Aus der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten
am Allgemeinen Krankenhause St. Georg, Hamburg.

(Dirigierender Arzt: Prof. Dr. Ed. Arning.)

Zur Kenntnis des Lichen nitidus.

Von **F. Lewandowsky** (Hamburg).

Der Lichen nitidus würde als Krankheitsbild an sich kaum größeres Interesse beanspruchen dürfen als irgend eine andere dermatologische Rarität, wenn nicht die Frage nach der Ätiologie wichtigere Probleme berühren würde. Die Frage, die sich bisher alle vorgelegt haben, denen sich Gelegenheit zum Studium der Krankheit bot, lautet: Ist der Lichen nitidus als ein Hautsymptom der Tuberkulose aufzufassen, oder hat er mit Tuberkulose nichts zu tun? In einer Zeit, wo die pathologisch-anatomischen Charaktere maßgebend waren, hätte man ihn unbedingt zur Tuberkulose rechnen müssen. Denn das histologische Bild des Lichen nitidus ist, wie schon der erste Beobachter des Leidens, F. Pinkus, hervorgehoben hat, das eines typischen Tuberkels. Aber es ist in den letzten Jahren genug davon gesprochen worden, daß der mikroskopische Befund allein, auch wenn er klassische „Tuberkulose“ ergibt, nicht die Entstehung einer Krankheit durch den Kochschen Bazillus unbedingt beweist. So hat sich auch Pinkus nicht entschließen können, die von ihm beschriebene Affektion bei der Tuberkulose unterzubringen, da bei seinen Patienten sonst alle Anhaltspunkte für ein tuberkulöses Leiden fehlten. Einen ähnlichen Standpunkt hat Arndt in seiner ersten großen Arbeit über Lichen nitidus eingenommen, die sich auf Untersuchung von 12 Fällen stützt. Später hat Arndt dann in einem Falle eine stark positive Pirquet-Reaktion beobachtet, in einem andern durch Färbung nach Much im Schnitt einen Bazillus von der Gestalt des Tuberkelbazillus nachweisen können. Ein analoger Befund von Lier

hat keine Beweiskraft, da der Fall, in dem er erhoben wurde, nämlich der Fall von Königstein, klinisch in seiner Zugehörigkeit zum Lichen nitidus sehr anfechtbar ist. So sind denn bis jetzt die Angaben von Arndt das einzige positive Material zur Entscheidung der Tuberkulosefrage, als solches aber natürlich noch nicht genügend.

In folgendem möchte ich nun einige Beobachtungen wiedergeben, die mir für einen Zusammenhang des Lichen nitidus mit Tuberkulose zu sprechen scheinen. Hier muß ich zunächst auf einen Fall zurückkommen, den ich im Jahre 1906, schon vor Erscheinen der Pinkusschen Arbeit, aus der Jadassohnschen Klinik gelegentlich des 9. Kongresses der Deutschen dermatologischen Gesellschaft in Bern veröffentlicht habe unter dem Namen „Eigenartige lichenoider Erkrankung mit Lokalisation der Knötchen um Schweißdrüsenausführungsgänge“. Dieser Fall stimmte klinisch vollkommen und histologisch bis auf die im Titel genannte Lokalisation mit der Beschreibung von Pinkus überein. Auch Arndt, der den Fall damals gesehen hat, möchte ihn zum Lichen nitidus rechnen. Das Exanthem in diesem Falle nahm nicht nur den Penis, sondern auch Bauch, Vorderarme und Füße ein. Bei dem Patienten waren selbst auf der inneren Klinik, wo er mehrere Wochen gelegen hatte, keine Verdachtsmomente für Tuberkulose festgestellt worden. Myelitische Symptome, die schon damals bestanden, wurden auf eine alte Lues zurückgeführt, um so mehr als sie sich auf antiluetische Behandlung besserten. Zwei Jahre nach der ersten Untersuchung starb der Patient, der sich in der Zwischenzeit der Beobachtung entzogen hatte, in der Klinik und nun konnte bei der Sektion eine aktive Tuberkulose nachgewiesen werden. Es bestand eine Meningitis tuberculosa, Spondylitis dorsalis mit Kompressionsmyelitis des Dorsalmarkes und Lungenspitzentuberkulose. Nun könnte man sagen, daß es sich bei den Fällen von Pinkus mit ausschließlicher Lokalisation der Erkrankung am Penis und meinem Falle mit Ausbreitung über weitere Körperregionen (ebenso wie einigen identischen, später von Arndt beobachteten) um zwei verschiedene Affektionen

handle, daß die letzteren Fälle zur Tuberkulose in Beziehung stehen, die ersteren aber nicht. Daß aber diese Annahme nicht aufrecht zu erhalten ist, soll ein Fall zeigen, den ich während mehrerer Jahre in Hamburg beobachtet habe.

Patient, ein 26jähriger Hutmacher, kommt am 31. Oktober 1908 zu mir in die Sprechstunde wegen einer Geschlechtskrankheit. Die Untersuchung ergibt Gonorrhoe, Epididymitis sinistra und drei Ulcera mollia im Sulcus coronarius glandis. Außerdem bietet der Patient einen interessanten Nebebefund.

Die Haut des Penisschaftes ist übersät mit kleinsten, kaum stecknadelkopfgroßen, papulösen Effloreszenzen, in der Farbe teils wenig von der normalen Haut differierend, teils leicht bräunlich bis rötlich. Die einzelnen Effloreszenzen sind von runder oder polygonaler Begrenzung, scharf von der Umgebung abgesetzt, und haben eine plane, bei auffallendem Licht stark glänzende Oberfläche. Einzelne zeigen in der Mitte eine feine Vertiefung. Durch Kratzen läßt sich die ganze Effloreszenz leicht herausheben, worauf ein oberflächlicher, leicht blutender Substanzdefekt zurückbleibt.

Die ganze übrige Haut des Körpers ist frei von irgendwelchen Exanthemen. Der Patient ist von kräftigem Körperbau und hat gesundes Aussehen. In seiner Familie sind keine Erkrankungen an Tuberkulose vorgekommen. Er selbst ist früher nie krank gewesen. Die klinische Untersuchung ergibt keine Anhaltspunkte für Tuberkulose.

Über das Entstehen der Hautaffektion am Penis kann der im übrigen recht intelligente Patient keine Auskunft geben, erinnert sich aber, daß dieselbe bereits vor mehreren Jahren in einer Wiener Poliklinik die Aufmerksamkeit der Ärzte erregte.

Zur histologischen Untersuchung wird ein kleines, vier Knötchen enthaltendes Hautstückchen vom Penisschaft exzidiert, in Alkohol gehärtet, in Paraffin eingebettet und in Serien geschnitten. Färbung mit Hämatoxylin-Eosin, nach van Gieson, nach Unna-Tänzer, nach Unna-Pappenheim und auf Tuberkelbazillen nach Ziehl.

Mikroskopisch ergibt sich folgender Befund:

Den makroskopisch sichtbaren Knötchen entsprechen kleine, ganz scharf abgesetzte Infiltrationsherde in den obersten Schichten der Kutis unmittelbar unter dem Epithel. Diese Herde haben ovale Gestalt oder die Form eines Rechteckes mit abgerundeten Ecken. Das Epithel über den Infiltraten ist verschmälert, stellenweise auf 3–4 Lagen langgestreckter platter Zellen zusammengeschrumpft. In der Mitte der Läsion senkt sich ein derber, aus polygonalen Zellen bestehender Epithelzapfen in die Tiefe bis zur halben Höhe des Infiltrates, während sonst im Bereich des Herdes die Retezapfen vollkommen fehlen. Die unterste Schicht des Epithelzapfens besteht nicht aus normalen Basalzellen, sondern ist unscharf, wie ausgefranst, als ob die Zellen hier in die darunter liegenden Zellen des

Infiltrates übergangen. In einem Knötchen gabelt sich der Epithelzapfen nach unten in zwei Fortsätze. Während die Hornschicht am Rande der Knötchen normale Dicke nicht überschreitet, findet sich im Zentrum eine beträchtliche Hyperkeratose, die sich in der Mitte des Epithelzapfens in die Tiefe senkt, aber ihm nicht ganz bis an die untere Grenze folgt. An der Stelle der zentralen Hyperkeratose ist die Oberfläche etwas eingebuchtet, was wohl klinisch den Eindruck der Vertiefung hervorrufen mag.

Das Infiltrat setzt sich im wesentlichen aus Epithelioid- und Riesenzellen sowie aus Lymphozyten zusammen; und zwar ist eine deutliche Gruppierung bemerkbar, derart, daß die Epithelioid- und Riesenzellen in einzelnen Herden nach Art eines Tuberkels zusammen liegen, während die Lymphozyten diese einzelnen Gruppen von einander und das Ganze von der normalen Kutis abgrenzen. Besonders an der häufig geradlinig parallel zur Oberfläche verlaufenden unteren Grenze findet sich meist eine stärkere Anhäufung von Lymphozyten. Plasmazellen sind nirgends zu finden. Die Epithelioidzellen unterscheiden sich in nichts von denen des typischen Tuberkels; die Riesenzellen zeigen zum Teil typische Langhanssche Form, zum Teil sind sie lang gestreckt und unregelmäßig gestaltet, mehr Fremdkörper-Riesenzellen gleichend. Die größten Gruppen von Epithelioid- und Riesenzellen liegen zu beiden Seiten des zentralen Epithelzapfens und unmittelbar unter diesem. An einer Stelle liegen gerade hier Riesenzellen, die wie nekrotische Schollen mit einem Haufen von Kernen aussehen. Da hier auch die untere Zelllage des Epithelzapfens degeneriert und in Auflösung begriffen ist, so hat man an einzelnen Stellen den Eindruck eines Überganges von Epithel in das Infiltrat, als ob jene Zellblöcke aus degenerierten Epithelzellen entstanden wären. Dieser Eindruck wird noch durch einen anderen Befund verstärkt. Man findet vielfach in den langgestreckten Riesenzellen, die unter dem Epithelzapfen liegen, aber auch in Epithelioidzellen reichlich feinkörniges Pigment, das durchaus dem Pigment der Basalschicht entspricht. Nun enthält aber gerade das Epithel über, dem Infiltrat meist kein Pigment, während am Rande zum Gesunden die Basalschicht eher etwas pigmenthaltiger ist, als die übrige Haut. In Wirklichkeit wird es sich wohl so verhalten, daß die untersten Lagen des Epithels zugrunde gegangen sind, und das freigewordene Pigment von Epithelioid- und Riesenzellen aufgenommen worden ist.

Innerhalb der Knötchen ist weder Kollagen noch Elastin nachweisbar; Gefäße sind nur am Rande zu finden, von Lymphozyten umgeben. Tuberkelbazillen oder andere Mikroorganismen konnten nicht nachgewiesen werden. Eine Lokalisation der Knötchen um Schweißdrüsenausführungsgänge wurde nirgends bemerkt.

Nach dem klinischen und histologischen Befunde konnte also mit Sicherheit die Diagnose: Lichen nitidus gestellt werden. Mit dieser Diagnose wurde der Patient am 12./XII. 1908 von mir am wissenschaftlichen Abend des Krankenhauses St. Georg vorgestellt.

Aus der weiteren Krankengeschichte des Patienten sei das wichtigste kurz wiedergegeben: Die Gonorrhoe nahm unter entsprechender Behandlung einen normalen Verlauf. Von den *Ulcera mollia* heilten zwei auf lokale Therapie, während das dritte, nachdem es anfangs Heiltendenz gezeigt hatte, sich später indurierte und das Aussehen eines Primäraffektes annahm. Am 6./XII. 1908 wurden in diesem *Spirochaetae pallidae* nachgewiesen. Der Patient wurde nun einer antiluetischen Behandlung (aus äußeren Gründen einer Schmierkur) unterworfen, die am 24./I. 1909 beendet war. Der Lichen nitidus hatte sich während dieser Zeit nicht verändert.

Die Tatsache der luetischen Erkrankung und die Notwendigkeit einer chronisch-intermittierenden Behandlung gab mir die Möglichkeit, den Patienten in den nächsten Jahren häufiger wiederzusehen und dabei auch den Lichen nitidus zu beobachten. So machte der übrigens dauernd symptomfreie Patient seine erste Kur vom 21./III. bis 9./V. 1909 durch, die folgende vom 25./IX. bis 31./X. 1909, dann wieder eine vom 13./III. bis 22./IV. 1910. Dann kam der Patient erst wieder am 7./XI. 1911 in die Sprechstunde, nachdem er ein halbes Jahr vorher geheiratet hatte. Auch jetzt waren keine Symptome vorhanden. Wassermann negativ.

Während dieser ganzen Zeit, d. h. innerhalb dreier Jahre, war der Lichen nitidus am Penis nie ganz verschwunden. Doch waren die Knötchen bald in größerer, bald in geringerer Anzahl vorhanden. Auf dem übrigen Körper war nie eine Spur der Affektion zu finden. Der Patient erfreute sich dauernd des besten Wohls. Während der nächsten beiden Jahre hörte ich nichts wieder von ihm.

Anfang November 1913 wurde ich aufgefordert, mir einen Patienten mit einer merkwürdigen Hautaffektion anzusehen, der auf die innere Abteilung des Krankenhauses St. Georg (Prof. Dr. Deneke) vor einigen Tagen wegen tuberkulöser Pleuritis aufgenommen war. Ich war sehr überrascht, hier meinen alten Patienten vorzufinden, den ich wegen seines Lichen nitidus besonders gut in Erinnerung behalten hatte. Der Patient war nach seiner Angabe drei Wochen vorher mit Stichen in der linken Seite erkrankt, wenige Wochen davor sei an den Armen eine Hautaffektion aufgetreten, die jetzt noch in demselben Zustand zu sehen sei.

Es findet sich an den Beugeflächen beider Vorderarme eine dichte Aussaat vollkommen gleichförmiger runder oder polygonaler Effloreszenzen von kaum Stecknadelkopfgröße, von blaß-bräunlich-rötlicher Farbe, planer Oberfläche und starkem Glanz bei auffallendem Licht, kurz ein typischer Lichen nitidus. Reichliche, vollkommen gleiche Knötchen finden sich auch nach wie vor auf der Haut des Penischaftes. Es wurde nun vom Vorderarm ein kleines Hautstückchen exzidiert, die eine Hälfte, drei Knötchen enthaltend, zur mikroskopischen Untersuchung, die andere Hälfte zum Tierversuch verwendet.

Die histologische Untersuchung ergibt einen Befund, der mit dem der ersten Biopsie fast identisch ist; unter verdünntem Epithel scharf abgesetzte Infiltrate aus großen Riesenzellen, Epithelioidzellen und Lym-

phozyten. Nur fehlte bei diesen Knötchen der zentrale, sich einsenkende Epithelzapfen; statt dessen liegt ein Knötchen konzentrisch um einen Schweißdrüsenausführungsgang, in dem zweiten verläuft ein solcher Gang etwas exzentrisch, das dritte ist nur mit seinem Rande unmittelbar einem Drüsengang angelagert. Tuberkelbazillen konnten auch diesmal nicht gefunden werden. Der Tierversuch fiel negativ aus.

Es würde zu weit führen, die ausführliche Krankengeschichte, die damals auf der inneren Station angefertigt wurde (Dr. Berger), hier wiederzugeben. Es sei daraus nur erwähnt, daß der Patient mit hohem Fieber und Atembeschwerden aufgenommen wurde, daß durch die klinische Untersuchung, mikroskopisch-bakteriologische Untersuchung des Exsudates sowie durch Röntgenaufnahme des Thorax die Diagnose einer linksseitigen Pleuritis exsudativa tuberkulöser Ätiologie gestellt wurde, daß Patient außer der üblichen Allgemeinbehandlung (Digitalis etc.) mit Tuberkulose-Partial-Antigenen nach Deycke-Much behandelt und am 30./XII. 1913 gebessert entlassen wurde. Es sei noch hinzugefügt, daß die Wassermannsche Reaktion, die während des Spitalaufenthaltes zweimal angestellt wurde, beide Male negativ ausfiel, auch nach den verfeinerten Methoden.

Am 19./V. 1914 stellte sich Patient wieder bei mir in der Sprechstunde vor. Er hatte sich im allgemeinen gut erholt. Der Lichen nitidus am Penis und besonders an den Armen ist deutlich im Zurückgehen. Auf den Armen sind zahlreiche Knötchen nur noch als feine, gelb-braune, im Niveau der Haut liegende Fleckchen bemerkbar. Auf dem Rücken des Patienten finden sich unterhalb der linken Skapula und zwischen der 10. und 11. Rippe je ein etwa kirschgroßes, derbes Knötchen unter normaler Haut und auf der Unterlage verschieblich. Patient gibt an, daß diese Knötchen, die er, obwohl sie schmerzlos sind, schon seit längerer Zeit bemerkt hat, den Stellen entsprechen, an denen Probepunktionen vorgenommen worden sind. Ohne das könnte man wohl an Darriersche subkutane Sarkoide, resp. an Erythema induratum denken.

Ein merkwürdiger Befund ist ferner am linken Arm außen von der Ellenbeuge zu konstatieren. Hier findet sich ein über fünfmarkstückgroßer Krankheitsherd der Haut, ganz oberflächlich im Zentrum bräunlich, leicht atrophisch aussehend, am Rande aus zahlreichen, stecknadelkopfgroßen und etwas größeren bräunlich-rötlichen, weichen, wenig erhabenen Knötchen zusammengesetzt, von denen einzelne eine kleine Pustel tragen, andere mit weißen Schüppchen bedeckt sind. Der Eindruck ist durchaus der eines Herdes von Lichen scrofulosorum. Eine kleine, leider zu oberflächlich ausgefallene Biopsie gibt folgenden histologischen Befund:

Kleine, gut abgesetzte, perifollikuläre Infiltrate aus sehr reichlichen Epithelioidzellen und Lymphozyten. Ähnliche Infiltrate finden sich um kleine Venen der Kutis herum angeordnet. Keine Riesenzellen, keine T. B. Also ein Befund, der wohl mit Lichen scrofulosorum übereinstimmen könnte,

aber nicht beweisend ist, woran aber auch das unzureichende Material Schuld trägt.

Patient begibt sich zwecks Luft- und Sonnenkur zu längerem Aufenthalt an die Ostsee.

4./XII. 1914. Das Allgemeinbefinden ist gut geblieben. Dagegen haben sich die subkutanen Knoten auf dem Rücken deutlich vergrößert und im Zentrum eine etwas weichere Konsistenz angenommen. Der Herd von Lichen scrofulosorum am linken Arm ist spurlos verschwunden, dagegen tritt der Lichen nitidus an Armen und Penis wieder deutlicher hervor.

30./I. 1915. Die beiden Infiltrate auf dem Rücken sind zu über Männerfaust großen Tumoren angewachsen, die am Rande derb, in der Mitte deutlich fluktuieren und mit der Haut, die bläulich-rötlich verfärbt ist, verwachsen sind. Ein neuer, kleinapfelgroßer fluktuierender Tumor ist am Hinterhaupt aufgetreten. Patient wird auf die dermatologische Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses St. Georg (Prof. Dr. Arning) aufgenommen. Hier werden am 2./II. 1915 aus dem unteren der beiden Tumoren am Rücken durch Punktion 4 ccm gelben Eiters entleert. T. B. —, Tierversuch positiv.

Der Tumor am Okziput wird punktiert und mit Jodoforminjektionen behandelt. Die Tumoren am Rücken werden einer Röntgentiefenbestrahlung unterworfen. Eine Röntgenaufnahme am 3./II. 15 hat ergeben, daß Rippen- und Wirbelsäulenknochen an dem tuberkulösen Prozeß nicht beteiligt sind, daß es sich also lediglich um eine kolliquative Tuberkulose („gomme tuberculeuse“) des Unterhautgewebes handelt. Lichen nitidus unverändert.

Vom 3./II. bis 8./II. wird in 4 Sitzungen eine 4stellige Totalbestrahlung der Tumoren vorgenommen, in jeder Sitzung werden 10 X durch 4 mm Aluminiumfilter gegeben. Patient wird dann wieder ambulant behandelt.

Der fluktuierende Tumor am Okziput, der sich zu einem regelrechten kalten Abszeß entwickelt hat, wird mehrfach punktiert, darauf Jodoformöl injiziert. Von den Tumoren am Rücken ist der obere anfangs nach der Bestrahlung ganz zurückgegangen, während an dem unteren eine Fistel geblieben ist, die Eiter sezerniert. In diese wird mehrfach Jodoform injiziert. Als Patient am 20./IV. 15 wieder ins Krankenhaus aufgenommen wird, ist auch der obere Tumor wieder angewachsen. Eine eigentümliche Erscheinung zeigt die Haut in der Umgebung der Fistel. Hier finden sich zahlreiche papulöse, im Zentrum pustulöse oder nekrotische Effloreszenzen, die durchaus den akneiformen Tuberkuliden gleichen, daneben aber Gruppen von kleinen, follikulären, im Niveau der Haut liegenden, bräunlichen Knötchen, die nicht anders als ein Lichen scrofulosorum zu diagnostizieren sind. Es wird ein ganz kleines Hautstückchen exzidiert. Die Untersuchung ergibt:

Um einen erweiterten, mit hyperkeratotischen Lamellen ausgefüllten Follikel findet sich ein scharf begrenztes, vorwiegend aus Epithelioiden

und Lymphozyten bestehendes Infiltrat mit vereinzelt, kleinen Riesenzellen. An einzelnen Stellen sind auch kleinste Nekroseherde innerhalb des Infiltrates zu sehen. Die histologische Untersuchung bestätigt also die klinische Diagnose: Lichen scrofulosorum.

Wir haben hier also einen regionär sich an ein Scrofuloderma anschließenden Lichen scrofulosorum. Man kann dabei an eine lymphogene Entstehung denken. Aber auch eine exogene Entstehung scheint mir nicht von der Hand zu weisen. Die Läsionen finden sich nämlich annähernd in dem Bereich, wo sich der tuberkulöse Eiter aus der Fistel unter einem Gaze-Pflasterverband ansammelt. Theoretisch ist die Möglichkeit einer solchen Pathogenese durch die Tierversuche von Gougerot und Laroche, sowie die Erfahrung mit der Pirquet- und Moro-Reaktion ja längst zugegeben.

Am 28. und 29./IV. erhält Patient wieder in 2 Sitzungen je 10 X durch 3 mm Aluminiumfilter, wird dann wieder vorläufig entlassen und am 27./V. wieder aufgenommen. Die Abszesse bestehen noch. Aus dem unteren soll sich vor einigen Tagen nach einer längeren Wagenfahrt plötzlich eine kolossale Menge Eiter entleert haben. Auch der obere Herd hat sich jetzt mit einer Fistel nach außen geöffnet. Beide Abszeßhöhlen kommunizieren miteinander. Der Lichen scrofulosorum in der Umgebung der Fistel ist verschwunden. Lichen nitidus unverändert an Armen und Penis. Pirquetsche Reaktion ist ganz ungewöhnlich stark positiv. Es werden vorläufig nur einige Jodoforminjektionen in die Fistel gemacht. Vom 13./VII. bis 21./VII. finden wieder Bestrahlungen statt, 5 Sitzungen, jedesmal mit 3 mm Aluminiumfilter. Der obere Herd erhält im ganzen 13 X, der untere 16 X. Bei dem kalten Abszeß am Kopf wird von einer Röntgenbehandlung Abstand genommen mit Rücksicht auf die zu erwartende Alopie.

21./VIII. In den letzten Tagen hat sich ein neuer Herd von Lichen nitidus am Abdomen um den Nabel herum gebildet. Dieser reagiert auf Salbeneinreibung nach Moro deutlich positiv, bedeutend stärker als die normale Haut. — Am linken Oberschenkel findet sich an der Außenseite über dem Kniegelenk ein neuer, fast kleinhandtellergrößer Herd von Lichen scrofulosorum, zentral pigmentiert, an der Peripherie aus zahlreichen bräunlich-roten Knötchen zusammengesetzt. Auf dem Rücken noch zwei Fisteln, Abszeß am Hinterhaupt unverändert. So blieb der Befund bis zum Oktober 1915, wo eine Tuberkulinbehandlung nach der von Ponndorf angegebenen Methode begonnen wird. Diese Methode der kutanen Impfung in multiple Skarifikationen wurde allerdings bereits vor Ponndorf von Sahli theoretisch begründet und praktisch mit Erfolg ausgeübt. Der Patient wurde dreimal geimpft, am 23./X., 2/XI. und am 20./XI. Im Verlaufe dieser Behandlung sind die Herde auf dem Rücken vollständig geschwunden; die Fisteln haben sich geschlossen. Auch im Bereich des kalten Abszesses am Hinterhaupt, der nie bestrahlt worden war, ist die Fluktuation vollkommen geschwunden und die Haut hat sich fest an die Unterlage angelegt. Das subjektive Befinden des

Patienten hat sich immer mehr gehoben. Bei der letzten Untersuchung, Anfang Januar 1916, können die Skrofuloderme als geheilt betrachtet werden. Der Lichen nitidus an den Vorderarmen und in der Nabelgegend hat sich stark involviert, so daß jetzt größtenteils nur noch kleine, im Niveau der Haut liegende braune Fleckchen zu sehen sind. Am Penis finden sich noch typische Effloreszenzen, doch vielleicht etwas spärlicher als früher. Der Lichen scrofulosorum am linken Oberschenkel ist verschwunden, ohne Spuren zu hinterlassen.

Kurz zusammengefaßt handelt es sich bei dieser langen Krankengeschichte um folgendes: Bei einem 26jährigen Patienten, der selbst gesund, aus einer gesunden Familie stammt, wird bei einer Untersuchung gelegentlich einer frischen Syphilis-Infektion ein schon seit Jahren bestehender, klinisch und histologisch typischer Lichen nitidus der Penishaut entdeckt. Dieser Lichen nitidus wird mehrere Jahre hindurch beobachtet, während welcher er im ganzen unverändert bleibt. 5 Jahre nach der ersten Untersuchung erkrankt der Patient an Pleuritis tuberculosa. Gleichzeitig mit dem Manifestwerden der Tuberkulose tritt eine Aussaat von Lichen nitidus an beiden Vorderarmen auf. Später kommen Skrofuloderme hinzu, während deren Bestehen auch mehrfach Einzelherde von Lichen scrofulosorum auftreten. Unter Röntgen- und Tuberkulinbehandlung heilen die Skrofuloderme. Gleichzeitig scheint sich der Lichen nitidus an den Armen zu involvieren, während er am Penis noch bestehen bleibt.

Das wichtigste an dieser Beobachtung ist der unbestreitbare Zusammenhang, der in diesem Falle zwischen Lichen nitidus und einer Tuberkulose besteht. Diesen festzustellen war aber nur durch einen besonders günstigen Zufall möglich, der es mir gestattete, den Patienten durch 7 Jahre hindurch im Auge zu behalten. Hätte ich den Patienten nach der ersten Behandlung nicht wieder gesehen, so würde er, wie so viele Fälle von Pinkus und Arndt, den Eindruck hinterlassen haben, daß es sich um eine rein lokale Affektion handle, die mit Tuberkulose nichts zu tun habe. Besonders interessant ist es, daß zur Zeit der latenten Tuberkulose nur jene Lokalisation am Penis bestand, wie in den Pinkusschen Fällen, während mit dem Manifest-

werden der Krankheit ein Exanthem an den Armen hinzukam, das durchaus dem meines Berner Falles glich, bei dem sich schließlich auch eine offene Tuberkulose herausstellte.

Es ist wohl kaum zu leugnen, daß die Hautaffektion am Penis und Armen von gleicher Natur sind. Hier konnte denn auch ein Widerspruch gelöst werden, der hinsichtlich des anatomischen Befundes zwischen den andern Untersuchern und meiner ersten Publikation bestand. Ich hatte damals besonders die Lokalisation der tuberkelähnlichen Knötchen um die Schweißdrüsenausführungsgänge betont, während die andern dergleichen nicht hatten feststellen können. Nun hat aber Arndt sämtliche Probeexzisionen von der Penishaut ausgeführt, keine vom übrigen Körper. In meinem Fall ergibt sich aber hier ein deutlicher Unterschied. Die Knötchen am Penis sind um einen zentralen Epithelzapfen gelagert, die am Arm häufig um einen Schweißdrüsenausführungsgang. Im übrigen stimmen sie vollkommen überein und gehören ein- und derselben Affektion an.

Das langjährige Vorhandensein eines Lichen nitidus am Penis spricht auch dagegen, den Ausschlag an den Armen etwa gar als plane Form eines Lichen scrofulosorum ansehen zu wollen. Dagegen spricht auch die Einförmigkeit dieser Eruption und der ebenso monomorphe wie charakteristische histologische Befund. Als später bei dem Patienten zu verschiedenen Zeiten nun wirklich noch Einzelherde von Lichen scrofulosorum hinzukamen, hatten diese sowohl klinisch als auch mikroskopisch einen ganz anderen Charakter als der Lichen nitidus und waren auch viel flüchtiger in ihrem Auftreten. Wichtig aber ist es, daß sie eine Disposition des Patienten für Hauttuberkulide anzeigen. Damit wäre aber auch der Lichen nitidus der Gruppe der sogenannten „Tuberkulide“, d. h. der hämatogenen Hauttuberkulose nahegerückt, wenn auch der vollgültige Beweis seiner Zugehörigkeit noch nicht geliefert ist.

Für die klinische Zusammengehörigkeit mit Tuber-

kulose spricht auch ein anderer Fall, den ich leider nicht längere Zeit verfolgen konnte.

6./VI. 10. 17jähriger Kaufmannslehrling hat vor 6—7 Jahren eine Drüsenoperation am Halse durchgemacht, ist sonst gesund gewesen. Familienanamnese enthält keine Anhaltspunkte für Tuberkulose. Seit etwa einem halben Jahre besteht ein Ausschlag am rechten Arm. Keine subjektiven Symptome.

Schwächlicher, magerer Patient. Am Halse rechts tief eingezogene Narben, allem Anschein nach von tuberkulösen Drüsen herrührend. Innere Organe ohne pathologischen Befund.

Am rechten Arm, und ausschließlich an diesem, findet sich ein Exanthem, bestehend aus vollkommen gleichförmigen, nicht gruppierten Einzelelementen. Es sind kleine, gelb-bräunliche, teils auch leicht rötliche Knötchen von runder oder polygonaler Form, das Hautniveau wenig überragend, von planer, im auffallenden Licht glänzender Oberfläche.

Eigentümlich ist die Lokalisation des Exanthems an dem befallenen Arme. Es beginnt unmittelbar unter dem Schultergelenk und geht an der Beugefläche etwas lateral herunter bis zum Handgelenk, wo die Effloreszenzen besonders zahlreich sind. Am Vorderarm geht es radialwärts etwas auf die Streckseite über, von da auf den Handrücken im Gebiet der ersten beiden Metakarpalknochen und auf die Rücken der ersten beiden Finger.

Eine kleine Probeexzision vom Vorderarm gibt folgenden Befund:

Scharf abgesetztes Infiltrat in den obersten Schichten der Kutis. Das Epithel darüber ist auf wenige Lagen verschmälert, die Papillen sind verstrichen. Nach unten ist das Infiltrat in gerader Linie abgegrenzt. Es besteht vorwiegend aus Lymphozyten, doch sind zwischen diesen Gruppen von Epithelioidzellen mit kleineren Riesenzellen eingestreut. Kollagen und elastische Fasern fehlen innerhalb des Infiltrates. Von zwei auf Serienschnitten verfolgten Knötchen ist eines um einen Schweißdrüsenausführungsgang, das andere um einen verdickten Retezapfen gruppiert.

Auch hier mußte die Diagnose: Lichen nitidus gestellt werden. Leider konnte der Fall nicht weiter beobachtet werden. Ganz ungewöhnlich ist die einseitige, an manche Naevi und naevusähnliche Dermatosen erinnernde Lokalisation, am wichtigsten aber auch hier das Vorkommen bei einem — den Drüsennarben nach zu urteilen — tuberkulösen Individuum.

Aus beiden hier wiedergegebenen Beobachtungen folgt, daß vielleicht doch allgemein ein Zusammenhang zwischen Lichen nitidus und Tuberkulose besteht, daß man jedenfalls immer darauf fahnden muß. Den Lichen nitidus vorbehaltlos jetzt schon unter die „Tuberkulide“ einzureihen, halte ich allerdings noch für verfrüht. Denn abgesehen

davon, daß die bindenden Beweise, wie Tierversuch, Bazillenbefund (außer in dem einen Arndtschen Falle) noch fehlen, wollen manche klinischen Eigenschaften noch nicht ganz in das Bild passen. Das ist vor allem das jahrelange Verharren der Affektion in demselben Zustande, ohne fortzuschreiten oder sich zu involvieren, wie wir es bei keinem der sicheren „Tuberkulide“ kennen, ferner die ganz ungewöhnliche Prädilektionsstelle am Penischaft, wo wir sonst hämatogene Tuberkulosen nicht gerade häufig auftreten sehen. Es ist also sicherlich die Frage nach der eigentlichen Natur des Lichen nitidus noch nicht gelöst, aber die Möglichkeit eines tuberkulösen Ursprunges ist wieder mehr in den Kreis unserer Betrachtungen zu ziehen.