

Aus der dermatologischen Universitätsklinik des Herrn Prof.
Dr. A. Wolff zu Strassburg i. E.

Ein Fall von Sporotrichose.

Von

Dr. G. Hügel.

(Hiezu Taf. VI.)

Im Jahre 1903 gelang es de Beurmann-Paris aus subkutanen Tumoren eines Patienten einen neuen, bis dahin unbekanntem Pilz zu züchten, welchen er als den Erreger der Tumoren bei seinem Patienten erkennen konnte. Dieser neue, für den Menschen pathogene Pilz wurde nach seinem Aussehen und nach seinem Entdecker Sporotrichon Beurmanni benannt. Drei Jahre später konnte derselbe Autor in Gemeinschaft mit seinem Schüler Gougerot an weiteren 2 Fällen, die er zu beobachten Gelegenheit hatte, und an der Hand einiger ähnlicher von Dor, Schenk, Hektoen und Perrins publizierter Fälle, das von ihm vor 3 Jahren erkannte neue Krankheitsbild in ätiologischer, klinisch-pathologischer und mykologischer Hinsicht und in der Polymorphie seiner Symptome genau bestimmen. Durch diese letztere Publikation de Beurmanns auf das neue Krankheitsbild aufmerksam gemacht, häuften sich nun die Fälle von Sporotrichose so sehr, daß wir heute — also 3 Jahre später — ungefähr 80 solcher Fälle kennen. Merkwürdigerweise stammen nun alle diese Fälle aus Frankreich, zum weitaus größten Teile aus Paris selbst, während in den fachmännischen Zeitschriften anderer Länder die bis jetzt veröffentlichten Fälle zu den größten Seltenheiten gehören. Außer einigen Fällen in Amerika sind in allerletzter Zeit zwei Fälle in der Schweiz beobachtet worden, einer in

Jadassohnschen Klinik in Bern und einer in der dermatologischen Abteilung der medizinischen Klinik in Basel. Diesen Fällen sind wir nun in der Lage, folgenden interessanten Fall, den wir in der Klinik des Herrn Prof. A. Wolff zu beobachten Gelegenheit hatten, anzugliedern:

B. . . . Johann, 25 Jahre alt, Korbmacher aus Kaltenhausen bei Hagenau, Bezirk Unter-Elsaß, ließ sich am 26. April 1909 wegen Hautleidens in die Klinik aufnehmen. Patient stammt aus gesunder, halb-nomader Korbmacherfamilie. Er selbst will auch nie krank gewesen sein. Seit seinem 15. Jahre leidet er zwar an Akne mit Komedonenbildung im Gesichte, auf Brust und Rücken, hier mit starker Bildung von Pusteln und Ulzerationen, wie aus den massenhaft vorhandenen Narben zu sehen ist. Diesem Hautleiden widmete er jedoch niemals große Beachtung; es hinderte ihn auch nicht, zwei Jahre bei der Infanterie zu dienen. Seit ungefähr 6 Monaten merkt aber Patient, daß die Ulzerationen an Zahl und Größe zunehmen. Außerdem bilden sich seit dieser Zeit knotige Tumoren von Linsen- oder Haselnußgröße, teils hart, teils weich, die letzteren öfters ulzeriert und Fistelgänge bildend. Auch werden Körperregionen ergriffen, die bisher frei von Ulzerationen waren, so die Arme, die Beine, der Bauch, die Sakralgegend. Dieser Zustand ängstigte den Patienten und bewog ihn, die Hilfe der Klinik aufzusuchen.

Wir haben einen 25jährigen, über Normalgröße hinaus schlank gewachsenen Mann vor uns. Muskulatur und Knochenbau, ohne besonders kräftig zu sein, doch normal gut entwickelt. Innere Organe ergeben normale Verhältnisse. Niemals Fieber. Urin enthält weder Eiweiß noch Zucker. Nirgends geschwollene Drüsen. Im Gesichte, auf der Stirn und auf den Wangen, besonders aber auf der Brust und auf dem Rücken sind zahlreiche Komedonen mit Aknepusteln. Daneben befinden sich, besonders am ganzen Rumpfe, zahlreiche Narben von abgeheilten Ulzerationen herrührend. Neben diesen Narben, jedoch weniger zahlreich, befinden sich noch floride Ulzerationen mit mehr oder weniger infiltriertem, unregelmäßig zerrissenem Rande mit eitrig belegtem Grunde. Wenn man den Rücken unseres Patienten vor sich hat, so wird man lebhaft an das Bild erinnert, welches Kaposi in seinem Handatlas als Fall von *Acne cachecticorum* veröffentlicht hat. Außer diesen Narben und Ulzerationen befinden sich nun hauptsächlich auf dem Rücken längs der Wirbelsäule, auf der Sakralgegend, am Halse mehrere knotige, tumorähnliche Gebilde von Linsen- und Haselnußgröße. Dieselben sind auf Druck nicht schmerzhaft. Einzelne dieser Knoten sind noch mit einfacher, mehr oder wenig bläulicher Haut überzogen und sind entweder hart, knotig oder auch schon leicht fluktuierend. Andere sind bereits aufgebrochen und es entleert sich aus ihnen ein dickflüssiger, zäher, rötlich-gelber Eiter. Zwei solcher besonders großer Knoten mit

Fistelgängen von 2—3 cm Tiefe sitzen je einer am Halse und auf dem Os sacrum.

Sind nun diese tumorartigen Bildungen, die sich erst in den letzten 6 Monaten gebildet haben, allein auf das Konto der bei unserem Patienten seit 10 Jahren bestehenden Aknitis zu setzen? Ist vielmehr nicht noch eine andere Erkrankung hinzugetreten, zu der ev. die Akne mit ihren Pusteln und Ulzerationen als Eingangspforte gedient hat? Zu dieser letzteren Annahme wurden wir noch durch den Umstand bestärkt, daß sich bei dem Patienten subkutane linsen- bis haselnußgroße, schmerzlose Knoten fühlen ließen, die durch absolut kein sichtbares Zeichen zu erkennen waren. Einer dieser subkutanen Tumoren, linsengroß, saß mitten auf der Stirn, zwei etwas größere unter der Haut des rechten Oberarmes, zwei in der epigastrischen Gegend und je einer auf dem rechten Glutaeus und am rechten Oberschenkel. Patient glaubt beobachtet zu haben, daß die ulzerierten Knoten mit Bildung solcher subkutaner Knoten, die dann allmählich nach der Oberfläche zu wachsen und ausbrechen, zu beginnen pflegen. Besonders dieser letztere Umstand erinnerte uns sofort an die Fälle von Sporotrichose, die wir in Paris zu sehen Gelegenheit hatten. Syphilis und Tuberkulose, woran man nach dem Krankheitsbilde auch denken mußte, konnten wir nach genauer anamnestischer, klinisch-pathologischer und bakteriell-serologischer Untersuchung ausschließen. Dagegen gelang es uns, aus dem Eiter von aufgestochenen Knoten einen Pilz zu züchten, der nach seinem Aussehen und in kultureller Hinsicht identisch zu sein scheint mit dem Sporotrichon Beurmanni. Unser Pilz entwickelt sich bei Zimmertemperatur auf alle unsere gewöhnlichen Nährböden, am üppigsten allerdings auf peptonisierten Maltoseagar, in der Zusammensetzung des bekannten Sabouraudschen Nährbodens. Nach 8—10 Tagen sieht man kleine weißliche Kolonien, die mit einem dünnen Flaume bedeckt sind, auftreten. Dieselben wachsen ziemlich rasch und werden nach 14 Tagen bis 3 Wochen im Zentrum schwarz. Mikroskopisch sieht man schmale Myzelien, auf denen die kurz gestielten Sporen aufsitzen, Pilze und Kulturen sahen ganz ähnlich den Pilzen und Kulturen, die wir in Paris gesehen haben.

Die mikroskopische Untersuchung von Gewebstückchen, die in lebenswürdiger Weise von Herrn Dr. Tilp, erster Assistent am hiesigen pathologischen Institute, gemacht wurde, ergab überall in der Hauptsache das Bild einer chronischen Entzündung. Besonders in den tieferen Schichten der Kutis sind Herde von Entzündung, bestehend aus Granulationsgewebe mit einzelnen Riesenzellen und Infiltration mit polynukleären Leukozyten. Pilze wurden keine in den Geweben gefunden.

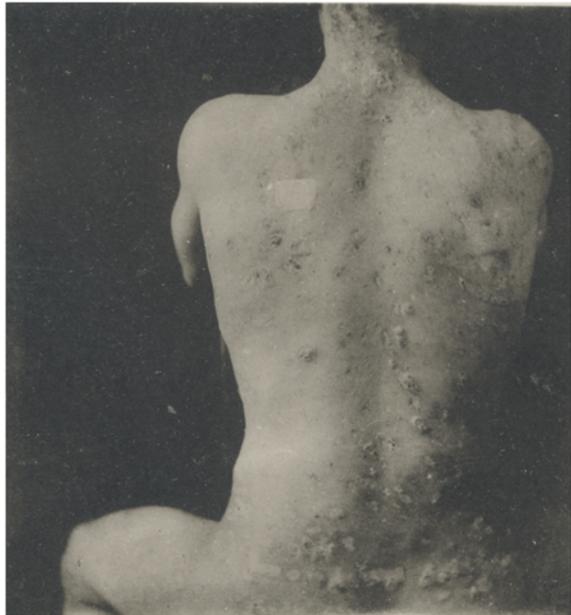
Als Therapie wandten wir Jodkali an, ein Mittel, welches sich auch bei anderen mykotischen Erkrankungen, wie z. B. die Aktinomykose, bestens bewährt hat und hatten sehr gute Erfolge damit. Patient bekam durchschnittlich 4 Gramm täglich einzunehmen und nach 4 Wochen war sein Zustand so sehr gebessert, daß er entlassen werden konnte. Die subkutanen Knoten waren nicht mehr zu fühlen, also vollständig resorbiert und die übrigen ulzerierten Tumoren und Ulzerationen waren fast ganz vernarbt. Patient hatte außerdem, um die Reinigung der Geschwüre zu unterstützen, einige Sublimatbäder erhalten. Als er am 21. Mai unsere Klinik verließ, empfahlen wir ihm, weiter Jodkali innerlich zu nehmen, bis zur vollständigen Heilung und sich in einigen Wochen gelegentlich wieder einmal bei uns vorzustellen. Wir haben ihn jedoch seit seiner Entlassung nicht wieder zu sehen bekommen. Wahrscheinlich ist derselbe in kurzer Zeit vollständig geheilt gewesen und hielt er es daher nicht mehr der Mühe wert, nach Straßburg zu kommen. Es ist nun anzunehmen, daß unser Patient sich auf einer seiner zahlreichen Wanderungen, die er zur Ausübung seines Geschäftes durch das Land unternimmt und wobei er öfters in Scheunen oder bei günstigem Wetter auch auf dem Felde übernachtet, angesteckt hat, was ja sehr leicht möglich wäre, da ja der Pilz saprophytisch auf Pflanzen vorkommt, wie der bekannte Fall von Gaucher gezeigt hat, wo ein Gemüsehändler sich an der Stirn infiziert hatte, genau an der Stelle, wo der Rand seiner Mütze, die er öfters auf das Gemüse zu legen die Gewohnheit hatte, aufsaß.

Zum Schluß möchten wir noch eines Falles Erwähnung tun, der uns von Kollege Dr. Eisenzimmer, früher Assistent

der Klinik, jetzt Spezialarzt in Mülhausen i. Els., zugeschickt wurde. Es handelte sich um einen 66jährigen Ackerer aus Zillisheim, Bezirk Ober-Elsaß, der sehr charakteristisch das klinische Bild einer kutanen, gummösen Sporotrichose aufwies. Auch stimmte die pathologisch-mikroskopische Untersuchung eines Tumors, sowie der ganze Krankheitsverlauf — der Kranke heilte vollständig unter innerlicher Darreichung von Jodkali — mit unserer mykotischen Erkrankung überein. Dr. Eisenzimmer, der kurz vorher ebenfalls Fälle von Sporotrichose in Paris gesehen hatte, schickte ihn zu uns mit dem Hinweise, daß es sich ev. um eine solche Erkrankung handeln könnte. Trotz häufigen Suchens konnten wir jedoch niemals Pilze finden; Patient hatte allerdings schon während 14 Tage, bevor er zu uns kam, Jodkali eingenommen. So können wir also diesen Fall nicht mit absoluter Sicherheit als Fall von Sporotrichose beanspruchen.

Das ist alles, was wir von Sporotrichose im Verlaufe eines Jahres an der Klinik des Herrn Prof. Wolff bei einem ziemlich großen Materiale — ungefähr 5000 Fälle jährlich — haben finden können. Demnach scheint diese Mykose, jedenfalls als Dermatomykose, in unserer Gegend nicht allzu häufig vorzukommen.

**Die Erklärung der Abbildungen auf Taf. VI ist dem
Texte zu entnehmen.**



Hügel : Ein Fall von Sporotrichose.