

Dermatologische Wochenschrift

VERLAG VON LEOPOLD VOSS IN LEIPZIG

Wöchentlich erscheint eine Nummer. 26 Nummern bilden einen Band. Preis pro Quartal RM. 17.—
zuzüglich Porto für Inland RM. 1.25, für Ausland RM. 1.50

Adresse der Redaktion: Für Originalabhandlungen: Prof. Dr. B. Spiethoff, Leipzig

Bd. 104, Nr. 24

12. Juni 1937

Sonder-Abdruck

Aus der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten der kgl. ung. Franz-Joseph-Universität in Szeged, Ungarn. (Direktor: Prof. Dr. N. MELCZER)

Über die Verbreitung des Lymphogranuloma inguinale in Ungarn

Von

N. MELCZER

Mit 1 Abbildung

Das Vorkommen des Lymphogranuloms in Ungarn ist verhältnismäßig selten. Als erster berichtete MELUZSIN 1929 über 5 Fälle, von denen der eine, obwohl dieser weder biologisch mit der FREI-Probe, noch histologisch geprüft wurde, aller Wahrscheinlichkeit nach in der Tat Lymphogranulom war. Der Kranke erwarb nämlich die Krankheit in der infizierten Türkei. 1932 veröffentlichte AURELIE GAÁL einen aus Siebenbürgen eingeschleppten Fall, welcher sich histologisch als Lymphogranuloma erwies. Zu gleicher Zeit beobachtete ich meinen ersten, aus Frankreich eingeschleppten Fall. Demnach, im Jänner 1934 stellte NEBENFÜHRER in der Ungarischen Dermatologischen Gesellschaft einen nicht charakteristischen Fall, die sogenannte reine Hautform der Franzosen, vor. Der 43jährige Kranke schrieb seine Krankheit noch dem Weltkrieg zu, als er an der Hüftengegend eine Granatverletzung erlitt. Die Wunde, welche 1932 bereits zu eitern begann, heilte seitdem nicht, und der Zustand des Kranken verschlimmerte sich. Bei der Vorstellung war nebst vergrößerten Lymphknoten in der Leisten-
gegend an der rechten Hinterbacke ein faustgroßes, an der linken ein kleineres, hartes, rotbraunes, durch mehrere Fisteln sich entleerendes Infiltrat mit um den After herum einziehenden Narben zu sehen. Der Kranke gab die FREI-Probe mit seinem eigenen Eiter.

Den ersten in Ungarn einheimischen Fall stellte ich Ende 1934 in der Ungarischen Dermatologischen Gesellschaft vor. Bei der 26jährigen Patientin war nebst rechtsseitigem, inguinalem Bubo die Elephantiasis genito-anorectalis vorhanden. Die FREI-Probe zeigte sich bei dieser nach einigen Monaten gestorbenen Kranken, deren Fall ausführlich aufgearbeitet wurde, stark positiv.

Im April 1935 stellte PROBSTNER einen Fall von Elephantiasis genitalis vor, welcher sich mit aus meinem Falle stammenden Human-Antigen als FREI-positiv erwies. Um diese Zeit suchte HOFHAUSER aus dem 10 Jahre umfassenden Krankenmaterial der Budapester II. Chirurgischen Klinik jene Kranken, die mit genitaler Elephantiasis und wegen entzündlicher Rektumstriktur zur Operation gelangten, heraus. In der Periode von 1925—1935 fand er unter den Kranken 10 solche Frauen und 5 Männer. Von ihnen hatten entzündliche Rektumstriktur 9 Frauen und 4 Männer. Zu der Kontrollprüfung kamen nur 1 Mann und 1 Frau. Bei beiden war die FREI-Probe stark positiv.

Er hatte noch einen dritten Kranken, einen Mann von italienischer Herkunft, der sich mit frischer Infektion meldete. Die Mitteilung gibt leider keinen Aufschluß darüber, ob die Infektion in Ungarn oder im Auslande erfolgte. Das von ZALKA aufgearbeitete Lymphknotenmaterial erwies sich histologisch als Lymphogranulom, während die an Meerschweinchen vorgenommenen Impfungen erfolglos blieben.

Ende 1935 stellte PREININGER in der Ungarischen Dermatologischen Gesellschaft eine Frau vor, bei der sowohl histologisch als biologisch durch die FREI-Probe das Lymphogranulom festgestellt wurde. Die mit Eiter geimpften Tiere PREININGERS gingen aber vor der Entwicklung der Infektion ein.

Im August 1935 beobachtete ich meinen 3. Fall, wo die lymphogranulomatöse Infektion sich in der Form von Urethritis non blennorrhöica, Typus WAELSCH und einer chronischen Nebenhodenentzündung äußerte. Obwohl diese Form des Lymphogranuloms noch sehr bestritten ist, entsprach mein Fall zweifelsohne dieser Krankheit, da der sich später entwickelnde charakteristische Bubo in der rechten Leistengegend biologisch die FREI-Probe und experimentell die positiven Tierimpfungen mit der Punktionsflüssigkeit des Nebenhodens ein Lymphogranulom erwiesen.

Mein 4. Fall erwarb die Infektion in Székesfehérvár, der 5. nach eigener Aussage in Pécs, der 6. in Barcs. In meinem 7. und 8. Falle konnte der Ort der Infektion wegen der großen Promiskuität nicht ermittelt werden; das Lymphogranulom war bei diesen beiden Kranken durch die positiven Ergebnisse aller Untersuchungen sichergestellt.

In Budapest kamen noch mehrere sowohl biologisch als histologisch geprüfte Fälle vor. Auf Grund von mündlicher Mitteilung ist es mir bekannt, daß in der III. Chirurgischen Klinik GÖMÖRI 2 Frühfälle beobachtet hat. Vor einigen Monaten berichtete GIDRÓ über 3 in Budapest beobachtete Fälle, von denen zwei mit entzündlicher Rektumstriktur und einer mit lymphogranulomatösem Bubo unter Beobachtung gelangte.

In den besetzten Gebieten von Ungarn kam in Burgenland ein eingeschleppter Fall vor (GEIGER). Der Kranke erwarb die Infektion in Wien. Meines Wissens kam kein aus Nordungarn eingeschleppter Fall unter den mitgeteilten Fällen vor.

Eine ganz besondere Stellung nehmen Siebenbürgen und Kroatien ein. Nach der Mitteilung von VERESS (1933) sah er bereits zu Anfang des Jahrhunderts in Kolozsvár in jedem 2.—3. Jahr je einen Fall, den er für eine tuberkulöse Lymphknotenerkrankung hielt. Viele Jahre hindurch und auch während des Weltkriegs sah er keinen Kranken, der —

selbst nachträglich — den Verdacht des Lymphogranuloms erregt hätte. Doch in den letzten 3—4 Jahren sprang in Kolozsvár die Zahl solcher Kranken rapid hinauf. CIMOCA fand im Material der Kolozsvärer Dermatologischen Klinik seit 1927 4—8 Fälle im Laufe je eines Jahres. 1930 stieg die Zahl der sich meldenden Kranken auf 13, 1931 auf 22. MITREA sammelte im Krankenmaterial der Kolozsvärer chirurgischen Klinik 34, in dem der Medizinischen Klinik 22 Fälle. Nach VERESS erhöhte sich auch in der Privatpraxis die Zahl der lymphogranulomatösen Kranken, und wenn man das Material unbekannter Größe der verschiedenen Krankenkassen und Ambulatorien hinzurechnet, so kann man die Zahl der in den letzten 5 Jahren in Kolozsvár vorgekommenen Fälle auf 150 schätzen. Übrigens wurde 1934 von GUZNER ein lymphogranulomatöser Fall aus Kolozsvár veröffentlicht.

In der Zagreber dermato-venerologischen Sektion wurden nach den uns zur Verfügung stehenden mangelhaften Schrifttumsangaben 1931 3, 1932 1, 1934 15, 1935 18, 1936 3, insgesamt etwa 40 Fälle von KOGOJ, BOSNJAKOVIĆ, SCHWARZWALD, FRANKOVIĆ, GAZZARI, PIUKOVIĆ, VEVERN, FARKAS und MÜLLER vorgestellt. Von diesen waren 4 elefantiasisch. BOSNJAKOVIĆ erwähnte in einer Aussprache, daß unlängst eine kleinere Epidemie sich in Osijek abspielte, und in der Zagreber dermato-venerologischen Klinik bisher 10 Frauen mit Elephantiasis beobachtet wurden.

In Fiume, das vor dem Kriege öffentlich-rechtlich auch Ungarn angegliedert war, kamen 3 Fälle vor (siehe FREUND, RAVALICO).

Die Verbreitung der Krankheit in Kroatien interessierte uns schon aus dem Grunde, weil bis September 1936 im angrenzenden Südungarn das Lymphogranuloma inguinale nicht beobachtet wurde. Obwohl nach dem Kriege der Verkehr zwischen Südungarn und Jugoslawien außerordentlich abnahm, schien es doch sehr unwahrscheinlich, daß die Krankheit in den angrenzenden südlichen Teil von Ungarn nicht eingeschleppt wurde.

Besonders auffallend war das anscheinende Verschontbleiben von Szeged und Umgebung. Nach dem Zusammenbruch garnisonierten nämlich in Szeged auch französische Kolonialtruppen, und es ist bekannt, daß die Krankheit in den französischen Kolonien verbreitet ist.

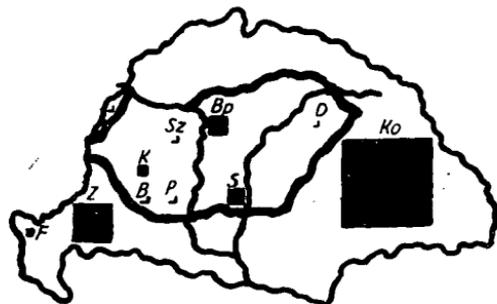


Abb. 1. Die regionäre Verbreitung und die Zahl der mitgeteilten Lymphogranuloma ing.-Fällen im heutigen Ungarn und dessen besetzten Gebieten. Bp Budapest 11, S Szeged 10, K Kaposvár 1, P Pécs 1, B Barcs 1, Sz Székesfehérvár 1, Ko Kolozsvár 150, Z Zagreb 40, F Fiume 3, Westungarn 1

Nachdem die Leitung der Szegeder Universitätsklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten im September 1936 mir anvertraut wurde, beobachtete ich bis Ende Februar 1937 Lymphogranulom in 10 Fällen, also in einer Anzahl, die den ungarischen Verhältnissen gemäß zu hoch zu sein scheint.

Es ist sehr interessant, daß das klinische Bild der Fälle von der Umgebung von Szeged stark von dem meiner transdanubischen Fälle abwich. Die transda-

nubischen Fälle zeigten mehr oder weniger ausgeprägt die charakteristische subakute Form des Lymphogranuloms. Trotz der verschiedenen Behandlungen führte die Entzündung der Leistenlymphknoten unaufhaltsam zu der reihenweisen Erweichung und zum Durchbruch der einzelnen Knoten. Die hochgradige Infektionsfähigkeit wurde auch durch den Umstand bewiesen, daß die Tierimpfungen in den meisten Fällen auch bei den weniger empfänglichen Meerschweinchen und Kaninchen positiv waren. Bei meinen transdanubischen Fällen wurde der Stamm, welcher bereits als autochthon angesehen werden kann, aller Wahrscheinlichkeit nach von italienischen Tierhändlern eingeschleppt.

Die Szegeder Fälle erscheinen eher in abortiver Form. In der Mehrzahl der Fälle werden die Leistenknoten gar nicht eitrig, sondern bilden sich spontan zurück, und Allgemeinerscheinungen kommen nur sporadisch vor.

Nach meiner Erfahrung ist das Gebiet des heutigen Ungarns in viel größerem Maße infiziert, als es im allgemeinen angenommen wird. Abgesehen von Fällen mit Spätsymptomen, die in dem Krankenmaterial jeder chirurgischen und gynäkologischen Sektion hie und da vorkommen, nimmt in Ungarn die Zahl der mit Frühsymptomen sich meldenden Kranken von Jahr zu Jahr zu. Von 1929 bis 1933 waren nur 3 eingeschleppte Fälle bekannt. 1934 kam ein autochthoner und ein eingeschleppter Fall zur Beobachtung. 1935 sprang die Zahl der beobachteten Kranken auf 9, 1936 auf 16 hinauf. Besonders infolge des im Aufschwung befindlichen Fremdenverkehrs kann im folgenden Jahrzehnt in erster Linie die Durchseuchung von Budapest und der größeren Provinzstädte und dann des ganzen Landes erwartet werden.

Literatur

- ABRAMOVIĆ, Zbl., 1932, Bd. 39, S. 141; 1935, Bd. 49, S. 408. — BOSNJKOVIĆ, Zbl., 1935, Bd. 49, S. 404, 406, 407, 408, 410; Bd. 59, S. 353, 354, 355; Bd. 51, S. 325; Bd. 52, S. 321; 1936, Bd. 53, S. 370, 372. — CIMOCA, Soc. Stiintelor medic. Cluj, 1932. — FARKAS, Zbl., 1936, Bd. 53, S. 369. — FRANKOVIĆ, Zbl., 1935, Bd. 50, S. 353. — FREUND, Boll. Assoc. med. triest., 1935, Bd. 26, S. 166, 178. — GAÁL, Gyógyászat, 1932, 72, 43. — GAZZARI, Zbl., 1935, Bd. 50, S. 354, 355; 1936, Bd. 53, S. 372. — GEIGER, Dermat. Wschr., 1930, Bd. 26, S. 1354. — GIDRÖ, Orv. Hetil. (ung.), 1936, Bd. 80, S. 415. — GUZNER, Erdélyi Múzeum-Egyesület értesítő, 1934, 215. — HOFHAUSER, Orv. Hetil. (ung.), 1935, Bd. 79, S. 691—695. — KOGÓJ, Zbl., 1933, Bd. 43, S. 134. — MELCZER, Magy. Derm. Társ., 1935. Erzsébet egy. Orv. Szakoszt., 1934. Kir. Orvosegyes., 1935. Gyógyászat, 1936, Bd. 76, S. 413—437. — MELUZSIN, Gyógyászat (ung.), 1929, 69, 830. — MITREA, Soc. Stiintelor medic. Cluj, 1932. — MÜLLER, Zbl., 1936, Bd. 53, S. 373. — NEBENFÜHRER, Magy. Derm. Társ., 1935. — PIUKOVIĆ, Zbl., 1935, Bd. 51, S. 322, 324, 325; Bd. 52, S. 324. — PREININGER, Zbl., 1936, 53, 5. — PROBSTNER, Budapesti Kir. Orvosegy., 1935. — RAVALICO, Boll. Assoc. med. triest., 1935, Bd. 26, S. 179, 185. — SCHWARZWALD, Zbl., 1933, Bd. 43, S. 135, 262; 1935, Bd. 50, S. 355; Bd. 52, S. 326. — SIRETEANU, Soc. Stiintelor medic. Cluj, 1932. — VERESS, Dermat. Wschr., 1933, Bd. 96, S. 211. — VEVERN, Zbl., 1935, Bd. 51, S. 323/324.