielen, fürluetisch gehaltenen Tabes- und Paralysefälle.

### III.

#### Lues mit protrahierter Entwicklung nach einer Infektion unbestimmten Datums.

(Schmerzhafte Drüsen, Exanthem mit Schüttelfrost, kroupartige Rachensymptome. Aufluetischer Basis entwickelte Psoriasis auf dem Rücken.)

Ein 38-jähriger Mann, verheiratet, meldet sich Ende Oktober 1905 nach vorangehendem Nässen und Jucken im Einschnitte über der Rektumöffnung wegen eines Einrisses daselbst. Infolge der Behandlung heilte wohl die Stelle, aber langsam; gleichzeitig zeigte die dem oberflächlichen epithellosen Teil entsprechende wundete Stelle eine tiefe Furche. Nach Behandlung mit Präzipitatsalbe verheilte sie, aber sie riß mehrere Male wieder ein, wenn Pat. nach dem Stuhlgange die Reinigung nicht mit gehöriger Vorsicht vornahm.

Am 20. November fiel er angeblich von einer Leiter. Wegen einer Drüsenanschwellung in der linksseitigen Inguinalbeuge war ihm das Gehen beschwerlich und schmerzhaft. Ruhe, Kompressen, Behandlung mit Jodsalbe war von Erfolg und ein kaum tastbarer, bohngroßer Überrest der Drüse war fühlbar. Am 25. Dezember war die Drüse nach dem Schlittschuhlaufen wieder schmerzhaft, nußgroß. Er war unfähig zu gehen und wendete sich wegen allgemeinen Unwohlseins an einen Arzt. Am anderen Tage nachmittags stellte sich eine mit Schüttelfrost beginnende Temperaturerhöhung ein, die bis 38.7° stieg. In der Drüse ist keine Fluktuation fühlbar. Da er sich nicht lange vor dem Falle auf dem Lande aufgehalten hat, und die Temperaturerhöhungen mit Schüttelfrost sich drei Tage lang in derselben Stunde einstellten, dachte ich an Malaria und griff zur üblichen Chininbehandlung. Am fünften Tage trat der Schüttelfrost früher auf. Vom sechsten Tage angefangen stellten sich geringfügigere Temperaturerhöhungen ohne Schüttelfrost ein, aber sie stiegen nicht höher als 38.7°.

Das abgehaltene Konsilium glaubte eine in der Tiefe der Drüse befindliche Eiterung annehmen zu sollen. Nach Anwendung von Alkoholkompressen und nach Bierscher Behandlung besserte sich der Zustand nach und nach, die Drüsen wurden kleiner, aber auch die schon früher sichtbare Hyperämie des Rachens, seine Schmerzhaftigkeit und die sich dazu gesellten Ohrenscherzen traten neben den anderen Symptomen in den Vordergrund. Der Patient kümmerte sich jetzt nicht mehr viel um die Drüsen. Der konsultierte Ohrenarzt fand keine Symptome einer Entzündung respektive Eiterung. Die unregelmäßigen Fiebererscheinungen führte er auf das Rachenleiden zurück.

Das Fieber hielt drei Wochen mit Ohren- und Kopfreissen an. Deshalb bekam er viele Antipyretika. Phenacetin, Salicyl, China Decoct, Aspirin, Pyramidon zumeist mit Morphin zusammen. In einer unruhigen, qualvollen Nacht nahm er in 1—2 Stunden 4—5 Pulver ein, worauf am andern Tage Morgen ein rosenfarbiges fleckiges Erythem auf dem Gesichte auftrat, 1—2 Tage später auf den Armen, wieder 2—3 Tage später auf dem Hodensacke. Stellenweise trat starkes, stellenweise wieder schwaches Jucken auf und erstreckte sich zerstreut auf den ganzen Leib.

Das war ein offenkundiger Beweis für eine Intoxikation. Drei Wochen später traten nach Aufhören des Fiebers im blaß gewordenen Pharynx kleine weiße Punkte auf. Diese stecknadelkopfgroßen Punkte wuchsen in drei Tagen zu einem dicken, schmutzigen, gräulichen Belag an. Diese Symptomengruppe wiederholte sich und zeigte ein ganz diphtherieartiges Bild. Sie verlief ganz fieberlos. Nach Gurgelungen und Pinselung nahm der erste Belag ab, aber es trat wieder ein neuer auf. Wegen Klarstellung des Rätselhaften in diesem Bilde wurde ein hervorragender Kinderarzt konsultiert. Er fand die Erscheinung der Krankheit für ungewöhnlich, aber das Bild fand er für diphtheritisartig. Versuchsweise gaben wir zwei Seruminjektionen, nach denen nur eine unwesentliche Besserung eintrat, weshalb wir dann die Injektionen einstellten. Während dieser Zeit ließen wir durch den Universitätsassistenten des bakteriologischen Instituts eine Kulturuntersuchung vornehmen, die für Diphtherie negativ war. Er nahm auch die Untersuchung auf Spirochaeten vor. Das aus dem Rachen genommene, zerriebene Präparat, so auch die Untersuchung des aus den flach und gelblichbraun gewordenen Papeln genommene Blut blieb vollkommen negativ. Es fiel aber auf, daß bei der mit ätherischer Watte vorgenommenen Reinigung das dünne Epithel der Papeln nach einfachem Reiben sich löste wie ein dünnes Seidenpapier. Der Ausschlag auf dem Rücken juckte stark. Da ich das Leiden für eine akute Infektionskrankheit oder noch eher für Lues hielt, gab ich dem Patienten eine arsensaure Quecksilberinjektionen (Enesol). Der Zustand besserte sich zusehends. Später erkannte auch ein Syphilologe in dem Leiden eine Syphilis von außergewöhnlicher Form. Die Injektionskur konnte an dem mageren Manne nicht energisch durchgeführt werden. Das Allgemeinbefinden war gut, nur auf dem Rücken

nahm das Jucken langsam ab und der Ausschlag verbreitete sich, bis er endlich das Bild einer typischen Psoriasis zeigte mit talergroßen, stellenweise sich berührenden Plaques, mit mäßigem Jucken. Den abgemagerten Patienten schickte ich nach Hall. Unterwegs konsultierte er einen Wiener Syphilodologen, der ihm — so wie ich — empfahl, sich mit der Psoriasis nicht zu befassen. In Hall befolgte sein Arzt auch diesen Rat. Schmiekuren, Trinken von Jodwasser, Bäder stellten den Patienten vollkommen her und er kam geheilt nach Hause. Wie man ex jurantibus feststellen konnte, war auch die auf dem Rücken befindliche Psoriasis ein transformiertes luetisches Exanthem.

Interessant ist an dem Falle, daß die Entwicklung des Exanthems mit dreiwöchentlichem Fieber einhergegangen war, daß es drei Tage lang pünktlich mit Schüttelfrost, später nur mit Frösteln auftrat.

Der Zustand der Inguinaldrüse war, wie es scheint, ein zur Lues gehöriges Symptom, dessen Ursprung wir nur in dem Risse am untern Rande des Os sacrum annehmen können. Für diese Annahme bietet einen Anhaltspunkt das langsame Heilen des Risses.

Interessant ist auch die Qualität des Ausschlages und seine psoriasisforme Umwandlung auf dem Rücken.

Ungewöhnlich sind auch die Rachensymptome mit dem kroupartigen Belage.

Die Zeit der Infektion ist unbekannt. Der Patient ist verheiratet. Seine Frau ist gesund. Er hatte außer dem Risse um den Mastdarm kein Geschwür, keine Induration. Auch die angegebenen Zeitpunkte sind ungewöhnlich.

Der Riß dauerte zwei Monate, von Ende Oktober bis Ende Januar.

Die Drüse war etwa am 20. November schmerzhaft, drei Wochen nach dem Einrisse. Sie erneuerte sich dreimal und heilte wieder. Am 25. Dezember war Patient wieder bettlägerig und einige Tage später verkleinerte sich die Drüse und wurde auch weich.

Seither trat bei dem Patienten eine luetische Iritis auf, die nach einer Schmierkur verschwand. Auch luetische Plaques waren im Munde, mehrere Male traten auch Aphthae auf, die sich oberflächlich zu größeren Ulcera umwandelten. Nach der Behandlung heilten sie rasch und leicht.

Nach einer neuen Kur in Hall kam er gestärkt und fetter nach Haus.

Darüber, wie die Infektion zu stande gekommen ist, haben wir keine Daten.

Wie ersichtlich ist, kann die atypisch verlaufende Lues, ohne Induration, zu vielen Irrtümern Anlaß geben.

#### IV.

Wie lange bleibt die Spirochaete im Smegma lebensfähig?

Vor einigen Jahren meldete sich bei mir ein 30jähriger junger Mann mit einem typischen Ulcus molle. Er gab an, er habe vor vier

Wochen zu allerletzt koitiert und habe sich eine Woche später mit einem Ulcus an einen Arzt gewendet. Mit den erhaltenen Medikamenten erreichte er nichts, denn das Ulcus wurde immer größer. Das Geschwür ungefähr in der Mitte des Dorsums war sehr hartnäckig und ich übernahm später die Behandlung. Die angewendeten Medikamente fixierte ich mit einem Verbands, den ich selbst applizierte und abnahm. Vier Wochen später war der Abszeß verheilt. Um diese Zeit sollte auch eine Abnormalität behoben werden. Auf der seitlichen Hälfte des Sulcus coronarius war eine zentimeterbreite Hautbrücke, die, wenn sich Erektionen einstellten, die Glans auf eine Seite zog. Unterhalb dieser Hautbrücke konnte man die Knopfsonde durchführen und viel schmutziges Smegmamaterial entfernen. Das Durchschneiden dieser Hautbrücke fand ich nach dem Verheilen nicht empfehlenswert. Nach gehöriger und mehrfacher Reinigung, nachdem das Pflaster von der mit stärker gewordenem Epithel bedeckten Stelle entfernt wurde, durchschnitt ich — zwei Wochen nach der Epithelbildung über einer Hohlsonde mit einem Messer die Hautbrücke. Nach der sorgfältigen Reinigung mit Sublimat legte ich einen Sublimatverband an. Die Ränder der dünnen, schmalen Wunden konnte ich wegen ihrer Geringfügigkeit nicht mit einer Naht vereinigen. Die so entstandenen zwei Wunden zeigten schon einige Tage später statt einer lebhaften Granulation ein speckiges Aussehen. Der Zustand veränderte sich nicht sonderlich. 10—14 Tage später mußte der Patient verreisen und ich überließ ihm die Behandlung mit einem Pflaster. Eine Woche später kam er wieder und die Wunden waren schön geheilt. Mit gewisser Befriedigung nahm ich dies zur Kenntnis, denn es war mir schier unerklärlich, daß der Heilungsprozeß so langsam vor sich ging. Ein bis zwei Wochen rührte sich nicht einmal die Wunde, die ich gemacht hatte. Beim Betasten fiel mir auf, daß die Konsistenz an eine Induration erinnert. Eine Woche später sah ich das Bild eines typischen papulo-erythematösen Syphilids.

Der langsame Heilungsprozeß der frischen Wunden wurde so erklärlich.

Dagegen wurde anderes unerklärlich.

Wie konnte die syphilitische Infektion entstehen?

Der Patient konnte während der Behandlung nicht koitieren und er koitierte auch nicht, wie er sagte. Der mit einem Pflaster oder einem Verbands versehene Penis war für den Akt nicht geeignet. Ohne Pflaster war er bis zum Operationstage nicht.

Der Verdacht könnte sich auf die Instrumente lenken. Da muß ich aber bemerken, daß sie vor dem Gebrauch rot gegläht worden sind. Das pflege ich immer so zu machen. Selbst nach dem Gebrauche pflege ich sie zu glühen. Daß dies der Fall war, ist daraus ersichtlich, daß der Patient fragte, warum mein Messer so blau ist. Ich sagte ihm, es wurde gegläht, und so hatte er dann noch Bedenken, daß ich ihn mit dem glühenden Messer operieren werde.

Es bleibt nichts anderes übrig, als an das schmutzige Smegma unter der Haut zu denken, das man vor dem Operieren nicht gehörig entfernen konnte und, wie es scheint, war nach dem Operieren die Reinigung nicht ausreichend, trotzdem sie in entsprechender Weise vorgenommen worden ist. Mit Rücksicht darauf legte ich einen nassen Sublimatverband an. Der weiche Schanker, an dessen Infektion man denken konnte, infizierte nicht; er vernarbte ohne Induration und statt ihrer trat eine syphilitische Infektion auf.

Als er zu mir kam, hatte der Patient vier Wochen früher zum letzten Male koitiert; vier Wochen dauerte die Heilung, weitere zwei Wochen war ein Pflaster angebracht und etwa vier Wochen nach der Operation war das Syphilid sichtbar, zu dem sich später Plaques gesellten. Also 14 Wochen nach dem Coitus und 4 Wochen nach der Operation entwickelte sich das Bild der Lues.

Ich erkläre mir den Fall so: Die jetzt erkannten Spirochaeten konservierten 10 Wochen lang im Smegma ihre Infektionsfähigkeit und waren im lebensfähigen Zustande. Nach 10 Wochen kamen sie durch das operativ geöffnete Tor in den Organismus, was die Reinigung mit Sublimat und der nasse Sublimatverband nicht verhindern konnte.

Eine interessante Frage harret der Lösung: 1. Wie lange erhalten die Spirochaeten im Smegma ihre Infektionsfähigkeit? 2. Vermehren sie sich im Smegma? Ist zu erwarten, daß die Versuche im großen Stile eine Antwort auf diese Frage geben werden?

---