

LEHRBUCH DER GESCHLECHTSKRANKHEITEN

VON

DR. PAUL MULZER

ORD. PROFESSOR UND DIREKTOR DER UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR HAUT- UND
GESCHLECHTSKRANKHEITEN IN HAMBURG

Dritte, umgearbeitete Auflage

MIT 178 TEXTABBILDUNGEN
UND 6 FARBIGEN TAFELN



1 · 9 · 2 · 9

VERLAG VON FERDINAND ENKE IN STUTTGART

Gonorrhöische Erkrankungen der Haut.

Durch Gonokokken hervorgerufene Erkrankungen der Haut werden im allgemeinen ebenfalls recht selten beobachtet.

Es ist nicht leicht, Affektionen der Haut als gonorrhöische sicherzustellen, da der mikroskopische Nachweis gramnegativer Diplokokken im Sekrete derselben hierzu allein nicht genügt. Auch bei anderen, bestimmt nicht gonorrhöischen Hautaffektionen, z. B. in Pemphigusblasen, finden sich nach unserer eigenen Beobachtung gramnegative und intrazelluläre Diplokokken, die sich morphologisch in nichts von den Gonokokken unterscheiden. Die Gonokokken müssen zum mindesten auch im Schnitt nachzuweisen sein und möglichst auch kulturell als solche festgestellt werden. Da dies nicht in allen als gonorrhöische Erkrankungen der Haut mitgeteilten Fällen geschehen ist, muß man diesbezüglich oft skeptisch sein. Bei Exanthemen muß man auch daran denken, daß diese eventuell durch das zur Behandlung verwendete Medikament, insbesondere durch Balsamika, hervorgerufen werden können.

Buschke teilt die gonorrhöischen Erkrankungen der Haut in zwei Hauptgruppen ein, nämlich in lokale Erkrankungen, wie *Follikulitiden, Ulzerationen und Abszesse*, die hauptsächlich in der Genito-Analgegend angetroffen werden und meist durch direkte Einwanderung der Gonokokken entstehen, und in allgemeine Exantheme, die über den ganzen Körper mehr oder weniger ausgedehnt sind und in erster Linie durch eine Verbreitung der Gonokokken selbst oder ihrer Toxine im Körper hervorgerufen werden.

Zu den ersteren gehören die mehrfach in der Umgebung der Geschlechtsteile und des Afters unterhalb des Nabels und an den Oberschenkeln beobachteten *Follikulitiden, kleine stark gerötete follikuläre Papeln oder Knötchen mit zentraler Einschmelzung*, und die von Klingmüller und Stämpke beschriebenen *hahnenkamartigen Wucherungen mit oberflächlicher Erosion und leichter Geschwürsbildung*. Hinsichtlich der **gonorrhöischen Ulzerationen und Erosionen** unterscheidet Langer zwischen *primären Ulzerationen*, die wahrscheinlich durch das Eindringen der Gonokokken von der Oberfläche her

entstanden sind, und *sekundären*, die sich an perforierte, tiefe gonorrhoeische Abszesse und Pseudoabszesse anschließen. Zu letzteren gehören die von Nivet beschriebenen *sekundären Ulkusbildungen im Verlauf einer Bartholinitis*. Der Prototyp dieser Erkrankung ist das *Ulcus serpiginosum gonorrhoeicum*, welches sich nach Langer als ein Ulkus von 5—10-Markstückgröße darstellt, das einzeln, aber auch multipel auftreten kann. Die Geschwüre stehen dann nebeneinander, können aber auch konfluieren. Sie können scharfrandig sein, „meist weisen sie eine Unterminierung der Ränder auf und schreiten rasch serpiginos in die Umgebung weiter, um plötzlich an einer entfernt liegenden Stelle erneut an die Oberfläche zu perforieren. Auffallend ist *die große Schmerzhaftigkeit des Ulkus bei Berührung und seine ausgesprochene Neigung zu Blutungen*. Das Geschwür als solches ist im allgemeinen wenig induriert und schmierig-nekrotisch belegt. In diesem Belag lassen sich Gonokokken in Reinkultur nachweisen.“

Über einen sehr interessanten einschlägigen Fall berichtete Montpellier vor einiger Zeit. Ein 20jähriger Patient hatte eine akute gonorrhoeische Urethritis dadurch akquiriert, daß er den Coitus intra anillam bei einer Puella publica vorgenommen hatte. Die Genitalorgane dieser Frau waren gesund. Unter den Hängebrüsten sowie in beiden Achselhöhlen zeigte sie aber ziemlich scharf begrenzte, erythematös-verfärbte und leicht juckende Herde von ekzematö-psoriasiformem Aussehen, die angeblich schon seit 5—6 Jahren bestanden. Während diese sonst aber stets trocken gewesen seien, habe sie seit ca. 6 Wochen in der rechten Achselhöhle Nassen gezeigt. Im Sekrete, das von diesen nässenden Stellen entnommen worden war, fanden sich sowohl morphologisch wie funktionell Gonokokken. Montpellier ist der Ansicht, daß es sich hier um einen neuen *intertriginösen Typus einer gonorrhoeischen Hauterkrankung* handelte, der dadurch zustande kam, daß Gonokokken zufällig von einem andern (genitalen) Krankheitsherd irgendwie in die Achselhöhle verschleppt worden seien und hier weiterwucherten.

Zu den *gonorrhoeischen Abszessen* dürfen nur jene Abszesse gerechnet werden, die entweder *durch Kontaktinfektion oder auf metastatischem Wege* entstanden sind.

Zu den ersteren gehört eine Beobachtung von Gottstein, nach der sich bei einer 20jährigen Virgo, die vergewaltigt worden war, ohne daß eine Inmissio penis stattfand, ein *peripröktischer Abszeß* mit massenhaften Gonokokken verband.

Buschke teilt zwei einschlägige Fälle mit von *gonorrhoeischer Abszeßbildung bzw. Parovarium am Finger*, die Mirabeau und Meyer beschrieben. Pugh sah einen *Abszeß in der Gegend der linken Brust*, der durch den Coitus inter mammas hervorgerufen worden war. Über *gonorrhoeische Wundinfektionen* im Anschluß an Operationen von Gonorrhoeikern berichten Galliel und Toussaint. Lemierre erwähnt einen von Busquet und Bichelonne veröffentlichten Fall eines *gonorrhoeischen Abszesses an der Wade*, der möglicherweise durch direktes Eindringen der Gonokokken von außen in die Haut entstanden ist. Auch einen von Hallopeau beschriebenen Fall von *primärer gonorrhoeischer Abszeßbildung am Präputium* eines Patienten, der selbst keine Gonorrhoe hatte, erwähnt er.

Auf *metastatischem Wege* entstandene gonorrhöische Abszesse sind zum ersten Male von Sahli und in der Folgezeit mehrfach beschrieben worden. Nach Langer handelt es sich dabei „um erbsen- bis pfennigstück- und aprikosengroße, einzeln und multipel im subkutanen Gewebe liegende Herde, die scharf abgegrenzt sind, eine entzündliche Umgebung aufweisen, diffus gerötet und schmerzhaft sind, einschmelzen, dann oft weitreichende Taschenbildungen und Fistelgänge aufweisen. In fast allen beschriebenen Fällen ist der Sitz der Abszesse an den Extremitäten.“

Gonorrhöische Exantheme.

Die allgemeinen gonorrhöischen Hauterkrankungen präzentieren sich klinisch in der Form von mehr oder weniger ausgebreiteten, außerordentlich mannigfachen Exanthenen. Nach Buschke findet man bei diesen Erkrankungen einfache Erytheme, Papeln, tiefere, dem Erythema nodosum ähnliche Infiltrate, Blasenbildung, Blutungen und übermäßige Verhornungen, und zwar Keratosen, Parakeratosen und Hyperkeratosen, letztere besonders an den Fußsohlen und Zehen.

Meist ist das Auftreten dieser Exantheme *mit mehr oder weniger hohem Fieber verbunden*; sie sind von wechselnder Dauer, entweder *flüchtig* oder *wochen-, ja monatelang anhaltend*. Gewöhnlich *erscheinen sie im frischen Stadium einer Gonorrhöe* und *fast stets bei einer gleichzeitig bestehenden metastatisch-gonorrhöischen Erkrankung*.

Therapeutisch ist bei allen gonorrhöischen Hauterkrankungen neben der symptomatischen Behandlung *Gonokokkenvakzine* anzuwenden.

Spitze Kondylome (Condylomata acuminata).

Die *spitzen Kondylome*, volkstümlich „Feig-“ oder „Feuchtwarzen“ genannt, sind *kleinere und größere blaßrote papillomatöse Gebilde, die hauptsächlich auf der Haut und der Schleimhaut der Geschlechtsorgane und ihrer nächsten Umgebung auftreten*. Am häufigsten sieht man sie als Begleiterscheinungen der venerischen Erkrankungen, und zwar insbesondere des Trippers, weshalb sie auch anhangsweise an dieser Stelle besprochen werden sollen.

In ihrem *Beginn* stellen die spitzen Kondylome *kleine, stecknadelkopfgroße, rötliche, warzen- oder kegelförmige*, manchmal aber *auch ganz blasse, glatte, flachgewölbte* (Judassohn) *Erhabenheiten* dar, welche an einer oder an mehreren Stellen auf normaler, mitunter mazerierter oder irritierter Haut oder Schleimhaut auftreten. *Sehr frühzeitig* finden sich an vielen dieser Gebilde *schon seitliche Verzweigungen*, so daß sie wie kleinste Maulwurfstatten (Davier) aussehen. Durch zapfenartiges Auswachsen und weitere Verzweigungen sowie durch enges Nebeneinandertreten und Vereinigung einzelner Efilorenzenzen kommt es dann zu *bohnen- bis faustgroßen und größeren geschwulstähnlichen Gebilden*. An freien Stellen, an denen sie unbehindert wachsen können, sind diese mehr abgerundet, während sie an Stellen, an denen sie einem ständigen Druck ausgesetzt sind, so im Sulcus coronarius, in der Analfalte, in den Labio- oder Skrotofemoralfalten, eine längliche, hahnenkammförmige Gestalt („Crêtes de coq“) annehmen.

Die *himbeer- oder blumenkohlartig aussehende Oberfläche* der Kondylome wird gewöhnlich *bald erodiert und mazeriert*. Das Sekret sammelt sich mit Fett- und Epithelmassen in den Taschen zwischen den einzelnen Erhebungen an, zersetzt

sich und verbreitet einen *widerlichen Geruch*. In vernachlässigten Fällen kommt es nicht selten zu stärkeren entzündlichen Erscheinungen, die *oft Zerfall und teilweise Gangrän der Geschwulstmassen* nach sich ziehen.

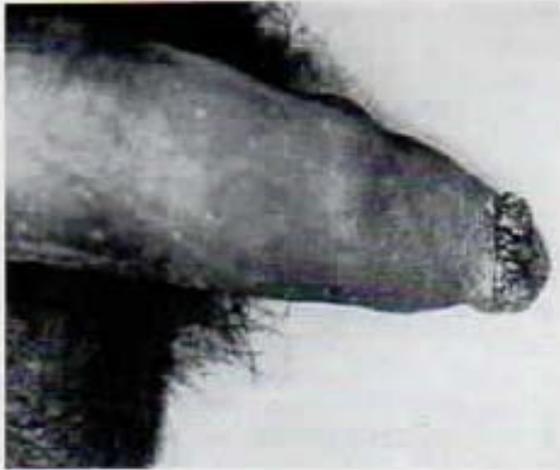


Abb. 42. Spitze Kondylome am Orificium urethrae, aus der phimotischen Vorhaut hervorwachsend.

In solchen Fällen werden dann natürlich auch stärkere Beschwerden auftreten; an sich sind die spitzen Kondylome zwar lästig, aber vollkommen *schmerzlos*.

Die spitzen Kondylome finden sich beim *Mann* am häufigsten auf dem inneren Blatte des Präputiums, im Sulcus coronarius und an der Corona glandis, sowie am und im Meatus. Bei bestehender Phimose sieht man mitunter die Geschwulstmassen aus der Öffnung der Vorhaut herauswachsen (Abb. 42).

Bei der *Frau* sitzen sie mit Vorliebe an den kleinen und großen

Labien, an der Schleimhaut des Scheideneingangs und auch tiefer in der Vagina sowie an und im Orificium urethrae (Abb. 43). Bei schwangeren Frauen findet man *oft weit über kindskopfgroße Geschwülste* in der Genitalgegend, die nicht selten eine schwere Komplikation für die spätere Geburt darstellen. Klingmüller mußte in einem solchen Fall die Sectio caesarea vornehmen lassen, da die operative Entfernung der Geschwulstmassen ohne Gefahr für die Mutter vor der Entbindung nicht möglich war.



Abb. 43. Spitze Kondylome an der Vulva eines jungen gonorrhoeischen Mädchens.

Bei *beiden Geschlechtern* treten spitze Kondylome am After und in seiner nächsten Umgebung, sowie an der Innenseite der Oberschenkel und in den Schenkelbeugen auf. Ganz ausnahmsweise findet man sie auch in den Achselhöhlen und am Nabel.

Histo-pathologisch sind die spitzen Kondylome gekennzeichnet durch *Akanthose*, *Spungiose* und *Parakeratose* einerseits und *Hypertrophie der Papillen* sowie *Blut- und Lymphgefäß-erweiterung* andererseits. Es ist noch nicht entschieden, ob die Akanthose, die sich speziell auf die Zellen des Stratum spinosum erstreckt, in dem man überall zahlreiche Mitosen sowie viel Glykogen (Jadassohn, Jordan) findet, das Primäre ist und die Papillen nur sekundär ausgezogen sind, oder ob die Papillen primär hypertrophieren. Nach Kyrle ist ersteres der Fall; der Prozeß beginnt seiner Ansicht nach zweifellos im Epithel. Durch die in das Bindegewebe vordringende Epithelproliferation wird auf dieses ein Reiz ausgeübt, der sich auch hier wieder in Wucherungsvorgängen äußert. Diese enorme Hypertrophie der Papillen und ihre über dem Hautniveau erfolgende starke Verzweigung sind für das Aussehen des spitzen Kondyloms charakteristisch und bedingen seine *Stielbildung*. Kyrle macht noch besonders darauf aufmerksam, daß spitze Kondylome *niemals Hyperkeratosen* aufweisen. Bildungen von ähnlichem Typus, die diese zeigen, sind den Papillomen zuzurechnen.

Bezüglich der *Ätiologie* ist zunächst zu sagen, daß die spitzen Kondylome *durchaus nicht*, wie man früher annahm, *nur in Gefolge einer Gonorrhöe* auftreten. Sie entstehen, wie gesagt, unter Einwirkung irgendwelcher Reize, also auch bei einfachen katarrhalischen Entzündungen, insbesondere bei Schwangerschaft, bei Balanitis, Ekzem, Pruritus ani bei Kindern u. a. mehr. Nach Lexer sind sie deshalb nicht als eigentliche Tumoren aufzufassen, sondern als *hyperplastische Bildungen* von papillomartigen Bau. Man nimmt an, daß die spitzen Kondylome *ansteckend und autoinokulabel* sind, ohne bisher sichere Beweise dafür zu haben. Ob sie, wie Scherber u. a. glauben, durch ein eigenes Virus hervorgerufen werden, das mit dem der vulgären Warzen identisch ist, scheint doch noch recht fraglich zu sein. Die auch im Gewebe nachweisbaren dickeren und feineren *Spirochäten* spielen *ätiologisch keine Rolle*.

Die *Diagnose* der spitzen Kondylome ist *gewöhnlich sehr leicht* zu stellen.

Differentialdiagnostisch unterscheiden sie sich von den *syphtitischen breiten Kondylomen (Condylomata lata)*, die mitunter auch einen papillomatösen Charakter annehmen können, dadurch, daß diese auf einem breiten einheitlichen Infiltrat aufsitzen, während man *bei den spitzen Kondylomen stets, auch bei größeren Geschwulstmassen, ihre Zusammensetzung aus einzelnen kleineren Gebilden erkennen kann*. Löhe macht darauf aufmerksam, daß man deshalb auch bei einem großen Papillom stets eine feine Sonde zwischen den einzelnen Effloreszenzen bis zur Haut hin und her führen kann, was bei einem Condyloma latum unmöglich ist. Hier findet man außerdem immer noch typische Papeln, die kein papillomatöses Aussehen zeigen, während beim spitzen Kondylom schon die jüngsten Effloreszenzen das charakteristische gekörnte oder papilliforme Oberflächenrelief zeigen. Der Spirochätenbefund sowie konkomittierende Erscheinungen werden die Diagnose weiter klären.

Dem *papillomatösen Hautkarzinom* gegenüber kommt vor allem die rasche Entwicklung der nicht aus einer breiten, infiltrierten Basis aufsitzenden kondylomatösen Massen, die fehlende Randverdickung und das gleichzeitige Vorhandensein spitzer Kondylome an verschiedenen anderen Stellen in Betracht.

Die *Prognose* der spitzen Kondylome ist *stets günstig*, doch ist zu beachten, daß sie *sehr leicht rezidivieren*, wenn die Ursache ihrer Entstehung (Ausflüsse, Unsauberkeit, zu enge Vorhaut) nicht beseitigt wird.

Die *Therapie* hat diese *Beseitigung der ursächlichen Momente* in erster Linie anzustreben. Bei *kleineren Kondylo-*
men geht man am besten in der Weise vor, daß man sie entweder 2mal täglich mit *Liquor ferrisessigchlorati* oder mit *Trichloressigsäure* betupft oder mit einer Mischung von *Summitates Sabinæ* und *Resorcin. pulverisatum* zu gleichen Teilen pudert. Wenn man dieses Pulver, das nur ein leichtes Brennen verursacht, kurze Zeit täglich eingestreut hat, fallen in der Regel die kleinen Papillome ab. Der restierende Ättschorf wird durch Borsalbenverbände meist schnell zur Heilung gebracht. *Mittel-*
große Papillome trägt man nach vorheriger *Vereisung* mit einem *Scherenschlag* ab und *verschorft den Grund* mit *Trichloressigsäure* oder mit dem *Lapisstift*. Auch mittels des *Pacquetin* oder der *Kaltkaustik* lassen sich die spitzen Kondylome leicht entfernen. *Größere Gebilde* werden *eben-*
falls mittels der Schere, am besten in Allgemein-
narkose, entfernt; der Grund wird gründlich kauteri-
siert. Die manchmal sehr starke Blutung steht dann auch meistens. Unter Umständen muß man Umstechungen anlegen. Oft sind zu gründlicher Entfernung, die allein ein Rezidivieren der nicht selten hartnäckigen Erkrankung verhindert, mehrere Sitzungen notwendig. Erwähnen möchten wir noch, daß es uns wiederholt gelungen ist, selbst zahlreich vorhandene kleinere Kondylome durch *interne Dar-*
reichung von Magnesia usta (3—4mal täglich einen Kaffeelöffel voll) restlos zum Schwinden zu bringen. Auch die *Röntgen-*
therapie ist erfolgreich.