Über Dermatitis nodularis necrotica.

Von

Prof. Dr. Victor Klingmüller.

In folgendem möchte ich einen Fall mitteilen, welcher wegen seiner klinischen Eigenart ein besonderes dermatologisches Interesse darbietet. Er ist auch deshalb von besonderem Wert, weil wir die eigenartige Dermatose während mehrerer Jahre wiederholt und genau beobachten konnten und wir die Patientin auch nach der Ausheilung des Ausschlages wiederholt untersuchen konnten.

Krankengeschichte: (Der erste Teil bereits von Frohwein, Monatsh. f. prakt. Dermat. Bd. XLII. p. 345, veröffentlicht.)

1905. Hubertine B., Hausmädchen, 17 Jahre, suchte im Juli 1905 wegen eigentümlicher „warzenartiger“ Gebilde an den Händen, Füßen, Ellbogen und Knien die poliklinische Sprechstunde auf. Als ältestes von neun noch lebenden und angeblich gesunden Kindern geboren, gibt sie an, abgesehen von leicht verlaufenen Masern und Diphtherie, nie ernstlich krank gewesen zu sein. Seit einigen Jahren ist sie etwas bleichsichtig, hatte vor 10 Monaten ihre ersten Menses, die seitdem stets regelmäßig und beschwerdefrei verlaufen sind.

1905: Influenza und Rippenfellentzündung mit blutigem Auswurf.

Patientin leidet ständig an kalten und feuchten Händen und Füßen und bei Eintritt der kälteren Jahreszeit sollen die Finger anschwellen, sich blaurot verfärben und heftig jucken. Während eines solchen Zustandes sind angeblich zuerst vor sieben Jahren auf dem Handrücken ohne subjektive Empfindung bläulich livide Flecke aufgetreten, die nach einiger Zeit zu linsengroßen, in der Mitte blauschwarz gefärbten erhabenen Gebilden heranwuchsen, über denen sich die Haut verdickte. Diese blieben eine zeitlang bestehen und gingen zum Teil von selbst ohne Hinterlassung von Narben zurück, pflegten aber seitdem in längeren oder kürzeren Zwischenräumen ohne Rücksicht auf die Jahreszeit zu rezidivieren.

Dasselbe Verhalten zeigten ähnliche Affektionen, die sich in den folgenden Jahren an den Streckseiten der Ellbogen und Kniee, sowie an den äußeren Knöcheln bildeten. An den Unterarmen und Unterschenkeln hat Patientin nur blaurote Flecke bemerkt, die ohne Umwandlung in warzige Erhebungen wieder verschwanden.

Jucken oder Schmerzen waren nie vorhanden, nur wurden an den Füßen die Warzen manchmal durch Stiefeldruck lästig, während an den Händen, die in der Mitte der Knoten vorhandenen Gefäßschlingen zuweilen infolge geringer mechanischer Insulte aufplatzten und dann nicht unerheblich bluteten.

Status: Über mittelgroßes, schlankes Mädchen mit langen, dünnen Gliedmassen. Thorax flach, Lungenbefund normal. Über dem Herzen unreine Töne, über der rechten Vena jugularis deutliches Nonensausen.

Hände und Füße fühlen sich feucht und kühl an.

Auf der Streckseite beider Hände über dem Metakarpophalangealgelenk des zweiten bis fünften Fingers, etwas auf das untere Drittel der ersten Phalangen übergreifend, ist die Haut blaurot verfärbt, verdickt und weist mehrere einzeln stehende linsengroße Erhebungen auf. Dieselben stellen derbe, mit einer glatten transparenten hornartigen Hautschicht bedeckte Papeln dar, deren Peripherie durch einen schmalen weißlich glänzenden Saum gebildet wird, während die Mitte durch scheinbar maximal dilatierte, geschlängelte Blutgefäße blaurot verfärbt und unregelmäßig höckerig ist. (Exision 1.)

An den Streckseiten beider Kniee, direkt vor den Kniescheiben, erscheint die Haut blaugrau verfärbt, derb, trocken, mit deutlich ausgesprochener Hautfelderung. In diesem Bezirk liegen sowohl mehrere hanfkorngroße Einzeleffloreszenzen obiger Art wie auch durch Konfluenz entstandene, pfennigstückgroße, kreisrunde, scheibenartige Plaques, deren erhabener Rand durch kleinere Knötchen gebildet wird, die im Zentrum einen intensiv rot gefärbten Punkt aufweisen. Am linken Knie findet sich eine derartige Scheibe, die durch einen girlandenartig gestalteten, nach einer Seite offenen Rand begrenzt wird.

Ganz ähnliche Affektionen bestehen an den äußeren Malleolen und an beiden Ellbogen.

An der Vorderfläche der Unterschenkel sind eine Anzahl einzeln stehender, bläulicher runder Flecke von Hanfkorn- bis Linsengröße, die durch Druck mit dem Glasspatel zwar blasser werden, aber nicht vollständig verschwinden, wobei im Zentrum ein noch deutlicher gefärbter Punkt hervortritt. (Nach Angabe der Patientin sollen diese Flecke von selbst wieder vergehen, ohne jemals warzige Beschaffenheit anzunehmen.) Es ist noch zu bemerken, daß sich sämtliche Affektionen in ausgesprochen symmetrischer Anordnung vorfinden.

Neue Krankengeschichte:

1906. 23./VIII. Ein neuer Ausbruch soll vor 2 Monaten eingetreten sein. Prodromalerscheinungen sollen nicht vorhanden gewesen sein; Ursache weiß Pat. auch nicht anzugeben. Wurde ambulant seit 8 Tagen behandelt. Anfangs juckten die Affektionen. Zur Zeit sind zum Unterschied gegen früher auch die Streckseiten der Oberarme mit kleinen, ziemlich flachen Effloreszenzen bis zur Mitte des Oberarms hinauf bedeckt; auch oberhalb der Kniee noch einige. An der Außen- und Beugeseite des rechten Oberschenkels klein stecknadelkopf- bis erbsengroße Knötchen.

14./IX. 1906. Patientin hat unter geringer Temperatursteigerung wieder einen akuten Nachschub bekommen, der sich auf Unterschenkel, Glutaeen und Arme ausbreitete. Die Effloreszenzen waren kleiner als die vorherigen.

Status: Sehr schlankes, grazil gebautes Mädchen. Lungen: Grenzen und Perkussionsschall normal. Links überall vesikuläres Atmungsgeräusch, rechts oben vesikuläres Atmen mit verlängertem Expirium. Herz: Aktion frequent, Töne rein, Grenzen normal. Pat. klagt zuweilen über Herzklopfen.

Haut: Untere Extremitäten: Vor beiden Kniescheiben je eine zehnpfennigstückgroße, schmutziggraue, durch eine bräunliche Zone unscharf in die Umgebung übergehende, erhabene, mit harten, trockenen hornartigen Massen bedeckte Effloreszenz; die rechte trägt auf der Höhe der Schwellung eine hanfkorngroße scheinbar mit flüssigem Blut gefüllte Kaverne, die linke zeigt mehrere kleine Blutstippchen. In der Umgebung sowie an den Unterschenkeln (namentlich der Streckseite), bis hinunter zum Fußrücken zahlreiche gelblich-braune bis bläuliche leicht infiltrierte, kleinste, bis fingernagelgroße, namentlich bei längerem Stehen deutlich hervortretende Flecke, von denen eine Anzahl in ihrer Mitte stecknadelkopfgroße, teils mit einem Schüppchen bedeckte Blutpunkte aufweist.

Über beiden äußeren Knöcheln ist die Haut in Talerstückgröße infiltriert, schmutzig-bläulich livide verfärbt. Über dem r. befindet sich ein 5 Pfennigstückgroßes, scharf mit wulstigen unterminierten Rändern begrenztes, schmierig-eitrig belegtes Ulcus von Hufeisenform, über dem l. eine ebenfalls von einem derartigen Ulcus herrührende wulstige, leicht hornartige schwärzlichblaue Narbe. An den inneren Knöcheln sind die Erscheinungen schwächer ausgeprägt.

Obere Extremitäten: An beiden Ellbogen befinden sich je eine größere und mehrere kleinere, ähnlich den an den Knien beschriebenen Effloreszenzen. (Exzision 2.) An den Streckseiten der Oberarme und der unteren Hälfte der Unterarme sowie auf dem Handrücken und Fingerrücken zahlreiche, sehr dicht stehende, bläulich-rote Infiltrate, deren Oberfläche völlig glatt, glänzend ist. An einzelnen Stellen wieder die hier scheinbar aufkleinen Hornkegelchen aufsitzenden Blutstippchen. Eine größere Blutkaverne findet sich an der Streckseite des 1.—2. Pha-

langealgelenkes des linken kleinen Fingers, an der symmetrischen Stelle rechts ein aus solcher Kaverne entstandenes Ulcus. Die Hohlhände zeigen großlamellöse Abschuppung. Sämtliche Effloreszenzen zeigen symmetrische Anordnung.

Hände und Füße fühlen sich kühl und feucht an.

19./IX. 1906. Zweistündliche Temperaturmessung ergibt gestern um 6 Uhr abends 38°. Um 8 Uhr Injektion von $\frac{1}{10}$ mg A. T., danach heute früh 8 Uhr wieder 38°.

20./IX. 1906. Gestern Abend 9 Uhr 1 mg A. T., danach heute früh 8 Uhr 38.3°. Weder gestern noch heute lokale Reaktion der Effloreszenzen, keine Schmerzen in der Brust oder sonstige Störungen des Allgemeinbefindens.

26./IX. 1906. Temperatursteigerungen in den letzten 6 Tagen ergeben Schwankungen zwischen 36 und 38.1° ohne bestimmte Norm. Allgemeinbefinden nicht gestört.

29./IX. 1906. Nach Injektion von 3 mg A. T. am 26./IX. abends 8 Uhr Fieber mit dauernd hohen Temperaturen bis 39.2° am 27. und 28./IX. Brustschmerzen linkerseits, starke Störung des Allgemeinbefindens, kein Husten; über den Lungen perkutorisch oder auskultatorisch keine Veränderungen gegen früher. Keine Lokalreaktion.

Unter einfachen Schutzverbänden heilen die ulzerierten Partien ab.

2./X. 1906. Temperaturen zur Norm zurückgekehrt. Allgemeinbefinden wieder gut. An und unterhalb beider Kniee Auftreten kleinster bis hanfkorngroßer, teils von einem entzündlichen geröteten Hof umgebener Knötchen (Exzision 3), die im Zentrum eine blaurote Verfärbung zeigen.

13./X. 1906. Zustand unverändert. Die Ulzerationen an den Knöcheln sind verheilt unter feuchten und Zinkpaste-Verbänden. Die zuletzt aufgetretenen kleinsten Knötchen haben sich bis Hanfkorngröße vergrößert und sind mit einem geröteten Hof umgeben. Temperaturen sind nicht wieder aufgetreten. Seit dem 8./X. Aspirin innerlich dreimal täglich 1 g ohne besonderen Einfluß auf die Effloreszenzen. Pat. wird mit Vorschriften zur Selbstbehandlung entlassen.

22. Oktober 1906 Neuaufnahme: Seit der Entlassung vor 8 Tagen haben sich zahlreiche neue rote Flecke am rechten Oberschenkel gebildet, am rechten Unterschenkel haben sich die alten Flecke scheibenförmig vergrößert und in der Gegend des Fußgelenks sind tiefblaurote neue Stellen aufgetreten. Pat. kommt daher wieder zur Aufnahme.

Allgemeinbefinden nicht gestört, bis auf geringes Brennen am linken Unterschenkel hat Patientin keine Beschwerden.

Status: Das Krankheitsbild an den oberen Extremitäten, an den Knien und am r. Unterschenkel unverändert.

L. untere Extremität: Über der Bogenlinie des Fußgelenks ist die Haut in einer etwa handbreiten Zone verdickt, infiltriert, nicht in Falten abhebbar, eigentümlich gelblich grün verfärbt (ausgetretener-

Blutfarbstoff?) mit ca. 8—10 tiefblauroten Linsen- bis 5 Pfennigstückgroßen, unregelmäßig zackig begrenzten Herden, die teils flächenhaft, teils spitzenstoffartig durchbrochen, blau erscheinen. Auf Druck sind die Stellen etwas schmerzhaft. Die Konturen des Gelenks sind verstrichen, die Bewegungen ebenso wie die sämtlicher anderer Gelenke vollkommen frei.

Auf dem Fußrücken ca. talergroße, scheibenförmige, über die Umgebung erhabene, gelblichrote, infiltrierte Partie mit zahlreichen kleinsten Blutstippchen von der Größe des eben sichtbaren bis Stecknadelspitze. Die Flecke am Unterschenkel (cf. oben) haben sich vermehrt und durch peripheres Wachstum vergrößert, das Zentrum erscheint zum Teil eingesunken und weniger intensiv gefärbt. Die Umgebung der Flecke ist schmutzig, gelblich-grün verfärbt. An der Innenfläche des l. Oberschenkels sind zahlreiche stecknadelkopf- bis linsengroße, intensiver gelbrot (als die an Unterschenkeln) und schärfer gegen die scheinbar unveränderte umgebende Haut abgesetzte Flecke aufgetreten, die ebenfalls in ihrem Zentrum einen manchmal kaum sichtbaren Blutpunkt tragen.

Im oberen Teil des r. Oberschenkels an der inneren Seite hat sich ein ca. 5 Pfennigstückgroßes, scharf durch wallartigen Rand begrenztes Ulcus gebildet. Umgebung ebenfalls gelblich grün verfärbt. Glutaeen mit sehr zahlreichen teils konfluierenden bräunlich pigmentierten Flecken bedeckt.

24./X. 1906. Gestern 1 *mg* A. T., wonach heute bis 39.2° Fieber; keine lokale Reaktion.

25./X. 1906. Allgemeinreaktion besteht weiter, Temperaturen bis 39°, Übelkeit, Kopfschmerzen, kein Husten.

Daneben heute Lokalreaktion (?) an dem rechten Ellenbogen, deutliche Rötungszone, welche die mit Schuppen bedeckte Effloreszenz am Ellenbogen ca. $\frac{1}{2}$ cm überragt und in die scheinbar gesunde unveränderte Haut hineinreicht, l. Ellenbogen und andere Stellen reagieren nicht.

27./X. 1906. Allgemein- und Lokalreaktion abgelaufen, Temp. zur Norm zurückgekehrt. Allgemeinbefinden wieder gut. An der Stelle am r. Ellenbogen, wo scheinbar eine örtliche Reaktion vorhanden war, zeigt sich eine Eiterretention.

30./X. 1906. Über dem l. Fußgelenk sind die Blutextravasate teils resorbiert, teils haben sich in der Haut gelegene kleine Blutzysten gebildet, aus denen sich auf Druck ziegelfarbenes Blut entleert. Neue Effloreszenzen sind nicht aufgetreten.

Urin: kein Eiweiß. Plattenaussaat von steril der Vene entnommenem Blut: Platten steril. Blutkörperchenzählung ergibt ca. 16000 Leukozyten.

Auskatzung des schwammigen Gewebes über dem r. Malleolus ext. Mikroskopisch im Ausstrich keine Tuberkelbazillen nachzuweisen.

31./X. 1906. 1 *mg* A. T. Abends 7 Uhr.

1./XI. 1906. Keine Reaktion.

5./XI. 1906. Weiße Blutkörperchen 15'600, Hämoglobin 100%. Auf den Glutaeen sind neben den zahlreichen alten Pigmentationen neue flache Ulzerationen von demselben Charakter wie an den Beinen aufgetreten. Beginn mit Arseninjektionen, täglich um 1 mg steigend. Im Urin gestern $\frac{1}{2}\text{‰}$ Alb., heute nur Spuren.

8./XI. 1906. Weiße Blutkörperchen 11'700. Rote Blutkörperchen 3'7 Mill.

Arsen gut vertragen, Ulzerationen heilen ab. Untersuchungen des Augenhintergrundes in der Königl. Augenklinik ergibt keine pathologischen Veränderungen.

15./XI. 1906. Zustand ziemlich unverändert. Vor dem 1. Schienbein hat sich aus einer kleinen durchgebrochenen Blutzyste ein ca. 5 Pfennigstückgroßes Ulcus mit wulstigen, unterminierten Rändern und eitrig belegten Grunde gebildet, das sehr schlechte Heilungstendenz zeigt. (Exzision 4.)

Aus einer ca. hanfkorngroßen geschlossenen Blutzyste oberhalb des oben beschriebenen Ulcus ist auf Agar und Gelatine geimpft und Platten gegossen. Sehr zahlreiche Kolonien von Staphylokokken.

Weiße Blutkörperchen unverändert — 12'500. Hb. 100%. Arseninjektionen täglich 0'01 gut vertragen.

22./XI. 1906. Zahl der weißen Blutkörperchen scheinbar in stetigem Sinken begriffen, heute 9000. Hb.-gehalt unverändert. Ulcus am Bein noch immer nicht geheilt. Ätzung mit Lapis. Heftpflasterverbände.

29./XI. 1906. Untersuchung des Lungenbefundes (Dr. Wandel: „Über der r. Lungenspitze rauhes und verschärftes Atmungsgeräusch, zuweilen ganz fern klingendes Knister-rasseln.“

Ulcus am Bein noch nicht verheilt, am l. Ellenbogen ist eine neue Blutzyste aufgetreten, Abimpfung auf Gelatine und Agar und Gießen von Platten.

Befund: nihil.

Weiße Blutkörperchen heute 10'300, Hb.-Gehalt unverändert.

3./XII. 1906. Seit 29./XI. keine Veränderung; da Kasse abgelaufen, entlassen. Arseninjektion ambulant.

3./I. 1907. Pat. fühlt sich vollständig gesund.

Im Laufe der letzten Tage ist ohne eine besonders nachweisbare Ursache das alte Leiden wieder von neuem aufgetreten. Befallen sind dieses Mal die Dorsalseite der Hände und Unterarme, die Kniescheibengegend und der Fußrücken nebst Knöchel-
gegend.

In letzterer sitzt ein sehr derbes, ziemlich erhabenes, gelblich verfärbtes, ungefähr handtellergroßes Infiltrat. Die Haut ist hier so derb, daß man sie nicht abheben kann, als wenn sie mit der Unterlage völlig verwachsen wäre.

An den übrigen befallenen Körperteilen sind dieselben runden, teilweise serpiginösen, livid verfärbten, zentral dunkelrot tingierten Efflo-

reszenzen wie früher. (Exzision 5. vom Handrücken.) Bakteriologische Untersuchung negativ.

Es wird eine kurze Bestrahlung der Unterarme mit der Quarzlampe vorgenommen. Am nächsten Tage hier sehr große Bullae.

Eine Beschleunigung der Resorption wird nicht bemerkt. Salbenverbände um den Fuß.

Aussetzen der Arseninjektionen (bis heute 40 Einspr.).

20./I. 1907. Die Blasen heilen auffallend langsam; die Infiltrate verschwinden an den Beinen ohne Spuren zu hinterlassen, während sie an den Händen noch deutlich zu erkennen sind, besonders an dem jetzt braun verfärbten Zentrum.

27./I. 1907. Panaritium an beiden Daumen (chirurg. Klinik). Entfernung des r. Daumennagels.

Von dem Erythem besteht noch das braune Zentrum an den Händen sonst nihil.

2./III. 1907. Neue Eruption von stecknadelkopfgroßen prallelastischen, papulösen Effloreszenzen an den Extremitäten, fast ausschließlich an den Streckseiten. Die Effloreszenzen sind blaß, bei Palpation nicht schmerzhaft, tragen meist an der Spitze eine bläschenähnliche, helle Kuppe, bei deren Öffnung sich ganz wenig Sekret entleert (Kulturen: steril).

10./III. 1907. Einzelne dieser Effloreszenzen sind resorbiert und an ihrer Stelle ist noch ein Pigmentfleck sichtbar, andere sind unverändert. Ein Teil ist zu Pusteln geworden, teils sind sie mit kleinen Krusten bedeckt, teils haben sie sich in kleine kraterförmige Geschwüre umgewandelt.

An den Malleolen bildeten sich ebenfalls derbe plattenartige Infiltrate, welche aber von vornherein blaurot verfärbt waren, sich allmählich erweichten und ulzerierten. Diese Ulcera sind unregelmäßig rund oder oval, mit steil abfallenden Rändern, Geschwürsgrund unregelmäßig, mit schmierigen, secernierenden Granulationen besetzt. Peripherer, ziemlich derber Infiltrationswall.

Ähnliche Ulcera haben sich auch an den Extremitäten aus den blassen plattenförmigen Infiltraten entwickelt.

Besonders an den Streckseiten der Hände, Handgelenke und untersten Teile der Unterarme sind wieder linsen- bis pfennigstückgroße Platten entstanden, in denen sich braunrote stecknadelspitz- bis stecknadelkopfgroße Hämorrhagien finden. Nach einer Woche sinken diese Platten z. T. in der Mitte ein, der Randwall bleibt noch längere Zeit erhalten.

16./III. 1907. Aus den stecknadelkopfgroßen Hämorrhagien an den Unterschenkeln und an den Streckseiten der Arme haben sich tiefe schmutzige Ulcera gebildet.

Neuaufnahme in die Klinik.

30./III. 1907. Auf dem Handrücken bilden sich die früher immer beobachteten erythemartigen runden Flecke aus; erreichen aber nicht die frühere Höhe; verschwinden nach wenigen Tagen.

13./IV. 1907. Bisher keine neuen Eruptionen.

Über Nacht ist plötzlich fast der ganze Körper, auch Rücken, Brust und Bauch besät mit kleinen stecknadelkopfgroßen, bräunlichen Knötchen, die leicht jucken; nur ganz vereinzelt sind sie an den Hand- und Fußrücken größer wie ein Stecknadelkopf; die früher immer beobachteten Hämorrhagien fehlen.

Keine Allgemeinstörungen.

16./IV. 1907. Sämtliche Flecken sind verschwunden; keine Narben, Pigmentierungen nur an Unterarmen.

3./V. 1907. Bis heute nichts neues.

26./V. 1907. Bis jetzt ohne neue Eruptionen geblieben. Entlassen.

VII. 1907. Anfang dieses Monats Auftreten neuer Effloreszenzen derselben Art wie früher, etwas weniger erhaben wie früher. Weniger Neigung zur Eiterung, sind nach 14 Tagen abgeheilt.

2./X 1910. Seit 2 Jahren völlige Heilung; in der ersten Zeit sollen noch vereinzelt kleine Pusteln auf den Händen aufgetreten sein, die innerhalb weniger Tage von selbst zurückgingen. Fühlt sich völlig gesund; keine Symptome von Tbc.

An allen damals erkrankten Partien weißliche, stellenweise etwas bräunliche, meist peripher pigmentierte, mosaikartig in die Haut eingelegte, rundliche und ovale Narben. Große (bis 2 Pfennigstück), runde, tief braun pigmentierte Narben an der Vorderseite des unteren Drittels beider Unterschenkel, die stellenweise zu großen Narbenplaques konfluieren. An Ellbogen und Kniescheiben dunkle Narben mit erheblicher Epidermisatrophie.

1911. April. Pat. ist bis heute geheilt geblieben.

Zusammenfassung des klinischen Bildes:

20jähriges Mädchen, aus gesunder Familie, keine besonderen Krankheiten. [Einmal werden bei ihr auf der r. Lungenspitze auf Tuberkulose verdächtige Symptome festgestellt.

Vom 10. bis zum 18. Lebensjahr anfallsweise rezidivierender Hautausschlag, welcher meist die Streckseiten der Extremitäten bes. Kniee, Ellbogen und Streckseiten der Hände befällt, aber auch sonst am ganzen Körper auftritt. Kopf und Gesicht bleiben frei. Jucken im allgemeinen nicht sehr intensiv, gerade bei den akuten Ausbrüchen nicht besonders hervortretend.

Das in der Klinik beobachtete Auftreten des Ausschlages und sein weiteres Verhalten gestaltet sich folgendermaßen:

Im großen und ganzen lassen sich 3 Typen von primären Effloreszenzen unterscheiden:

1. In reicher Zahl und zum Teil sehr dicht stehend bilden sich ganz oberflächlich gelegene, hanfkorngroße, papulöse deutlich infiltrierte Effloreszenzen von bläulich roter Farbe mit einem entzündlichen Hof umgeben. Auf der Kuppe der Effloreszenz entwickelt sich sehr schnell, innerhalb eines Tages z. B., ein geringes eitriges Exsudat, welches zu einer kleinen Kruste eintrocknet. Die Effloreszenzen nehmen aber auch eine andere Entwicklung: Es bildet sich sehr frühzeitig ein blutiges Extravasat auf der Kuppe in der Form stippchenförmiger Hämorrhagien, die Mitte sinkt ein und es bleibt Tage und Wochen lang diese Hämorrhagie bestehen. Dann flachen sich beide Formen der Effloreszenzen ab und verschwinden nach Tagen oder Wochen mit Hinterlassung eines noch längere Zeit bestehenden Pigmentfleckes.

Andererseits können die Effloreszenzen konfluieren und sie bilden dann plattenförmige Infiltrate, deren Rand teils noch durch kleine Knötchen gebildet wird. In der Mitte bestehen schon frühzeitig kleinere oder größere Blutungen. Je größer die Infiltrate sind, um so ausgedehnter werden die Blutungen, so daß sich schließlich eine mit blutigem Exsudat gefüllte Kaverne in der Mitte der Infiltrate entwickelt. Dabei kann es zur Einschmelzung des Infiltrats kommen, weiter zur Geschwürsbildung. Diese Geschwüre haben im allgemeinen steile Ränder, nekrotischen Belag und einen peripheren derben Infiltrationswall. War die Blutung sehr ausgedehnt, so verschwindet der Infiltrationswall mehr und die Ränder werden dadurch weicher und schlaffer.

Die Infiltrate und Geschwüre heilen langsam, zum Teil sehr langsam ab, unter Bildung von rundlichen oder serpiginös begrenzten Narben, welche entweder ganz oder deren Rand allein bräunlich verfärbt bleibt. Ein großer Teil dieser Pigmentierungen verschwindet schließlich noch.

2. Neben diesen Effloreszenzen beobachteten wir das Auftreten von den eben beschriebenen plattenförmigen Infiltraten ohne ein papulo-pustulöses Vorstadium.

Wir fassen aber beide Formen als einheitlich sich entwickelnde auf, weil wir bei den Herden des zweiten Typus ein sehr viel umfangreicheres Infiltrat konstatieren konnten. Es schien uns deshalb die Auffassung richtig, daß diese Infiltrate wegen ihrer Entstehung in tieferen Schichten der Haut auch massigere Veränderungen an der Oberfläche hervorbringen mußten. Sie unterschieden sich auch in nichts von den anders entstandenen. Es ist auch nicht ausgeschlossen, daß bei der Schnelligkeit der Entwicklung das Vorstadium übersehen worden ist.

3. Außerdem entstanden kleinere und größere, erythem-artige, bläulich-rote bis rötliche Flecke, welche rasch vorübergingen oder die Basis für die beiden anderen Typen abgaben. Entweder handelte es sich hierbei um vasomotorische Reizphänomene oder um entzündliche Affektionen. Die klinische Beobachtung sprach für beide Möglichkeiten.

Der Ausschlag war manchmal von geringen Fiebersteigerungen begleitet. Das Allgemeinbefinden war aber meist gestört, es bestand etwas Mattigkeit, Müdigkeit und allgemeine Abgeschlagenheit.

Jucken war nur zeitweise, meist nur beim Ausbruch des Exanthems und dann auch nicht stärker vorhanden.

Sehr störend waren das Auftreten von Geschwüren an Füßen, bes. den Malleolen, an den Händen und die Bildung von Panaritien.

Zur histologischen Untersuchung standen mir 5 verschiedene Stellen zur Verfügung.

1. Die von Frohwein zu seiner Arbeit benützten Präparate stammen von einer „warzigen“ Stelle des Handrückens und ergeben folgendes Bild: perivaskuläre kleinzellige, zum sehr großen Teil aus polynukleären Leukozyten bestehende Infiltrate, in strangförmiger Anordnung in der Subkutis, Kutis und besonders sehr stark in flächenhafter Ausdehnung am subpapillaren Gefäßnetz. Von hier aus aufsteigende Infiltratstränge an den Papillargefäßen. Die Papillen zum Teil sehr stark ödematös verbreitert oder kolbig angeschwollen, je nach der stärkeren Anhäufung perivaskulärer Infiltrate. Epidermis zum Teil durchsetzt von polynukleären Leukozyten. Kleinste intraepitheliale Abszesse, bestehend aus einem geronnenen Exsudat, hauptsächlich polynukleären Leukozyten und einzelnen gut erhaltenen oder schlecht färbbaren Epi-

thelzellen. Parakeratose über oder neben den Abszessen; die parakeratosen Massen häufen sich an einzelnen Stellen zu halbkugeligen Erhebungen, welche die Oberfläche der Haut überragen und dadurch wohl das klinisch „warzenartige“ Anssehen der Effloreszenzen bedingen.

2. Plattenförmiges Infiltrat vom Ellbogen (exzidiert am 29./IX. 1906): Dieselben Veränderungen wie bei 1. nur sehr viel intensiver. Epidermis stark verdickt, stark gewuchert, Epithelabschnürungen, Eiterabszesse bis dicht unter die Oberfläche. Ausgedehnte Parakeratose, starkes intraepitheliales Ödem intra- und interzellulär, Lymphräume zum Teil zu Lakunen erweitert. Abszeß an einer Stelle durchgebrochen durch die ganze Epidermis. Die Papillen reichen stellenweise bis hart unter die Hornschicht, umgeben von zum Teil ganz unregelmäßigen Epithelwucherungen, so daß sie nur bedeckt sind von einer oder mehreren Schichten von Zellen des Stratum granulosum mit einem schmalen Hornzellensaum oder nur von parakeratotischen Zellen.

Offenbar bedingt die oberflächliche Lage der Papillargefäße das klinisch beobachtete Auftreten der punktförmigen Blutungen.

3. Frisches hanfkorngroßes von einem entzündlichen schmalen Hof umgebenes Knötchen, Mitte blaurot. Streckseite des Unterschenkels (exzidiert am 3./X. 1906): Perivaskuläre Infiltrate an den Gefäßen der Kutis, zum Teil thrombosiert; in der Höhe des subpapillaren Gefäßnetzes und darunter sind die Infiltrate massiger. Darüber befindet sich ein kuppelförmig sich vorwölbender Abszeß, mit geronnenem Exsudat gefüllt. In dem Abszeß schlecht färbbare Zellen, hauptsächlich polynukleäre Leukozyten, dazwischen abgesprengte Epidermiszellen, rote Blutkörperchen und geronnenes Exsudat. Die Basis dieses Abszesses besteht aus thrombosierten Gefäßchen und gequollenen Gewebfasern, welche durchsetzt sind von kleinzelliger Infiltration und zahlreichen polynukleären Leukozyten. Elastische Fasern meist gut erhalten. Epidermis am Rand des Abszesses ödematös, mehr nach der Mitte zu sind die Epidermiszellen auseinander- und abgesprengt. Auf der Höhe der Kuppel des Abszesses sind nur noch einige Zellen des Stratum granulosum mit Hornschicht oder nur noch aufgelockerte Hornschicht erhalten.

4. Ulcus am Bein: Exzision vom Rand. Aus einer 5 Pfennigstückgroßen plattenförmigen Infiltration, deren Mitte von einer Blutzyste bedeckt war, hatte sich ein Ulcus gebildet, dessen Ränder wulstig unterminiert und dessen Grund eitrig belegt war (exzidiert am 15./XI. 1906): perivaskuläre Infiltrate bis tief ins Bindegewebe reichend. Bindegewebe stark gequollen bis weit in die Umgebung, dementsprechend reichen auch die Epidermisveränderungen so weit. Papillen ödematös verbreitert, Epithelzapfen gewuchert, Epidermis stark verdickt, ödematös, am Geschwürsrand aufgelockert. Stratum granulosum fehlt in der nächsten Umgebung des Ulcus, dafür Parakeratose. Kokkenhaufen am Rand des

Geschwürs und etwas weiter reichend in den obersten Schichten der Epidermis.

5. Vom Rand eines 10 Pfennigstückgroßen, derben elevierten Herdes, weißliche Farbe, prallelastisch und scharf abgesetzt, Rand fällt scharf ab und ragt mehrere mm über die Hautoberfläche. Die Mitte des Herdes ist ein wenig niedriger und teils mit stecknadelkopfgroßen Blutungen durchsetzt (exzidiert am 3./I. 1907.); sehr dichte perivaskuläre Infiltrate, aber wenig konfluierend. Pigmentschicht über dem Stratum granulosum feinkörnig, schwärzlich (Blutungsreste?). Papillen zum Teil ödematös infiltriert. Epithelwucherung. An einzelnen Stellen Parakeratose. Kleinste Abszeßchen intraepidermoidal, zum Teil ganz oben unter der Hornschicht sitzend.

Frohwein hat auf Grund seiner histologischen Untersuchungen die Affektion als ein Angiokeratom gedeutet. Er kam zu dieser Auffassung, weil er die Abszesse in der Epidermis für nicht entzündlicher Natur ansah und auf die in den Präparaten vorhandenen starken entzündlichen Veränderungen zu wenig Gewicht gelegt hat.

Die histologische Untersuchung ergibt für alle 5 exzidierten Stücke ein einheitliches Bild:

Perivaskuläre Infiltrate in der Kutis und hauptsächlich am subpapillären Gefäßnetz. Die Infiltrate setzen sich bis in die Papillen fort. In der Hauptsache wiegen die polynukleären Leukozyten vor. An einzelnen Stellen eitrige Einschmelzung an den Gefäßen des subpapillären Netzes oder der Kutis beginnend. Epidermis durchwandert von polynukleären Leukozyten, an manchen Stellen kleine und größere eitrige Abszesse, welche bis nach außen durchbrechen können. Blutungen in der Kutis und in den Papillen. Epidermis stellenweise stark verdünnt, so daß die Papillargefäße nahe der Hautoberfläche liegen können.

Die bakteriologische Untersuchung unseres Falles ergab keine bestimmten Anhaltspunkte. Kulturen aus Blut und frischen Effloreszenzen blieben steril bis auf einen einmaligen Befund von Staphylokokken aus einer Blutzyste, welchen wir nicht als beweisend ansehen können.

Tuberkelbazillen konnten trotz wiederholter und eingehender Untersuchungen in Eiter und Gewebe der Ulzeration nicht nachgewiesen werden.

Was nun die Deutung dieses Falles anbelangt, so habe ich schon oben bei der Zusammenfassung der histologischen Befunde hervorgehoben, daß die Auffassung dieses Falles von Frohwein als eines Angiokeratom nicht richtig ist. Frohwein war zu dieser Ansicht aus verschiedenen Gründen gekommen. Die klinisch vorhandenen Hämorrhagien, das „warzige Aussehen“ der Infiltrate und die mikroskopische Bestätigung von teilweise mit Blut gefüllten Kavernen legten ihm diese Vermutung nahe. Einige Mitteilungen in der Literatur (z. B. Leredde) über sogenannte Angiokeratome mußten zu dieser Auffassung verleiten. Die sich zum Teil widersprechenden mikroskopischen Befunde über Angiokeratom sind aber jetzt dahin geklärt, daß diese Affektion nur als solche aufzufassen ist, wenn die Effloreszenzen einen ausgesprochen stationären Charakter haben. Hämorrhagien auf papulöser Basis sind bei Tuberkuliden wiederholt beobachtet, verschwinden aber dann wieder relativ schnell, so daß wir dieses Symptom als uncharakteristisch ansehen müssen. Ferner wird das echte Angiokeratom in der neueren Zeit mehr und mehr als nicht entzündlicher Natur angesehen, welcher Ansicht ich auf Grund eigener Beobachtungen nur zustimmen kann.

Der vorliegende Fall muß vielmehr nach seinem klinischen und mikroskopischen Befund als eine rein entzündliche, hämatogen entstandene Dermatose aufgefaßt werden. Dafür sprechen:

1. Die Entstehung der primären Effloreszenzen (s. o. in der Zusammenfassung der Krankengeschichte),
2. Die multiple Aussaat der primären Herde, welche in ihrem Auftreten und zum Teil in ihrer Verteilung an ein Erythema exsudativum multiforme erinnerten,
3. der vorübergehende Charakter des Ausschlages und
4. die mikroskopischen Befunde.

In der Literatur ist eigentlich nur ein Fall bekannt, welcher dem beschriebenen gleicht und welchen Werther mitgeteilt hat (Verhdl'g. der deutsch. dermatolog. Gesellschaft, X. Kongreß. p. 421 und *Ikonographia dermatologica* V.

Taf. 42: Dermatitis nodularis necrotica). Die Ähnlichkeit beider Fälle ist so groß, daß die in der Ikonographie wiedergegebene Abbildung ebenso gut von unserem Falle stammen könnte und ich deshalb Wiedergaben von unserem Falle nicht zu liefern brauche. Zu diesem Wertherschen Falle kann ich nun insofern wesentliche Ergänzungen beibringen, weil auch die plattenförmigen Infiltrate und die Ulzerationen ausgiebig exzidiert und untersucht werden konnten und sich somit die Wertherschen Befunde erweitern lassen. Dadurch wird bewiesen, daß alle Erscheinungsformen dieser Dermatoze von einheitlicher Entstehung sind, daß sie alle auf dieselben Veränderungen zurückgeführt werden können und der klinische Unterschied nur in der verschiedenen tiefen oder oberflächlichen Lage oder der verschiedenen Intensität des pathologischen Prozesses begründet ist.

Was nun die Differentialdiagnose dieses Falles anbelangt, so sind wir in derselben Verlegenheit wie Werther gewesen. Auch unser Fall wurde wegen seiner Besonderheit unter keins der bekannten Krankheitsbilder eingeordnet und die Diagnose schwankte hin und her (s. Werther).

In der Auffassung des Falles stimme ich aber mit Werther nicht ganz überein.

Für ein Tuberkulid haben wir keine besonderen Anhaltspunkte. Der minimale Befund an der Lungenspitze rechtfertigt meiner Ansicht nach nicht die Behauptung, daß hier ein Zusammenhang mit Tuberkulose besteht. Die Symmetrie der Effloreszenzen und die Vorliebe für Orte mit träger Zirkulation finden wir ebenso bei multiformen Erythemen wie bei Lupus pernio und papulonekrotischen Tuberkuliden. Ferner war die Ulnargegend nicht besonders bevorzugt, Gesicht und Ohren ganz frei. Der chronische Verlauf ist nur scheinbar, da die einzelnen Schübe einen ausgesprochen akuten Charakter tragen. Der günstige Einfluß von Arsen war in unserem Fall nicht vorhanden.

Gegen eine tuberkulöse Ätiologie sprechen in unserem Fall der Mangel einer örtlichen und typischen allge-

meinen Tuberkulin-Reaktion, das Fehlen spezifischer histologischer Veränderungen selbst an den schon länger bestehenden Herden, die spontane Ausheilung nach fast 10jährigem Rezidivieren des Ausschlages.

Hervorzuheben ist, daß sowohl Werthers wie unser Fall in manchen Einzelheiten gewisse Ähnlichkeiten mit einer Reihe schon beschriebener Fälle haben. Aber das Gesamtbild beider Fälle ist ein so eigen- und andersartiges, daß ich mich ebenso wenig wie Werther dazu entschliessen kann, diese Fälle anderen anzureihen.

Von solchen ähnlichen Beobachtungen möchte ich folgende erwähnen:

Balzer und Alquier: Tuberkulide multiforme très étendue. *Annal.* 1900. p. 1171. *Annal.* 1901. p. 47. 26jähriger Patient, keine Zeichen von Tuberkulose, zahlreiche papulöse, blaurote, fast echymotische, in Schüben auftretende Effloreszenzen, besonders an den Streckseiten; verschieden große, blaurote, völlig verschwindende Flecke; fast halbkugelige, fibröse Infiltrate, welche oft eine kleine, festhaftende schwarze Kruste tragen; eingesunkene, rötliche, glänzende oder weißliche Narben; konfluierende Herde. Heilung nach etwa 2 $\frac{1}{2}$ jährigem Bestehen unter Ichthyol-Kollodium. Histologisch: Kleine Haufen perivaskulärer Infiltrate; Epidermis normal; zahlreiche Hämorrhagien.

Dieser Fall hat die größte Ähnlichkeit und gehört offenbar demselben Typus an, denn wir finden auch bei ihm die papulösen hämorrhagischen Effloreszenzen, die erythematösen Herde und die plattenförmigen Infiltrate und außerdem die Hämorrhagien.

Leredde et Haury: Tuberkulides angiomateuses et hypertrophiques multiples coïncidant avec des lésions tuberculeuses des poumons et des ganglions. *Annal.* 1899. p. 384.

15jähriger Knabe. Multiple Drüsenschwellungen, Erweichung einer Inguinaldrüse (kalter Abszeß?). Affektion beider Lungenspitzen. Hautleiden begann vor einem Monat mit schmerzhafter Schwellung der Hände und Füße. Unterarme und Hände: Infiltrate, bläulich rote Papeln bedeckt mit feinen Schuppen, kleine schwarze Flecke, oberflächliche Narben. Füße kühl. Hände Hyperhidrosis. Exanthem zeigt 2 Typen: 1. kleine tiefrote oder bläuliche oberflächliche Infiltrate (erbsengroß). Keine Hyperkeratose. 2. längliche oder rundliche, erhabene, platte Infiltrate, teils mit verdickter Hornschicht, teils schwarze Flecke. Farbe dunkelrot oder bläulich. Starkes Jucken. Meerschweinchen-Impfung negativ. Histologisch: Angiokeratom: perivaskuläre Infiltrate von Lymphozyten und polynukleären darunter eosinophilen Leukozyten. Keine Plasma-, Riesen- und epithelioiden Zellen; Knötchenhaufen: Epidermisverdickung, perivaskuläre Kutisinfiltrate, Gefäßdilatation, fixe Bindegewebszellen perivaskulär. Keine polynukleären Leukozyten.

Leeredde et Milian: Tuberkulide angiomateuse des membres inférieurs. *Annal.* 1898. p. 1095.

19jähriges Mädchen. Halsdrüsen zum Teil Hühnereigroß. Seit einem Monat Ausschlag an unteren Extremitäten. Linsengroße, rundliche dunkelrote Papeln mit kleinen Hämorrhagien. Histologisch: Oberfläche der Epidermis sehr unregelmäßig, Hyperkeratose ohne Parakeratose. Stratum mucosum über den Gefäßerweiterungen dünner. Keratohyalin zum Teil verschwunden. Wanderzellen in der Epidermis. Endarteriitis obliterans an der Grenze von Kutis und Subkutis: Gefäßwände infiltriert, perivaskuläre Infiltrate, Thrombophlebitis. Im subpapillären und papillären Teil der Haut erhebliche Gefäßerweiterungen, geringe perivaskuläre Infiltrate. Nekrose in den Infiltraten. Keine Mastzellen.

Du Castel: Eruption purpurique des doigts. *Annal.* 1896. p. 724. Dermatitis hémorrhagique des saillies articulaires des doigts *Annal.* 1899. p. 141. Tuberkulides des membres. *Annal.* 1901. p. 959.

Beschreibung desselben Falles in verschiedenen Phasen seiner Entwicklung. 33jähriger Patient. In der Jugend Ausschlag an den unteren Extremitäten mit Zurücklassung zahlreicher runder weißer, oberflächlicher Narben. Während der Militärzeit Abszeß in der Glutaealgegend, langsame Heilung. Zur selben Zeit papulöser Ausschlag an den Beinen, ulzeriert, heilt nur mit Narben. Antisyphilitische Behandlung ohne Erfolg. Wiederholtes Auftreten neuer Schübe zum Teil mit Allgemeinstörungen wie Fieber, Appetitlosigkeit, Schlaflosigkeit. Status: Ausschlag an den Extremitäten. Flache, runde, erhabene Papeln, Erbsen- bis Frankstückgroß, blaßrot, Mitte sinkt ein, Peripherie wird gelblich, Begrenzung unregelmäßig, Mitte blaßrot und teilweise hämorrhagisch. Daneben fast verruköse, fibröse Erhebungen von blasser Farbe, unempfindlich und mäßig abschuppend. Einige Herden werden hämorrhagisch und ulzerieren. Geschwüre unregelmäßig rund, flacher Grund, dunkelrot, keine steilen Ränder, peripherer Infiltrationswall. Die ältesten Effloreszenzen werden schließlich 5 Frankstückgroß, verlieren ihren Wall und verwandeln sich in unregelmäßige Pigmentflecke. Jüngere und kleinere Herde bekommen in der Mitte blaßgelbliche Pigmentierungen und in der Peripherie isolierte, papulöse, lebhafter gefärbte Papeln. Andere zeigen Abschuppung, an der Peripherie und in der Mitte kleine Hämorrhagien. Schließlich langsame Abheilung mit Pigmentflecken Purpuraflecke bestehen noch, Ulcerationen heilen langsam.

Hallopeau: Sur une forme bulleuse de toxi-tuberculides. *Annal.* 1903. p. 35.

32jähriger Mann. Lungenspitzenaffektion. Beginn des Hautleidens vor 8 Jahren. Hanfkorn- bis linsengroße Epidermisabhebungen, welchen rote, runde Erhebungen vorausgehen, bald eitriger Inhalt. Blasen bis zu Frankstückgröße. Krusten, periphere Ausbreitung. Schließlich sehr zahlreiche Narben, wie mit Locheisen ausgeschlagen, isoliert oder agmi-

niert, unregelmäßige Grenzen. Befallen sind: Beine, Nates, seitliche Teile und Rückseite des Rumpfes, Arme, Hände spärlich.

Hallopeau et Norero: Sur une forme vésiculo-pustuleuse de toxi-tuberculides. *Annal.* 1904. p. 556.

Patientin mit stark vergrößerten, erweichten submaxillaren Halsdrüsen, daneben Narben, rechte Lungenspitze affiziert. Ausschlag seit 7 Jahren. Papulo-nekrotische Herde in großer Anzahl an den Extremitäten, bes. an Knien, Füßen, Ellbogen. Daneben vesikulo-pustulöse Eruption mit oder ohne Entzündungshof, manchmal ohne Infiltrat. Ausheilung beider Typen mit oberflächlichen, oft punktförmigen Narben, erst dunkelviolet, dann bräunlich und schließlich farblos. Kraterförmige Vertiefung nach Eröffnung der Pusteln. Ferner rote, infiltrierte bis 5 Zentimeter große Herde an den unteren Extremitäten.

Brocq: Tuberculides. *Annal.* 1897 p. 60.

20jähriges Mädchen: Halsdrüsen zahlreich, Abmagerung seit einigen Monaten. Keratosis pilaris. Lokale Asphyxie der Extremitäten. Frostbeulen. Angiokeratom im Beginn. Papulo-Pusteln mit abheilenden unbestimmten oder aggregierten Narben, symmetrisch, schließlich Herde, welche Lupus erythematodes ähnlich sehen. Befallen sind: Behaarter Kopf mit Alopezie, Ohren, Nase, Jochbeingegend, l. Ellenbogen, Hände Beine, Füße, (lateral plantar).

Thibierge: Folliculites disséminées prédominant aux mains et aux oreilles chez un sujet atteint de polyadénopathies tuberculeuses, *Annal.* 1897. p. 57.

Hände: Passive Kongestion, kalt. Keine Frostbeulen. Seit $\frac{1}{2}$ Jahr befallen. Vor 4 Jahren: r. Achsel und r. Zervikaldrüsen (pseudolymphatische Form der Drüsentuberkulose). Lungen frei. Vor 17 Jahren Beginn an den Ohren (erfroren.) Im Sommer weniger Schmerzen als im Winter. Kleine, rote, helle Erhebungen, mit spitzer Eiterpustel. Allmählich bläulich werdend, breiten sich aus, werden flacher. Bräunliche Kruste. Regelmäßige runde, etwas eingesunkene Narbe, anfangs mit rötlicher oder pigmentierter Zone, später weiß (Dauer 1 Monat).

Gaucher: Tuberkulose pustulo-ulcéreuse. *Maladies de la Peau* 1909. p. 379. Das klinische Bild ist sehr ähnlich. Die Pusteln sind nie aggregiert. Tuberkelbazillen reichlich vorhanden.

Hallopeau: Sur une nouvelle forme suppurative et pemphigoïde de tuberculose cutanée en placards à progression excentrique etc. *Annal.* 1895. p. 1093. *Annal.* 1896. p. 34. *Annal.* 1901 p. 167. Papulo-pustulöses teils konfluierendes Exanthem mit peripheren pemphigoiden Abhebungen mit Hinterlassung leichter erythmatöser Flecke oder kleinster narbiger Einsenkungen. Zum Teil Lichen scrofulosorum ähnlich.

Hallopeau: Tuberkulose cutanées engendrées par des toxines émanées de foyers plus ou moins éloignés. *Annal.* 1896. p. 1019. Fälle

von Folliculites suppuratives disséminées ou agminées. Histologisch: Perifollikulitis.

Hallopeau et le Damany: Lupus érythémateux anormal, folliculis, ou type morbide nouveau? Annal. 1895. p. 380.

22jährige Kranke, Drüsen in der r. Karotisgegend seit 1 Jahr. Seit etwa 6 Monaten Ausschlag: Finger, Hände, Unterarme, Ellenbogen rötliche Papeln, Papulo-Pusteln und kleine Narben, bilateral, symmetrisch. Narben klein, eingesunken oder nicht: Nase, Wangen, Nacken, Ohren. Mastoidgegend. Kniee: oberflächliche Ulzeration, umgeben von einem entzündlichen Hof. Etwas Jucken. Hände, Ohren kalt, bläulich. Submaxillardrüse r. sehr groß, hart, schmerzhaft auf Druck, Zervikaldrüse r. Allgemeinbefinden gut. 1 Monat später: Abheilung mit eingesunkenen Narben oder bläulichen Flecken oder Weiterentwicklung zu Papeln, zu kleinen Papulo-Vesikeln mit allmählicher Eintrocknung zu kleinen krustösen Effloreszenzen. Plötzliches Auftreten eines kleinen erythematösen etwas schmerzhaften Herdes am l. äußeren Augenwinkel, am nächsten Tage Anschwellung des ganzen unteren Lides, kleine Bläschen in der Mitte, Konfluenz dieser, bullös abgeplattet, unregelmäßig begrenzt, teils gelbliche Kruste, roter Hof. Schließlich oberflächliche Ulzeration, Abschuppung am Rand. Neuer Schub an den Händen. 1 Monat später: Panaritium am l. Zeigefinger, kleine tiefe Ulzeration. Inzision. 1 Monat später: Steifer Finger. Neue kleine und kleinste Papeln. 2 Wochen später: Entweder allmähliche Rückbildung oder Persistenz. Tierexperiment negativ. Bakteriologisch: Staphylokokken, welche teils die Gelatine verflüssigen, teils nicht. Streptokokken im Panaritium. Histologie (Darier) Vorderarm: Kleine Papeln. Diffuse Infiltration des Papillarkörpers (runde und Plasmazellen). Perivaskuläre Infiltrationszüge in der Kutis. Erweiterung der Blut- und Lymphgefäße, kleine Hämorrhagien. Atrophie cornée: Hornschicht verdickt, Spalten, Epithelwucherung an den Follikeln. Stratum granulosum schmaler und verschwindet in der Mitte. Stratum mucosum dünner, interzelluläres Ödem. Diagnose: Lupus erythematosus?

Delbanco: Ein Fall von Lupus erythematosus disseminatus Boeck. M. f. p. D. (1900). Bd. XXXI. p. 176.

24jähriges Mädchen, seit früher Jugend an Skrofeln krank, vor 5 Jahren an tuberkulösen Halsdrüsen operiert. Seit 2 Jahren Ausschlag an Ohren, Händen (Streckseite), Nates. Flache Narben mit Pigmentierung. Übergang von linsengroßen Knötchen zu breiteren, bläulich roten, steil hervortretenden Papeln nekrotisieren in ihrem Zentrum an der Oberfläche, nach Abfallen der Kruste resultiert eine zuerst tiefer liegende Narbe, welche nach Einsinken bzw. Abschwellung des die Nekrose umgebenden Papelnetzes eben unter oder in dem Niveau der umgebenden Haut liegt. Tuberkulöse Sehnenscheidenentzündung am Extens. pollic. long. der l. Hand.

Außer diesen Fällen kommen differentialdiagnostisch noch in Betracht:

Lupus erythematosus disseminatus Boeck. Boeck. Arch. Bd. XLII. p. 71. Der mikroskopische Befund ist nicht wesentlich verschieden. Dagegen follikuläre Lokalisation und festhaftende Schuppen mit hornartigen Fortsätzen in die Effloreszenz.

Acne varioliformis universalis. Grunewald. Monatsh. f. prakt. Derm. Bd. IV. p. 81. Tötlich verlaufender Fall. Beobachtung zu kurz, um vergleichen zu können.

Folliculitis generalisata: Spiegel Monatsh. f. prakt. Dermat. Bd. XXIII. p. 617. Subkutane Entstehung der Knötchen.

Dermatitis nodularis necrotica. Török Arch. Bd. LVIII. p. 339 und Mraček's Handbuch. Bd. I. p. 446. Knöchen konfluieren nicht.

Hydradenitis destruens suppurativa. Pollitzer Monatsh. f. prakt. Dermat. Bd. XIV. p. 129. Zahlreiche Riesen- und epithelioiden Zellen.

Meiner Ansicht nach sind wir zur Zeit noch nicht berechtigt, die beiden Fälle unter ein bisher bekanntes Krankheitsbild einzureihen. Vor allem ist es zunächst noch bedenklich, diese Fälle als Tuberkulide oder als überhaupt zur Tuberkulose gehörige Affektion aufzufassen.

Eine bazilläre Tuberkulose ist schon deshalb ausgeschlossen, weil die histologischen Befunde jede Art einer regressiven Metamorphose vermissen lassen. Es hätte sich wenigstens an einem der zahllosen Herde eine Umwandlung in klinisch oder histologisch tuberkulöse Prozesse nachweisen lassen müssen. Ferner läßt auch das relativ gute Allgemeinbefinden unserer Patientin eine solche Auffassung nicht zu.

Für die Deutung dieser Fälle als toxische Tuberkulosen sind meiner Ansicht nach zu wenig Grundlagen vorhanden. Allerdings spräche das schubweise Auftreten für eine derartige Ursache, aber andererseits müssen wir sie doch ablehnen, weil die einzelnen Effloreszenzen und namentlich die plattenförmigen Infiltrate einen derartig langen Bestand hatten, daß man von einer so flüchtigen Wirkung, wie wir sie für Toxine annehmen müssen, derartig ausgedehnte Gewebsveränderungen nicht erwarten kann. Oder man müßte glauben, daß von einer viszeralen Lokalisation eines tuberkulösen Herdes (Lungenspitze) eine fortdauernde Erzeugung von Toxinen ausginge.

Es ist meiner Ansicht nach richtiger, zunächst diese hypothetischen Annahmen bei Seite zu lassen und das Zu-

sammentreffen mit viszeraler Tuberkulose als eine ätiologisch nicht zugehörige Komplikation aufzufassen und dieser Dermato-
tose eine besondere Stellung zu geben.

Aus diesem Grunde habe ich mich auch entschlossen, die von Werther gewählte Bezeichnung *Dermatitis nodularis necrotica* beizubehalten.