

Aus der dermatologischen Universitätsklinik von Prof. Dr.
Jadassohn in Bern.

Über Dermatitis psoriasiformis nodularis (Pityriasis chronica lichenoides).

Von

Dr. med. **J. M. Himmel** (Kasan).

In früherer Zeit waren für die Abgrenzung neuer Krankheitsbilder so charakteristische und hochgradige Symptome maßgebend, daß ihre Schilderung und dann auch die Erkennung des gleichen Symptomenkomplexes seitens anderer Beobachter keine Schwierigkeit bot. In neuerer Zeit sind — bei zunehmender Feinheit der klinischen und histologischen Untersuchung — auch solche Dermatosen als eigene Erkrankungen bezeichnet worden, die von vornherein als weniger absonderlich imponierten. Trotzdem mußten sie als Morbi novi anerkannt werden, wenn sie eine Summe von wirklich charakteristischen Symptomen aufwiesen.

Zu diesen Krankheiten gehört auch die von Jadassohn und bald nachher von Neisser zuerst gesehene und auf dem 4. Kongreß der deutschen dermatologischen Gesellschaft demonstrierte, von dem ersteren unter dem Namen: „Dermatitis psoriasiformis nodularis“ beschriebene Affektion.

Die über dieselbe erschienene Literatur brauche ich hier nicht wiederzugeben, da sie in der Arbeit Juliusbergs zusammengestellt ist. Seither ist von Jadassohn noch ein Fall publiziert worden, so daß jetzt im ganzen 8 genaue Beobachtungen vorliegen (in zeitlicher Reihenfolge: Jadassohn 1, Neisser 1, Juliusberg 1, Rona 1, Pinkus 1, Juliusberg 2, Jadassohn 1. Dazu kommt: 1 Fall, den Juliusberg auf dem letzten Kongreß der deutschen dermatologischen Gesellschaft in Breslau kurz erwähnt hat. Bei dieser Gelegenheit haben

Spiegler und Kaposi erklärt, daß diese Krankheit auch in Wien beobachtet worden ist, und Herxheimer hat berichtet, daß er 3 Fälle derselben gesehen habe [cf. auch Kreibich (18)].

Wenn ich im folgenden einen während meines Aufenthaltes an der Berner dermatologischen Klinik zur Beobachtung gekommenen Fall publiziere, so geschieht das aus zwei Gründen: einmal weil bei einer so seltenen Krankheit jeder einzelne Fall genau beschrieben werden muß, damit durch die gemeinschaftliche Arbeit allmählich ein möglichst exaktes Krankheitsbild ausgearbeitet werde, und dann, weil in letzter Zeit eine Identifizierung dieser Dermatoze mit anderen angestrebt wird, wogegen ich Widerspruch erheben möchte.

Ich gebe zuerst Krankengeschichte und histologischen Befund des jüngst in Bern beobachteten Falles:

Pat. G. (Prostituierte), 26 Jahre alt. Aus der persönlichen und der Familienanamnese ist nichts von Belang zu erwähnen. Sie hat Scharlach, Keuchhusten, Typhus durchgemacht, hat 1899 eine Gonorrhoe akquiriert und in demselben Jahre auch eine Inunktionskur durchgemacht, angeblich ohne daß syphilitische Symptome vorhanden waren. Im November 1901 suchte sie die Frauenklinik auf und wurde dort wegen einer akuten gonorrhoeischen Entzündung des Uterus und der Adnexe mit heißen Bädern, Vaginalspülungen und Protargol-Injektionen in den Uterus behandelt. Etwa am 15. Jänner bemerkte sie einen Ausschlag, der mit roten Flecken von der Größe einer kleinen Erbse begonnen und sich dann mit Schuppen bedeckt haben soll. Beschwerden — Jucken, Brennen etc. — habe derselbe nicht gemacht. Eine gleiche Krankheit habe sie früher nie gehabt; doch gibt sie zu, daß sie nicht genau bestimmen könne, wann die Flecken zuerst aufgetreten sind.

Die Erscheinungen der Gonorrhoe waren, als die Patientin auf die dermatologische Klinik aufgenommen wurde, nur noch unbedeutend.

Aus dem Status ist folgendes hervorzuheben: guter Ernährungszustand, ziemlich starker Panniculus adiposus, keine Zeichen von Lues (nur Leisten- und Zervikaldrüsen leicht geschwollen); innere Organe (abgesehen von der Genitalerkrankung) gesund, kein Fieber; Urin, Mund-, Rachenschleimhaut normal. Keine Beschwerden von seiten der Haut.

Gesicht, Hals, Hände ganz frei. Das aus den später genauer zu beschreibenden Effloreszenzen zusammengesetzte Exanthem findet sich an der Innenseite der Ober- und an der Beuge-seite der Vorderarme, an der Brust, besonders in der Gegend der Mammae, am Abdomen, speziell am Mons Veneris, am Rücken — in den oberen Partien nur spärlich, reichlicher in der Kreuzgegend — an den Hüften, an den Kniekehlen und

an der Außenseite der Waden, endlich auch am Fußrücken, während *Palmae* und *Plantae* frei sind.

Die einzelnen Efflorescenzen stehen bald dichter, bald in größeren Zwischenräumen, überall unregelmäßig ausgestreut, nirgends in Gruppen; sie zeigen keinerlei Neigung zu konfluieren oder ein Netzwerk zu bilden. Sie sind stecknadelkopf- — bis höchstens linsengroß, kreisrund bis oval; zu gleicher Zeit finden sich immer solche in sehr verschiedenen Entwicklungsstadien und diese Entwicklung läßt sich an einzelnen Efflorescenzen von Tag zu Tag verfolgen. Die frischesten sind intensiv rote, runde Knötchen mit glatter, leicht gewölbter Oberfläche; sie weisen eine deutliche Resistenz auf. An den unteren Extremitäten ist die Farbe mehr eine bläulich-rote, hie und da sogar leicht hämorrhagisch. Schon in diesem Stadium gelingt es oft, mit dem Fingernagel eine fast das ganze Knötchen bedeckende weißliche lamellöse Schuppe herunterzukratzen, wobei gelegentlich — aber nicht immer — eine unbedeutende nicht über die ganze Fläche ausgebreitete Blutung eintritt. Nach dem Abkratzen ist die Resistenz meist wesentlich geringer. Weiterhin (das möchte ich als 2. Stadium bezeichnen) blaßt das Knötchen ab, wird flacher, ist aber noch immer deutlich infiltriert; an einzelnen Knötchen hebt sich am Rande die Schuppe leicht ab, so daß sie von einem feinsten Schuppenrand umgeben sind. In 3. Stadium ist nichts mehr von Verdickung oder Rötung zu konstatieren; die Efflorescenzen sind nicht mehr erhaben, sondern liegen im Niveau der Haut, ja erscheinen sogar hier und da in der Mitte leicht eingesunken. Die Schuppenabhebung am Rande wird deutlicher, in der Mitte aber haftet die Lamelle noch immer relativ fest an der Unterlage und erscheint darum hier auch nicht weiß — immer bleibt sie relativ lange Zeit hindurch als ganzes abhebbar.

In dieser Weise entstand und entwickelte sich unter unseren Augen eine ganze Anzahl von Einzel-Efflorescenzen; diffuse Schuppung trat nicht ein. Die abgeheilten Stellen waren frei von Pigment, Narbenbildung und Atrophie.

Therapeutische Versuche konnten nicht vorgenommen werden, da die Patientin nach ungefähr 3wöchentlicher Beobachtung die Klinik verlassen mußte.

Die bakteriologische Untersuchung der Schuppen ergab einige uncharakteristische Staphylokokkenherde.

Zur histologischen Untersuchung standen mir nur zwei Knötchen zur Verfügung, von denen das eine noch unbedeutende, das andere etwas stärkere Veränderungen aufwies. Beide waren von roter Farbe, scharf konturiert, leicht erhaben, von deutlich derber Konsistenz.

In der Mehrzahl der Schnitte ist eine mäßige Infiltration im Papillarkörper und in den angrenzenden Partien der Cutis vorhanden. Dieselbe besteht aus Zellsträngen und -Haufen, welche sich speziell den Gefäßen anschließen und an einigen Follikeln und Schweißdrüsen etwas weiter in die Tiefe reichen. In diesen Schnitten kommt es nirgends zu einer massigen Ansammlung der Infiltrate. Die Zellen sind zum größten Teil klein, rund, haben stark gefärbten Kern und spärliches Protoplasma (mononucleäre Leukocyten?). Dazwischen finden sich in geringerer Zahl blaßgefärbte, bläschenförmige, ovale Kerne (fixe Zellen) und in abnorm großer Zahl Mastzellen. „Plasmazellen“ fehlen vollständig, polynucleäre Leukocyten sind nur sehr spärlich vertreten. Die Gefäßwände selbst sind normal. Ein Ödem des Papillarkörpers tritt besonders an den auf Elastin gefärbten Schnitten hervor, in denen der Abstand der unteren Epithelgrenze von dem horizontalen elastischen Netz in den zentralen Partien der Schnitte deutlich breiter ist, als an der Peripherie. Nur an einzelnen Stellen findet sich die Infiltration unmittelbar unter dem Epithel; hier setzt sie sich auch spurweise in die unteren Epithellagen fort.

Die elastischen und kollagenen Fasern sind normal; das Bindegewebe ist auch zwischen den Infiltratzügen etwas kernreicher als normal.

Das Epithel weist in allen diesen Schnitten wenig Veränderungen auf. Eine deutliche Hyperplasie ist nicht zu konstatieren; in der Mitte ist es über die Umgebung leicht und unregelmäßig erhaben. Die Hornschicht ist stellenweise in geringem Grade verdickt; färbbare Kerne enthält sie nur hier und da in einzelnen kleinen Gruppen. Das Keratohyalin findet sich in geringer Menge und nicht in kontinuierlicher Lage. Mitosen sind sehr spärlich. An den oben erwähnten Stellen,

an denen die Cutis-Infiltration unmittelbar an das Epithel herantritt, sind auch nur die untersten Schichten von Leukocyten invadiert — die oberen sind auch hier fast normal. Von diesen Stellen abgesehen findet sich nur ganz vereinzelt ein das Epithel durchwandernder Leukocyt und etwas intrazelluläres Ödem. Das Pigment ist normal.

Sehr viel hochgradiger sind die Veränderungen an den zentralen Schnitten. Hier ist die Infiltration in einer Breite von etwa 20 Papillen sehr viel stärker und bildet eine zusammenhängende, den Papillarkörper ausfüllende Schicht, von der einzelne Infiltrationsstränge nach unten ausgehen. Das Infiltrat setzt sich hier nicht bloß aus den beschriebenen Zellen zusammen, sondern auch aus Eiterkörperchen, vor allem aber auch stark gefärbten, unregelmäßig spindelförmigen, langgezogenen Gebilden, welche wohl als Degenerationsformen von Leukocytenkernen aufgefaßt werden müssen. Das Epithel ist hier verdünnt, die Epithel-Papillarkörpergrenze an einzelnen Stellen undeutlich, die unteren Epithellagen von Eiterkörperchen durchsetzt. Die oberen Epithellagen sind in folgender Weise verändert: an den Rändern der zentralen Partie findet man eine typisch parakeratotische Lage, d. h. eine aus 4—5 Zellreihen bestehende Schicht, in welcher die Kerne sehr deutlich und intensiv färbbar sind. Diese Schicht verliert sich mit scharfer Zuspitzung nach der Peripherie zu; nach dem Zentrum zu ist sie abgehoben und vielfach abgängig. In den mittleren Partien ist daher die Oberfläche sehr unregelmäßig, aber auch hier finden sich bis in die tieferen Lagen abgeplattete Zellen mit dunkelgefärbten mehr oder weniger stäbchenförmigen Kernen. Besonders hervorzuheben ist noch, daß an mit Alaunkarmin-Gram gefärbten Präparaten die letzterwähnten Partien wie die eigentlich parakeratotische Schicht das Gentianaviolett sehr fest halten (als Zeichen unvollständiger Verhornung?).

Daß dieser Fall sich klinisch und histologisch dem bisher bei der „Dermatitis psoriasiformis nodularis“ beschriebenen vollständig anschließt, brauche ich nicht näher zu begründen. Der Beginn mit intensiv geröteten Knötchen, die nie eine gewisse geringe Größe überschreiten, die sich sehr bald auch klinisch manifestierende lamellöse Schuppenbildung, unter der

die Verdickung verschwindet, das schnelle Abbläßen, das Fehlen aller weiteren Entwicklungsstadien, aller Konfluenz — sind charakteristische Erscheinungen. Jucken war in den bisher beschriebenen Fällen nicht (wie bei meiner Patientin) oder in sehr geringem Maße vorhanden — nur Herxheimer (17) und Matzenauer (18) berichten von starkem Jucken. Die schnelle Entwicklung der Dermatose, welche in unserer Anamnese angegeben ist, scheint die Erkrankung schon öfter genommen zu haben — über den chronischen Verlauf kann ich, da eine weitere Beobachtung nicht möglich war, nichts aussagen.

Auch histologisch fügt sich das von mir Gesehene gut in das bisher beschriebene ein; Infiltration und Parakeratose (welch letztere namentlich von Pinkus genauer geschildert ist und in meinen Präparaten vom Zentrum sehr deutlich ausgeprägt war), auch das von Pinkus hervorgehobene Ödem des Papillarkörpers — all das war vorhanden, die Entzündung auch histologisch sehr deutlich ausgeprägt.

So würde sich denn — da ich ätiologisch leider ebenso wenig etwas beibringen kann, wie die bisherigen Autoren — alles weitere erübrigen, wenn nicht in neuerer Zeit die Neigung aufträte, diese Krankheit mit anderen Prozessen zu identifizieren. Diese Neigung ist auch der Grund, warum ich hier noch einmal [cf. Jadassohn (6)] auf eine an sich nebensächliche Frage, nämlich die der Nomenklatur eingehen zu müssen glaube, u. zw. weil der von Juliusberg gewählte Name „Pityriasis chronica lichenoides“, den auch Kaposi als einen „sehr zutreffenden“ bezeichnet, an der sich jetzt einstellenden Verwirrung nicht ganz schuldlos gewesen zu sein scheint.

Jadassohn hatte den ersten Fall dieser Erkrankung, den er in Breslau beobachtete, mit der Etikette: „Dermatitis psoriasiformis nodularis“ versehen, während Neisser seinen Fall (den er bei Vorstellung und Drucklegung noch nicht bestimmt mit dem Jadassohns identifizieren wollte) als „psoriasiformes und lichenoides Exanthem“ bezeichnete. Wie man sieht, bedeutet der von Jadassohn gewählte Namen ganz das gleiche — statt Exanthem ist Dermatitis gesetzt, weil man unter Exanthem doch meist von innen her bedingte akute Dermatosen versteht. An der entzündlichen Natur der Krankheit kann man nicht zweifeln; hat doch Juliusberg selbst von „hochroten Erhebungen“, Pinkus von „frischen, hellroten Effloreszenzen“ gesprochen; Juliusberg hält in seinem ersten Fall die Infiltration für „erheblich“ —

Niemand denkt daran, mit Dermatitis bloß solche Entzündungen zu bezeichnen, die Bläschen bilden oder nässen.

Der Ausdruck „psoriasiform“, den Juliusberg für weniger geeignet hält, als den Vergleich mit „Pityriasis“ — trotzdem doch auch Neisser von vornherein das Psoriasis-ähnliche sich aufgedrängt hatte — ist für die Art der Schuppung m. E. wesentlich geeigneter. Denn — und das möchte ich ganz besonders gerade im Gegensatz zu der Brocq'schen Erythrodermie hervorheben — die Schuppung erinnert in allen frischeren Effloreszenzen unserer Krankheit vielmehr an die Psoriasis, als an die meisten mit der Bezeichnung Pityriasis versehenen Erkrankungen. Bei der Wichtigkeit dieses Momentes möchte ich das nicht bloß auf Grund der Beobachtung unseres neuen charakteristischen Falles hervorheben, sondern auch aus den bisherigen Beschreibungen kurz beweisen. Einmal spricht für „psoriasiform“ und gegen Pityriasis der Umstand, daß die frischen Effloreszenzen klinisch manifeste Schuppen (wenn man nicht abkratzt!) nicht aufweisen. Das geht aus der Beschreibung der beiden Jadassohn'schen Fälle hervor; ferner spricht Neisser von „Knötchen, höchstens mit leichter Schuppung“, Pinkus von „stecknadelkopfgroßen roten Herden ohne Schuppung“, weiterhin von vielen Stellen, an denen makroskopisch noch keine Desquamation vorhanden ist, trotzdem der Krankheitsprozeß schon weit vorgeschritten ist, von dem „klinisch als erstes Stadium imponierenden infiltrierten Knötchen“; Rona beschreibt nicht schuppende, flache Papeln. Im ersten Juliusberg'schen Fall hebt dieser selbst hervor (pag. 262), daß „die Schuppung (trotz Nicht-Badens) eine sehr geringe ist, was sich daraus erklärt, daß die Schuppung in unserem Fall nur ein Endstadium ist“. Aus alledem folgt, daß ganz wie bei der Psoriasis die frischen Effloreszenzen unserer Dermatoze nicht manifest schuppen, wenn man nicht abkratzt, daß die Schuppung ein sekundäres Phänomen ist.

Ferner aber ist zu beweisen, daß diese eine lamellöse, keine kleienförmige ist. In den drei von Jadassohn in eigener Praxis gesehenen Fällen ließ sich die Schuppe als ein bald dickeres, bald feineres, aber immer einheitliches Gebilde ablösen, nur im allerletzten Stadium fällt manchmal etwas staubartiges ab. Während Neisser allerdings von feinen Schüppchen spricht, die sich ohne große Schwierigkeiten abkratzen lassen, nennt Juliusberg in seiner ersten Arbeit (pag. 258) die Schuppen „lamellös“, „hirsen- bis knapp linsengroß“. Die anderen Stellen, an denen er von „atrophischer Haut, ganz feinen, in großen Massen aufliegenden Schüppchen“ spricht, sind wohl ganz atypisch; ich finde dergleichen sonst nirgends beschrieben (wie überhaupt dieser Fall mehrere Eigentümlichkeiten aufweist, so die orangerote Farbe, die einmal hervorgehobene Ringbildung, die Knötchen von wächsernem Glanz und mit Delle). Pinkus hebt ganz dünne lamellöse Schuppen hervor, die sich sehr schwer abkratzen lassen. Histologisch betont er ganz besonders und ganz mit Recht die Ähnlichkeit der Schuppenbildung mit der der Psoriasis.

Die Angaben über die Blutung beim Abkratzen lauten etwas verschieden; es kommt dabei natürlich auf die Stärke des Kratzens an, man muß, wie bei der Psoriasis die ganze Schuppendecke ablösen, damit es zum Bluten kommt; dann aber spielt auch das Stadium eine Rolle, in welchem die der Kratzprobe unterworfenene Effloreszenz gerade steht; im ersten Stadium, in welchem „das Skutulum (d. h. die parakeratotische Masse) noch nicht so weit abgelöst ist, daß es mit dem Nagel abgekratzt werden kann“ (Pinkus), tritt bei energischem Kratzen die Blutung natürlich eher ein, als später — niemals aber ist sie so reichlich und multipel, wie bei der Psoriasis.

Ich glaube also, daß die Schuppung als ein sekundäres, auch im klinischen Bilde zurücktretendes Phänomen und als lamellöse Desquamation den Namen „Pityriasis“ nicht rechtfertigt. Wir suchen doch im Substantiv den wesentlichen Prozeß; und wenn auch „Pityriasis“ vielfach in unzutreffender Weise angewendet worden ist (z. B. bei der Pityriasis rubra pilaris), so sollten wir doch bei neuen Krankheitsbezeichnungen solche verwirrende Bezeichnungen vermeiden. Das Wesen der Derm. psoriasif. nodul., soweit wir es kennen, ist eine Entzündung.¹⁾

Juliusberg hat weiterhin das von Jadassohn gewählte Beiwort „nodularis“ bekämpft und durch „lichenoides“ ersetzt. Nodulus heißt Knötchen und ist ein rein klinischer Begriff. Knötchen aber oder Papeln sind die Primäreffloreszenzen dieser Krankheit nach allen Beschreibungen. Neisser sagt z. B., daß man bei festem Zudrücken eine Art neoplastischer Auf-, resp. Einlagerung konstatieren kann. Jadassohn hat nodularis für lichenoides nur aus philologischen Gründen gesetzt, weil ihm neben psoriasiform das lateinische Wort besser zu klingen schien — ein bei unserer Sprachverwirrung gewiß nicht wichtiges Moment; man kann gegen „lichenoides“ sachliche Einwände ebensowenig erheben, wie gegen die Betonung des Chronischen schon im Krankheitsnamen.

Ich habe diese Nomenklatur-Diskussion, welche von Juliusberg gegen den von Jadassohn gewählten Namen begonnen worden ist, etwas weiter ausgedehnt, weil sie mir Veranlassung gab, diejenigen sachlichen Momente hervorzuheben, welche, wie mir scheint, auch infolge der neuen Namen-

¹⁾ Ich schließe mich hier ganz F. Hebras und Kaposi's Definition der Pityriasis an. So sagt der erstere (Lehrbuch der Hautkrankheiten, 2. Aufl., I. Bd., pag. 18): „Der über größere oder kleinere Hautstellen ausgebreitete, die Abstossung der Oberhaut bewerkstelligende Vorgang wird, wenn er als selbständiges Übel, d. i. ohne nachweisbare gleichzeitige oder vorausgehende anderweitige Hautkrankheit auftritt, mit dem Namen Pityriasis bezeichnet“ etc. etc. Kleinförmige Schuppung aber heißt bei Hebra Desquamatio furfuracea — dafür könnte man auch pityriasi-form sagen.

gebung, eine Mißdeutung erfahren haben. Damit komme ich auf die viel wesentlichere Differenz, die zwischen der Auffassung der bisherigen Autoren (Jadassohn, Neisser, Juliusberg, Rona, Pinkus) auf der einen und zwischen Colcott Fox, Mac Leod und Török auf der anderen Seite besteht.

Auch die letztgenannten Autoren unterscheiden sich wohl noch in ihren Tendenzen. Colcott Fox und Mac Leod wollen eine Gruppe von „resistenten maculo-papulösen schuppigen Effloreszenzen“ bilden und in diese Gruppe aufnehmen: 1. die Erythrodermies pityriasiques en plaques disséminées (Brocq), 2. die Derm. psor. nodul. (Jadassohn); sie fügen hier noch als 3. und 4. die Pityr. lichen. chron. (Juliusberg) und das lichenoides psoriasiforme Exanthem (Neisser) hinzu, die doch aber, wie niemand bezweifelt, dieselbe Krankheit sind wie Nr. 2; endlich (als Nr. 3) die Parakeratosis variegata (Unna, Santi, Pollitzer). Wenn die genannten Autoren mit dieser Gruppenbildung nichts weiter besagen wollen, als daß bei diesen Krankheiten „oberflächliche Entzündungen des Coriums mit sekundären Veränderungen der Epidermis vorhanden sind“ und daß sie also klinisch-anatomisch verwandte Krankheiten darstellen, so ließe sich dagegen nichts einwenden; nur gehören dann in dieselbe Gruppe auch schon wohlbekannte Dermatosen, wie die Psoriasis. Es scheint aber bei C. Fox und Mac Leod die Neigung zu bestehen, diese Krankheiten (1—5) zu identifizieren und diese Neigung wird bei Török zu einer bestimmten Behauptung — er hält die Scheidung dieser verschiedenen Typen für „unberechtigt“ und erklärt sich selbst gegen die Aufstellung von Unterabteilungen bei seiner „in zerstreuten Flecken auftretenden schuppenden Erythrodermie“.

Dieser Erklärung gegenüber müssen wir untersuchen, ob in der Tat jetzt die Berechtigung besteht, die genannten drei Krankheiten zu identifizieren. Eine solche Diskussion ist außerordentlich schwer, wenn man nicht die verschiedenen Fälle aus eigener Anschauung kennt; in Bezug auf die Brocqsche und auf die Unnasche Form kann ich mich nur an die Literatur halten.

Was zunächst die Parakeratosis variegata angeht, so muß ich wesentlich die von Unna (Santi, Pollitzer) und die von C. Fox und Mac Leod gegebene Beschreibung berücksichtigen; denn die von Jamieson demonstrierten Fälle sind zwar von Unna anerkannt, werden aber von C. Fox und Mac Leod (pag. 333) als zweifelhaft erklärt — speziell wohl auch auf Grund von Jamiesons späterem Bericht. Die beiden Fälle von R. Crocker sind nur kurz publiziert.

Ich gebe Török vollständig Recht, daß das etwas differente Verhalten gegenüber der Therapie eine prinzipielle Differenzierung von Krankheiten nicht begründen kann (auch Jadassohns erster Fall war ja wenigstens palliativ sehr gut therapeutisch zu beeinflussen). Sehr viel wichtiger aber ist die bei der Parakeratosis variegata so auffallende Netzbildung, welche in allen Fällen der Derm. psor. nod. bis jetzt vollständig gefehlt hat, auch da, wo die Effloreszenzen nahe aneinander standen. Es ist dieses Netzwerk nicht wohl, wie Török will, als ein einfaches Konfluenzsymptom anzusehen, sondern es verleiht der Unnaschen Krankheit augenscheinlich einen ganz besonderen Charakter, und man muß Unna recht geben, wenn er diesen als eine „Haupteigenschaft“ seiner Fälle bezeichnet. Soweit aus der Beschreibung zu entnehmen ist, scheint auch der Charakter der einzelnen Effloreszenzen ein anderer zu sein; denn der gelbliche Ton der schuppenfreien Papeln, den Unna hervorhebt, findet sich bei der Derm. psor. nod. nicht (nur bei Juliusbergs erstem Fall ist von orangerot die Rede) und die bei der letzteren bestehende Eigenartigkeit der Schuppung, die Möglichkeit schon früh eine ganze Schuppenlamelle abzuheben und das Bestehen der Schuppenbildung längere Zeit nach vollständigem Schwinden der Rötung, ferner auch die Derbheit der primären Knötchen sind bei der Parakeratosis variegata nirgends hervorgehoben. Fehlt also einerseits unserer Krankheit das Bunte und Netzförmige, so sind andererseits auch die histologischen Bilder nicht identisch. Aus den Beschreibungen bei Santi und Pollitzer und aus den Abbildungen bei C. Fox und Mac Leod geht unzweifelhaft hervor, daß die Entzündung und die Parakeratose bei der P. variegata viel geringer ist, als bei der Derm. psor. nod.; ja

man muß C. Fox und MacLeod recht geben, wenn sie meinen, daß der Name „Parakeratose“ eigentlich auf die in ihrem Fall (aber auch in Unnas Fällen) vorhandenen Veränderungen kaum paßt, falls man ihn in dem engeren Sinne auffaßt, den man diesem Worte gerade nach Unnas Vorgang jetzt meist gibt (Verschwinden des Keratohyalins und Erhaltenbleiben der färbbaren Kerne in der Hornschicht). Beide Momente sind in ausgesprochener Weise bei der Derm. psor. nodul. vorhanden (cf. Pinkus und meinen Befund).

Wenn ich also aus klinischen und histologischen Gründen die Identität unserer Krankheit mit der Parakeratosis variegata ablehnen muß, so muß ich das mit noch größerer Bestimmtheit gegenüber den „Erythrodermies pityriasiques en plaques disséminées“ (Brocq) tun. Wenn ich der von Brocq selbst ausgesprochenen Ansicht folgen wollte, daß diese Krankheit vielleicht eine Varietät der Parakeratosis variegata ist, so brauchte ich dem eben gesagten nichts weiter hinzuzufügen. Aber ich muß gestehen, daß ich nach der Lektüre der Brocqschen und Whiteschen Beschreibungen weit eher mit White gegen diese Identifizierung mich aussprechen möchte: nicht bloß weil bei Brocqs Krankheit die Papeln, sondern weil auch jede Netzbildung fehlt.

Noch weit größer aber sind die Differenzen der Derm. psor. nod. von Brocqs Erythrodermies. Der von dem letzteren beschriebene Fall hatte Effloreszenzen, deren Größe er in der Epikrise auf 2—6 cm taxiert;¹⁾ bei White finden sich Maße von $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$, 1—6, von $\frac{1}{2}$ —3 Zoll (d. h. bis 15 cm); Török fand in einem seiner Fälle die einzelnen Flecke bis kindshandgroß. Gewiß kann die Größe der Effloreszenzen kein ausschlaggebendes Moment sein — eine Psoriasis kann stecknadelkopfgroße Herde aufweisen oder ganze Körperflächen gleichmäßig überziehen. Wo aber finden wir eine Psoriasis, die bei jahrelanger Beobachtung nie Herde von Über-Linsengröße bildet? Das gerade ist ein sehr charakteristisches Moment bei allen Fällen der Derm. psor. nodul., daß sie gar keine Neigung zu flächenhaftem Wachstum hat, daß die einzelnen Herde meist

¹⁾ cf. pag. 9 des Sep.-Abdr. — Juliusberg und Török geben 2—3 cm an.

nach relativ kurzer Entwicklungsdauer vollständig vergehen, während sie bei der Brocqschen Krankheit lange bestehen und peripherisch wachsen. Nehmen wir hinzu: das Fehlen der primären Knötchen, der charakteristischen Schuppung, das Bestehenbleiben der roten Farbe, das Fehlen circumscripiter parakeratotischer Herde (nach Whites Beschreibung), so müssen wir meines Erachtens zu dem Resultat kommen, daß die Erythrodermies pityriasiques und die Derm. psor. nod. vorerst auseinanderzuhalten sind. Brocq selbst hat vielleicht Fälle gesehen, die möglicherweise zur Derm. psor. nodul. gehören, und die er als einen „Type“ seiner Erythrodermies beschreibt: „dans lequel les éléments éruptifs, qui ne sont pas non plus prurigineux, sont assez minuscules, de la dimension d'une tête d'épingle, d'un pois, de l'ongle; leur teinte est d'un rose pâle un peu bistré; ils sont recouverts de squames, qui deviennent nacrées par le grattage“ — aber es paßt wieder nicht zu unserem Bilde, wenn er hinzufügt, daß „sie durch Konfluenz Plaques bilden können“.

Durch diese Vergleichung komme ich also zu dem Resultat, daß die drei von Török identifizierten Krankheitsbilder sehr wohl unterschieden werden müssen. Die von Török hervorgehobenen gemeinschaftlichen Momente: „Chronischer Verlauf, vollständiger Mangel oder wenigstens Geringfügigkeit der subjektiven Symptome, Auftreten in disseminierten Flecken“ genügen für uns nicht zur Identifizierung, da sie auch anderen Dermatosen eigen sind (Psoriasis, manche Formen von sogenanntem parasitärem Ekzem); die weiteren Momente der „feinen, zumeist kleienförmigen Schuppung auf hyperämischer Basis und der Mangel an Infiltration in allen Effloreszenzen oder zumindest in der überwiegenden Mehrzahl derselben“ trifft gerade für die charakteristischen, die „primären“ Effloreszenzen der Derm. psor. nod. absolut nicht zu.

Gewiß ist es richtig, daß die Zergliederung der Dermatosen nicht „zur Unterscheidung von fast ebensoviel Krankheitsformen führen soll, als Fälle zur Beobachtung kommen“ (Török); aber auf der anderen Seite darf man bei der Aufstellung neuer Typen wesentliche Differenzen unbedingt nicht vernachlässigen, weil sonst die eben erst festgestellten Umrisse

verwischt, Übergänge zu anderen Dermatosen leicht konstruiert werden können und dadurch die klinische, anatomische und selbst die ätiologische Weiterforschung gehemmt wird. Auch Jadassohn hat am Ende seiner ersten Mitteilung über die Derm. psor. nod. betont, „daß die Eigenart dieser Erkrankung für uns nur so lange bestehen soll und kann, als wirkliche Übergangsbilder zu einer anderen Dermatoze bei sonst ganz gleichen Fällen nicht beobachtet sind“ — bis jetzt aber stehen solche Beobachtungen noch aus und die Beschreibung einer nunmehr schon größeren Anzahl von Fällen, die wirklich in allem wesentlichen den zuerst gezeichneten Typus sogar in außergewöhnlicher Einheitlichkeit wiedergeben, macht es schon jetzt fast zweifellos, daß wir in dieser Krankheit eine zwar seltene, aber gut und scharf charakterisierte, eine ätiologisch unbekannte, aber einheitliche Affektion kennen gelernt haben. Hat sie sich somit bereits das Bürgerrecht in der Dermatologie erworben, so ist es, falls man an ihrer ausgeprägten Eigenart festhält, nicht wesentlich, ob man ihr ihren ersten Namen „Dermatitis psoriasiformis nodularis“ beläßt oder den in den letzten Publikationen aus Breslau gewählten „Pityriasis chronica lichenoides“ dafür substituiert — die Gründe, warum wir den ersteren vorziehen, habe ich oben auseinandergesetzt.

Zum Schlusse gestatte ich mir Herrn Professor Jadassohn für die gütige Überlassung des Falles und die freundliche Unterstützung bei Bearbeitung des Themas meinen aufrichtigen Dank auszusprechen.

Literatur.

1. Brocq. Les érythrodermies pityriasiques en plaques disséminées. *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*. 1897.
 2. Colcott Fox and MacLeod. On a case of parakeratosis variegata. *British Journal of dermatology*. 1901. pag. 319.
 3. Crocker, R. Lichen variegatus. *Brit. Journal of dermat.* Jan. 1901. pag. 19.
 4. Crocker, R. Lichen variegatus. *British Journ. of dermat.* Feb. 1901. pag. 55.
 5. Jadassohn. Über ein eigenartiges psoriasiformes und lichenoides Exanthem. *Verhandlungen der deutschen dermatologischen Gesellschaft*. IV. Kongreß. Breslau. 1894. pag. 524.
 6. Jadassohn. Dermatitis psoriasiformis nodularis (Pityriasis chronica lichenoides). *Festschrift gewidmet Moriz Kaposi*. 1900. pag. 880.
 7. Juliusberg. Über einen Fall von psoriasiformem und lichenoidem Exanthem. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1897. Bd. XLI. pag. 257.
 8. Juliusberg. Über die Pityriasis lichenoides chronica. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1900. Bd. L. pag. 359.
 9. Jamieson, A. *Brit. Journal of Derm.* 1898. Sept.
 10. Neisser. Zur Frage der lichenoiden Eruptionen. *Verhandl. der deutschen dermat. Ges.* IV. Kongreß. Breslau. 1894. pag. 495.
 11. Pinkus. Ein Fall von psoriasiformem und lichenoidem Exanthem. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1898. Bd. XLIV. pag. 76. (Festschrift für Pick.)
 12. Róna. *Verhandl. des Vereines ungar. Dermatologen und Urologen*. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1898. Bd. XLVI. pag. 147.
 13. Török. In zerstreuten Flecken auftretende schuppende Erythrodermie. *Pester med.-chirurg. Presse*. 1901. Nr. 1.
 14. Török. In zerstreuten Flecken auftretende schuppende Erythrodermie. *Handbuch der Hautkrankheiten*, herausgegeben von Mraček. 1902. pag. 795.
 15. Unna, Santi, Pollitzer. Über die Parakeratosen im allgemeinen und eine neue Form derselben (Parakeratosis variegata). *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1890. Bd. X. pag. 404, 444.
 16. White, C. Cases of Brocq's érythrodermie pityriasique en plaques disséminées. *Journ. of Cut. and Genito-Ur. Dis.* 1900. Dezemb.
 17. *Deutsche Dermat. Ges.* VII. Congr. *Verherhandl. etc.* p. 317.
 18. *Wiener dermat. Ges.* Dieses Archiv. Bd. LIX. p. 267.
-

Nachtrag.

Seit der Absendung der vorliegenden Mitteilung des Herrn Dr. Himmel sind mehrere Arbeiten erschienen, welche sich mit dem gleichen Gebiete beschäftigen. Ich erwähne nur der Vollständigkeit halber die Kranken-Vorstellungen von Graham Little (Erythrodermie pityriasique etc. Brit. Journ. of Dermat. 1902, Nr. 6, pag. 218), von Mac Leod (für Galloway; Parakeratosis variegata; ebenda Nr. 4, p. 128), von Abraham (Parakerat. variegata; ebenda Nr. 3, pag. 99), von Mac Leod (Histologische Präparate von Perry's Fall von Parakeratosis variegata. Ebenda Nr. 6, p. 220) — auf diese Fälle brauche ich nicht näher einzugehen, da sie kaum etwas Neues enthalten und die Diagnosen — soweit die kurze Darstellung zu urteilen gestattet — nicht bestreitbar sind.¹⁾ Die Mitteilung Méneau's (Un nouveau cas de parakeratosis variegata. Annal. de Derm. 1901. Nr. 4. p. 315) scheint auch mir (wie Brocq) mehr einen Fall des Typus Brocq (Erythrodermie pityriasique etc.) zu betreffen, als eine Parakeratosis variegata in Unna's Sinne. Denn es fehlt nach der Beschreibung alles Papulöse, es fehlt die eigenartige Netzbildung. Bei dem „Exanthème psoriasiforme et lichénoïde von Jadassohn und Neisser“ (d. h. bei der von mir sogen. Derm. psor. nodul., Juliusberg's Pityr chron. lichenoid. — von denen auch Méneau fälschlich zu glauben scheint, daß wir sie für verschiedene Prozesse halten) führt Kratzen nicht leicht zum Bluten; Neisser hat das bei seinem Fall sogar geradezu abgelehnt und ich habe schon in der ersten Beschreibung (wie jüngst auch Kreibich) nur gesagt, daß sich oft eine Spur von Blutung einstellt, die ich aber ausdrücklich von der viel stärkeren bei Psoriasis unterscheide.

Aus der Diskussion möchte ich noch die Bemerkung Audry's hervorheben, daß dieser die „Variété en goutte“ (das wäre, wie gleich gezeigt werden soll, nach Brocq's Meinung die Derm. psor. nodul.) für nicht außerordentlich selten hält; daß er aber glaubt, sie werde oft mit der Psoriasis verwechselt. Er betont die gelbbraunliche Farbe der oberflächlichen schuppenden Papeln (welche aber nach meinen Erfahrungen nur ältern Effloreszenzen manchmal zukommt); er betont auch das Auftreten in „ziemlich ephemeren“ Schüben, die aber unaufhörlich rezidivieren; nach meinen Beobachtungen handelt es sich weniger um „Poussées“, als um das fortwährende Auftreten einzelner Effloreszenzen, die jede für sich ihren Entwicklungsgang bis zur Abheilung durchmachen.

¹⁾ Der Fall Ravogli's „Erythema squamosum“, den Brocq zitiert (Journal of the Americ. medic. Associat. 13./VII. 1901), war mir im Original nicht zugänglich.

Einer etwas eingehenderen Erörterung bedürfen die Publikationen Brocq's über „les Parapsoriasis“ (Annal. de Derm. 1902, Nr. 4 p. 313 und Nr. 5 p. 434; cf. auch „Les Lichens“, Prat. derm. T. III. p. 205).

Brocq beschreibt unter dem Namen Parapsoriasis 3 Erkrankungsformen, welche er als „Parapsoriasis en gouttes“, „lichénoïde“ und „en plaques“ bezeichnet. Von der ersten Form glaubt er, daß meine Fälle von Dermatitis psoriasiformis nodularis zu ihr zu rechnen sind, während die 2. Form die Parakeratosis variegata (s. Lichen variegatus R. Crocker) und die 3. die „Erythrodermies pityriasiques en plaques disséminées“ darstellt. Auch Brocq scheint anzunehmen (p. 453), daß die Pityriasis chronica lichenoides Juliusberg's von diesem als etwas von meinen Fällen Verschiedenes aufgefaßt wird.

Drei Punkte sind es wesentlich, welche ich in aller Kürze betonen möchte:

1. Die Namengebung. Brocq führt eine neue Bezeichnung: Parapsoriasis ein. Er will damit sagen, daß die in diese Gruppe gehörigen Fälle „wirkliche Affinitäten mit der Psoriasis haben, daß sie aber doch nicht als einfache Varietäten dieser Krankheit aufgefaßt werden können“. „Para“ würde also hier, wenn ich Brocq recht verstehe, nur bedeuten, daß diese Erkrankungen im „System“ neben der Psoriasis stehen. In diesem Sinne würde sich gegen den Ausdruck gewiß nichts einwenden lassen; nur hat leider die Verbindung mit „Para“, seitdem wir von „Parasyphilis“ sprechen, eine ätiologische Bedeutung bekommen; denn bei den parasyphilitischen Affektionen glaubt doch Fournier und Alle, die ihm folgen, daß wirklich eine wie immer geartete kausale Beziehung zwischen der Syphilis und der Folgekrankheit besteht. So glaube ich, wird der Brocq'sche Ausdruck „Parapsoriasis“ zu Mißverständnissen Anlaß geben. Es wäre vielleicht einfacher, wenn man zunächst, wie das ja mit den sogenannten parasitären Ekzemen schon längst geschehen ist, neben die Psoriasis eine Gruppe „psoriasiformer Dermatosen“ stellte.

2. Wichtiger als diese Frage ist die weitere, ob die drei von Brocq als „les Parapsoriasis“ zusammengefaßten Affektionen in dem Sinne Töröks (s. ob.) nur eine Erkrankung mit morphologischen Varianten bilden, oder ob es sich um verschiedene Dermatosen handelt, die in eine Gruppe einzureihen sind, in dieser aber ebenso unabhängig neben einander stehen, wie etwa (in derselben Gruppe) die Psoriasis und die Pityriasis rosea. Brocq spricht in seinen letzten Arbeiten von „3 variétés ou pour mieux dire, 3 formes objectives principales“; aber noch in seiner oben zitierten Darstellung des Lichen sagt er, daß die hierher gehörigen Fälle „wenigstens 2 große Kategorien von Dermatosen umfassen, welche total verschieden von einander sind“, nämlich die „Erythrodermies pityriasiques en plaques disséminées“ und den „Lichen variegatus“. Diese Ansicht hat Brocq geändert, indem er (p. 462) neuestens besonders betont, daß „diese Gruppe der Parapsoriasis (so wie er sie versteht) homogen ist, weil es Mischfälle gibt, welche auf demselben

Kranken im gleichen Moment die objektiven elementaren Läsionen der verschiedenen Varietäten aufweisen.“

Die Existenz von „Faits de passage“ also veranlaßt Brocq, an die Homogenität dieser Gruppe zu glauben. Ich hatte schon 1894 ausgesprochen, daß, wie immer so auch hier, bei der Aufstellung neuer Typen die größte Vorsicht obwalten muß, weil nachträglich Übergänge zu anderen Dermatosen aufgefunden werden könnten. Ist das jetzt geschehen? Ich will die Möglichkeit der Übergänge zwischen Parakeratosis variegata und der Erythrodermies pityr. en plaques disséminées nicht diskutieren — (so zweifelhaft sie mir bisher auch erscheint), weil ich eigenes Material über diese beiden Erkrankungen nicht zur Verfügung habe. Aber für die Dermatitis psor. nodul. muß ich — auch nach der Arbeit Brocqs (ebenso wie Himmel) — bestreiten, daß Übergänge zu anderen Dermatosen erwiesen sind. Der eine Fall, den Brocq anführt (p. 461. Obs. X), kann dazu unmöglich ausreichen; denn es geht mir aus der Beschreibung nicht hervor, daß die Effloreszenzen die gleichen waren, wie bei meinen Fällen der Derm. psoriasif. nodul. Sie waren augenscheinlich kleiner, glänzender und von der im Anfang an allen Knötchen nachweisbaren Verdichtung und Schuppen-Ablösbarkeit wird nichts erwähnt. Ich muß also nach wie vor betonen, daß der Nachweis der Übergangsfälle nicht erbracht ist, und daß es daher noch immer notwendig ist, die Dermatitis psor. nodul. (Pityr. chron. lichenoides) von den anderen Formen dieser Gruppe zu trennen.

Diese Frage hat eine sehr verschiedene Bedeutung für Brocq und für die meisten anderen Dermatologen. Brocq nimmt an, daß nicht bloß zwischen denjenigen Affektionen, die eine „simple réaction morbide cutanée“ darstellen, sondern auch zwischen denen, die „durch eine präzise Ätiologie und Pathogenie charakterisiert“ sind, Übergangsfälle existieren. Für ihn also kann konsequenter Weise das Vorhandensein von „Faits de passage“ zwischen den verschiedenen Formen seiner „Parapsoriasis“-Gruppe gar kein Beweis für ihre ätiologische Homogenität sein. Wenn er aber die Parapsoriasis wie die Psoriasis nur als „simples modes de réaction cutanée spéciaux aux individus“ ansieht, so ist natürlich die Bedeutung der klinischen resp. morphologischen Differenzen für ihn eine noch geringere.

Auch ich glaube, daß die klinisch-morphologischen Differenzen vieler Dermatosen nur auf der Verschiedenheit der Reaktionsweise der Individuen gegenüber gleichen Ursachen beruhen — das Gebiet der Urticaria, der Erytheme, wohl auch der Ekzeme und der Akne gibt uns dafür genügend Belege. Bei allen diesen Formen sind uns Übergangsfälle leicht verständlich. Bei den Krankheiten mit spezifischer Ätiologie sind Übergänge natürlich vorhanden zwischen den verschiedenen — scheinbar oft weit von einander abliegenden — Formen mit gleicher Ursache; so bei den verschiedenen Staphylokokkie-, Tuberkulose-, Lues-Formen. Die „Übergangsfälle“ zwischen den „spezifischen“ Krankheiten verschiedener Ätiologie aber sind in sehr einfacher Weise dadurch zu

erklären, daß das klinisch-morphologische Bild der einzelnen Krankheit in sehr weiten Grenzen schwankt (natürlich wieder entsprechend der individuell verschiedenen Reaktionsweise). Die von dem gleichsam normalen Bild am weitesten abliegenden Formen nennen wir meist „atypische“ Fälle, und die atypischen Fälle verschiedener Infektionskrankheiten können einander so nahe kommen, daß ihre klinische und selbst ihre histologische Unterscheidung wenigstens zeitweise unmöglich wird (cf. Tuberkulose und tertiäre Syphilis, Tuberkulose und Lepra). Das sind doch aber dann nicht „Übergangsfälle“, sondern eben bloß einander ähnliche Varianten von im Wesen verschiedenen Krankheiten.

Ich habe diese Bemerkungen nur gemacht, um zu begründen, wie vorsichtig man mit der Statuierung der Faits de passage besonders bei neuen ätiologisch unbekannten Krankheiten sein muß. Hier handelt es sich m. E. zunächst vielmehr darum, den charakteristischen Typus möglichst genau zu fixieren. Die Unterschiede zwischen den drei Formen Brocq's, wie sie oben von Himmel schon auseinandergesetzt sind, sind zu groß, die Analoga, die Brocq hervorhebt (wenig oder keine Infiltration, wenig oder kein Jucken, sehr langsame Entwicklung, wenig Heiltendenz) zu banal, als daß man vorerst auf Grund des bisherigen Materials an eine Identifizierung denken könnte. Gegen die Einreihung dieser Affektionen in eine Gruppe (neben Psoriasis, „parasitäre“ oder psoriasiforme Ekzeme etc.) läßt sich natürlich nichts sagen.

3. Nicht ganz übereinstimmend mit meinen Erfahrungen bei der Derm. psor. nodul. ist die klinische und histologische Schilderung, die Brocq von seiner Parapsoriasis en gouttes gibt. Vor allem fehlt mir die Betonung des deutlichen Knötchens als Anfangsstadium und der frühen Bildung einer einheitlichen, das Knötchen bedeckenden Schuppe. Histologisch kommt die Stärke der Infiltration und die gut entwickelte (bis skutulumähnliche — Pinkus) parakeratotische Auf- oder Einlagerung, wie ich sie schon in meinen Präparaten von 1894 gesehen habe, nicht genügend zu ihrem Recht.

Endlich ist jüngst noch eine Arbeit von Kreibich (Wiener klin. Wochenschrift 1902, Nr. 26) erschienen, welcher auf Grund von 6 Fällen das Bild der neuen Krankheit zeichnet. Die Darstellung dieses Autors stimmt mit meinen Erfahrungen im ganzen sehr gut überein. Speziell betont er mehr als andere und ganz mit Recht den Beginn mit einer Papel, die Polymorphie, das Vorhandensein einer zusammenhängenden, in der Mitte längere Zeit festhaftenden Schuppe und, worauf ich besonderes Gewicht lege, die „Ablösbarkeit der Hornschicht in Form eines Deckels“ auch zu der Zeit, da klinisch eine Schuppung nicht manifest ist. Nur die Färbung in Orange und Gelb wird von Kreibich stärker hervorgehoben, als sie in meinen Fällen vorhanden war. Auch Ichthyosis-ähnliche Stellen sind mir bisher nicht vorgekommen.

Nachdem nun einmal die Aufmerksamkeit weiterer Kreise auf diese „neue Krankheit“ gelenkt worden ist, ist zu hoffen, daß das — vor allem differential-diagnostisch wichtige — Bild bald vollkommener ausgearbeitet sein wird, als es bisher möglich war.

Bern, 12. September 1902.

J. Jadassohn.