Springer. — *Mackenzie*, Krankheitszeichen und ihre Auslegung. Kabitsch 1912. — *Post*, Die Nervenpunktlehre von Corneliu und die schwedische Massage. Med. Klin. 1912. Nr. 49. — *Roth*, Der Schmerz als Symptom innerer Krankheiten. Med. Klin. 1912. Nr. 22. — *H. Sahli*, Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden. Leipzig und Wien. 1913/1920. — *Schwarz*, Über das galvanische Verhalten der konstant durchströmten Froschhaut bei Reizung ihrer Nerven. Zentralbl. f. Phys. 1912. Nr. 14. — *Sobotka*, Zur Physiologie der pilomotorischen und der ihnen verwandten Erscheinungen beim Menschen. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 105. — *Tachanoff*, Über die galvanischen Erscheinungen in der Haut des Menschen bei Reizung der Sinnesorgane. Pflügers Arch. Bd. 49. — *Veraguth*, Das psychogalvanische Reflexphänomen. Berlin 1909. — *Zierl*, Einfluß des vegetativen Nervensystems auf die Haut. (Müller, Das vegetative Nervensystem.)

III.

(Aus der Hautklinik der Universität in Bonn
[Direktor: Prof. Dr. E. Hoffmann].)

Ein Fall von ausgedehntem Leukoderm bei Parapsoriasis guttata ¹⁾.

Von

Privatdozent Dr. EMIL ZURHELLE.

(Hierzu 2 Abbildungen.)

Im Anschluß an die Mitteilung *K. Salos* ¹⁾ möchte ich über einen Fall von Parapsoriasis guttata kurz berichten, den ich mit Herrn Prof. *Hoffmann* in seiner Privatpraxis sah und der einige Besonderheiten darbot.

Es handelte sich um einen 13-jährigen Jungen aus gesunder Familie. Vor etwa 3 Monaten begann bei dem Patienten, der sonst immer gesund war, ein nicht juckender Ausschlag, der sich zunächst unterhalb der Halsgegend und an der Brust bemerkbar machte, sich aber bald fast über den ganzen Körper ausdehnte. Bei der ersten Untersuchung am 24. 8. 1921 bestand das typische Bild einer Parapsoriasis guttata. Die einzelnen Effloreszenzen bestanden aus kleinen bis linsen-, seltener erbsengroßen Flecken und Knötchen, die vielfach von einer mäßig festhaftenden *deckelartigen* Schuppe bedeckt waren, meist etwas bräunlich verfärbt, nur vereinzelt frischer rot erschienen. Besonders stark waren die Extremitäten befallen, aber auch der Rumpf, an der Vorderseite stärker als im Rücken, war dicht

¹⁾ Nach einer Demonstration auf der Versammlung südwestdeutscher Dermatologen (8.—9. Oktober 1921 zu Frankfurt a. M.).

übersät. Der Kopf war frei, nur die Oberlider beiderseits zeigten einige linsengroße blaßbraune schuppige Knötchen. Außerdem fand sich ein sehr deutliches *Leukoderm* aus meist runden, etwas unregelmäßigen, bis gut erbsengroßen Flecken am Halse und ging von hier aus am Brustbein herunter bis zur Magengegend. Auch die Haut vor den Achselhöhlen zeigt Leukoderm-

flecke auf dunkel pigmentiertem Grunde; angedeutet war die Leukodermbildung auch in den Ellenbogen. Deutlicher ausgeprägt fand es sich wieder in der Schulterblattgegend beiderseits. Die Nägel waren vollständig frei. Die Schleimhäute zeigten keinen krankhaften Befund. Drüsenschwellungen

Abb. 1.

Abb. 2.

bestanden nicht. Wa.R.: —, Spir. pall.: —. Auch sonst war kein Anhalt für eine syphilitische Erkrankung zu gewinnen. Zwei am 24. 8. 21 aufgenommene Photographien (Abb. 1 und Abb. 2) zeigen die Verteilung des Ausschlags und auch das Leukoderm bereits sehr deutlich ausgeprägt.

Auf den größeren Effloreszenzen ließ sich die Schuppe im ganzen abkratzen, danach blieb eine Rötung oder ein Infiltrat zurück. Eine kapillare Blutung trat nicht ein.

Irgendwelche Beschwerden bestanden nicht. Die Eltern des Erkrankten gaben an, daß die weißen Flecken am Halse zuerst auch rötlich schuppende Knötchen dargestellt hätten, nach deren Rückgang sie zurückblieben.

Patient wurde mit Salizylpräzipitatsalbe (2%, 5%) behandelt und am 25. 8., 3. 9. und 13. 9. 21 mit 3 x ohne Filter geröntgt. Am 29. 10. waren die schuppenden Effloreszenzen völlig geschwunden. Es bestand lediglich noch das Leukoderm in der erwähnten großen Ausdehnung. Alb.: —, Sach.: —, Wa.R.: —, Blutbefund: Leukozyten 6300, Erythrozyten 3 880 000, Polyn. Neutroph. 66%, Lymphoz. 26%, Eosinoph. 4%, Mastzellen 1%, Übergangsformen $\frac{2}{3}$ %. Patient klagte über Stiche in der linken Lungenspitze, die seit einiger Zeit beim Laufen aufträten. Husten, Auswurf, Nachtschweiße bestanden nicht. Durch Perkussion, Auskultation und Röntgenuntersuchung der Lungen konnte nichts Krankhaftes nachgewiesen werden.

An der *Diagnose* konnte in diesem ausgesprochenen Falle trotz des wohl vorübergehenden therapeutischen Erfolges kein Zweifel sein; eine Psoriasis vulgaris bestand in der Familie nicht, die Erscheinungen wichen auch von dem hierfür charakteristischen Bilde wesentlich ab (Flecken und Papeln, deckelartige Schuppe, keine kapillare Blutung, keine typische Lokalisation).

Bereits *Sato* erwähnt, daß *Arndt*²⁾ im Jahre 1910 als erster über Leukoderm bei Parapsoriasis berichtete. Es handelte sich um eine Patientin, bei der die Diagnose durch *E. Hoffmann*, *A. Halle* und *Heuck* nach längerer poliklinischer Beobachtung und Ausschluß einer syphilitischen Infektion in Übereinstimmung mit *E. Lesser* gestellt worden war. In diesem Falle handelte es sich um ein typisches Leukoderma colli; der Spirochätenbefund und die Wa.R. waren negativ; probeweise spezifische Behandlung hatte keinen Erfolg. Später wurde ein solches Leukoderm häufiger beschrieben (vgl. bei *Sato*).

Wenn ich trotzdem den vorstehenden Fall kurz mitteile, so geschieht es wegen der Wichtigkeit, das Bild des *Leukoderms bei Parapsoriasis* neben dem so häufigen Bilde des syphilitischen Leukoderms und dem mitunter zu beobachtenden Leukoderm bei Psoriasis noch einmal in besonders deutlich ausgesprochener Form und fast universeller Verbreitung festzuhalten. Die Depigmentierung trat in diesem Falle spontan beim Rückgang der Effloreszenzen ein; eine Behandlung mit Salben, die ein medikamentöses Leukoderm z. B. bei Psoriasis bewirken können, hatte nicht stattgefunden. Außerdem bietet der Fall insofern Interessantes, als es sich um die verhältnismäßig seltenere Erkrankung eines *Knaben* handelt, und die

eingeleitete Therapie einen auffallenden, sonst meist vermißten therapeutischen Erfolg aufzuweisen hatte. Endlich gehört das isolierte Befallensein der *Augenlider* bei dieser Erkrankung, die, wie *Arndt* hervorhebt, den behaarten Kopf, das Gesicht, die Handteller und Fußsohlen fast immer frei läßt, zu den Seltenheiten.

Literaturverzeichnis.

¹⁾ Derm. Wschr. 1921. Nr. 36.

²⁾ Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 100. S. 89. (Annl.) 1910.

Vereinigung Rheinisch-westfälischer Dermatologen.

Sitzung in Elberfeld am 5. November 1921.

Kretzmer (M.-Gladbach): Fall zur Diagnose. Mann mit mehreren, $1\frac{1}{2}$ Jahr bestehenden, narbig atrophischen haarlosen Stellen auf dem Kopfe ohne wesentliche Entzündungserscheinungen; auf dem übrigen Kopfe grau-weiße, serpiginös begrenzte, haarlose Stellen. Wa.R. —. Besprechung: *Dreyer* hält den Fall für Lupus erythematodes, ebenso *Salomon*, der auf die Schleimhauterscheinungen an der Innenseite der Unterlippe aufmerksam macht. *Meirowsky* hält Trichophytie für wahrscheinlich.

Dreyer zeigt Naevus sebaceus mit histologischem Präparat.

Hesse (Düsseldorf) zeigt 42 jährige Frau mit narbigen Veränderungen im Gesicht, einem winzig kleinen Kankroid, sowie warzenähnlichen transparenten harten Knoten in der Nähe des Augenlides und Pannus auf einem Auge. Der Vater und mehrere Geschwister haben dasselbe. Diagnose: *Xeroderma pigmentosum*.

Besprechung: *Leren* betont die Erblichkeit in dem Fall.

Eschweiler vermißt die sonst vorhandene Pigmentation.

Bering hält die Tumoren für Kankroide, kein Xeroderma pigmentosum, empfiehlt in diesem Falle Röntgenbestrahlung, hält aber eine Bestrahlung der Kankroide bei Xeroderma pigmentosum nicht für angebracht.

Lippert stellt aus der *Hübnerschen* Klinik vor:

1. einen 25 jährigen Mann mit ausgedehntem *Morbus Darier*. Aufgetreten im 17. Jahr. Vater und Geschwister gleichfalls seit der Pubertät daran leidend. Gleichzeitiges Bestehen einer Aplasie der Thyreoidea und eines einseitigen Kryptorchismus. Ätiologisch wäre die Schädigung des Keimplasmas als das Primäre anzunehmen;
2. *Morbus Addison*. 35 jährige Frau mit typisch fleckiger, universeller Hyperpigmentierung, stahlblauem Pigmentfleck an der Unterlippe. Lues auszuschließen. Spätes Eintreten der Pubertät. Seitdem viel Kopfschmerzen, Hinfälligkeit, dysmenorrhöische und menorrhagische Beschwerden. Aufnahme wegen Paraesthesien, die auf Skabies und „Pruritus“ zurückgeführt waren. Der Blutdruckbefund von 60 mm Hg. bzw. 80 mm Hg. bei der Aufnahme in die *Hübnersche* Klinik klärte sogleich das Bild; der Adrenalinversuch fiel im Sinne des Addison aus.