

Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft.

(Offizielles Protokoll.)

Sitzung vom 15. Februar 1911.

Vorsitzende: Finger u. Rusch.

Schriftführer: Mucha jun.

Balban demonstriert 1. neuerdings den von **Oppenheim** in der vorigen Sitzung vorgestellten Fall von Ulzerationen des harten und weichen Gaumens. Es wurde damals die Vermutung ausgesprochen, daß es sich um eine Kombination von Lues mit Tuberkulose handeln könnte. Der therapeutische Effekt hat jedoch gezeigt, daß es sich um reine Gummen handelte, denn nach der dritten halben Hg-Salizyl-Injektion war die Affektion fast völlig geheilt.

Oppenheim: Vor 14 Tagen wurde der Fall von mir als ulzeröse Syphilis des harten und weichen Gaumens vorgestellt, wobei ich mit Rücksicht auf kleine miliare Geschwürcchen in der Umgebung der Ulzerationen und auf kleine graue Knötchen den Verdacht aussprach, es könnte sich um eine nachträgliche Mischinfektion mit Tuberkulose handeln. Nach dem Erfolg der Quecksilberbehandlung muß die Diagnose Tuberkulose fallen und darauf hingewiesen werden, wie ähnlich sich Syphilis und Tuberkulose der Mundschleimhaut dokumentieren können.

2. einen Pat. mit einer starken Hypertrophie und Schwarzfärbung der Papillae filiformes des Zungenrückens; es handelt sich um die als schwarze Haarzunge bezeichnete Affektion.

Hintz stellt einen Fall vor, der das Krankheitsbild des Pemphigus foliaceus zeigt. Die 34jährige Frau leidet seit 8 Jahren an der Krankheit und ist seit 5 Monaten bei uns, vorher soll sie bei Prof. Ehrmann gelegen sein. Die Haut des ganzen Körpers ist blaurot und allenthalben die Erscheinungen der Entzündung, der chronischen Exsudation zu sehen. Die Haut ist ungemein straff gespannt und überall die zart blätterförmige Schuppung sichtbar. Die Haut ist auch an verschiedenen Stellen, besonders deutlich am Mund und an den Wangen, gewulstet und in straffe Falten gelegt. Bläschen sind selten zu sehen. Der Haarausfall ist bedeutend und auch die charakteristische Zartheit an den Nägeln zu sehen.

Es wurde über Erfolge mit Salvarsan bei Pemphigus berichtet. Wir haben die Absicht, der Patientin auch eine Dosis zu geben und sollte sich ein Heilerfolg zeigen, so werden wir die Patientin wieder vorstellen.

Zumbusch: Nach dem ganzen klinischen Bilde, den Abschiebungen, der feuchten Beschaffenheit der Haut, den akanthotischen Wucherungen, nach der schmierigen Beschaffenheit der Auflagerungen, die sich an einzelnen Stellen blättereigartig zusammenhäufen, nach der braunen Farbe der Haut, die ohne Rötung seit langem so bestand, endlich nach der Anamnese, daß Blasen bestanden haben sollen, kann ich nur die Diagnose Pemphigus foliaceus stellen. Irgendwelche Versuche oder theoretische Erwägungen sind mir dabei nicht maßgebend gewesen, auch glaube ich, daß solche in einer so dunklen Sache, wie es der Pemphigus für uns ist, keine Berechtigung zu irgend einer Folgerung geben würden. Wir können uns lediglich an das klinische Bild halten.

Ehrmann hat Patientin länger als ein Jahr beobachtet, während der Zeit zeigte sie zu verschiedenen Zeiten verschiedene Bilder: grob lamellöses Schuppen, Nässen, fettige Auflagerungen. Sie war sehr herabgekommen, wurde aber durch Arsengebrauch gebessert.

Zumbusch: Die lange Dauer der Affektion kann meines Erachtens differentialdiagnostisch gegen Pemph. foliaceus in keiner Weise verwendet werden, ich erinnere an einen Patienten, den die meisten der Anwesenden kennen dürften, den Schuhmacher K., der 7 Jahre mit einem sicheren Pemph. fol., der sich aus einem vulgaris entwickelt hatte, an der Klinik lag und nun geheilt ist. Was das klinische Bild betrifft, so kommt hier auch naturgemäß nur der Zustand, wie er jetzt seit 6 Monaten, während welcher Zeit ich die Patientin beobachtete, in Betracht, während ja Herr Professor Ehrmann die Kranke vor 6 Monaten zuletzt sah und heute nicht.

Hintz: Der 2. Fall betrifft eine 25jährige Virgo, die eine sehr seltene Hautaffektion zeigt. Man sieht an der Haut der Patientin überall über den ganzen Körper dicht gestreut bis linsengroße, rauhe, derbe Knötchen, die eine rote, teilweise fast rotbraune Farbe haben. Diese Papeln sind mit Schuppen bedeckt, die sehr zart sind, teilweise lassen sich die Schuppen deckelförmig abheben. Daneben findet man auch sehr viele runde Kratzeffekte und braune Pigmentflecke. Wenn man genauer untersucht, findet man auch ungemein fein schuppemde, flächenhaft ausgebreitete Hautpartien. Die Pat. hat einen deutlichen Dermographismus, auch besteht heftiger Juckreiz.

Es handelt sich also um ein zuerst von Neisser-Jadassohn (1894) beschriebenes „lichenoides psoriatisches Exanthem“, eine Affektion, die später von Juliusberg näher beschrieben und mit dem Namen Pityriasis lichenoides chronica belegt wurde.

Nobl findet in dem Symptomenbild des vorgestellten Falles der Parapsoriasis, nebst der akuten Erscheinungsweise namentlich den pruriginösen Zustand und die wahrscheinlich von diesem abhängige stärkere Pigmentation an Stellen abgeheilter Effloreszenzen auffällig. Die zugehörigen papulösen und lichenoiden Varianten, die an seiner Abteilung zur Beobachtung kamen, machten meist keinerlei subjektive Beschwerden und zeigten auch nicht die hier sehr ausgeprägte angioneuro-

tische Komponente. Die leicht schilfernden Knötchenschübe, gleich den fein gerunzelten pseudoatrophischen Flecken, lassen wohl keinen Zweifel darüber aufkommen, daß der Fall dennoch als *Pityriasis lichenoides chronica* aufzufassen ist.

Zumbusch: Darin, daß das Jucken ein auffallendes und bei der *Pityriasis lichenoides* relativ selten zu beobachtendes Symptom ist, stimme ich mit **Nobl** vollständig überein. Allerdings glaube ich, daß die Beschaffenheit der Effloreszenzen, besonders der psoriasisähnlichen, bräunlichen, zarten Herde, deren Schuppen sich leicht als Ganzes ablösen lassen, eine so charakteristische ist, daß die Diagnose dadurch gesichert erscheint. Was den *Dermographismus* betrifft, so ist er wiederholt beobachtet und beschrieben.

Müller: In der Literatur sind manche Fälle erwähnt, bei denen der Juckreiz ein auffallendes Symptom der Krankheit bildet.

Jungmann: Zur Therapie dieser Erkrankung, welche sich bekanntlich als sehr hartnäckig zu erweisen pflegt, möchte ich bemerken, daß ein solcher Fall von mir der Uviolbelichtung unterzogen wurde. Unter wenigen Bestrahlungen schwand die Hautaffektion vollständig.

Rusch demonstriert 1. eine 63jährige Frau mit universeller, mäßig-gradiger Drüenschwellung, Milz- und Lebertumor und einen für chronisch-lymphatische Leukämie charakteristischen Blutbefund (57.000 weiße Blutkörperchen, darunter 88% Lymphozyten, worunter auffallend viele große Formen, 16% polynukleäre Leukozyten). An der Haut der Stirne und zwar knapp über der Nasenwurzel, dann an der Stirnhaargrenze und den Augenbrauen entlang finden sich dunkel- bis lividrote, mäßig sich vorwölbende Wülste, die sich im allgemeinen weich anfühlen, aber stellenweise auch derb-knotige, sodann buckelförmig vorspringende Anteile aufweisen, mit verdünnter, glänzender, teilweise feinklebig schuppender Oberfläche. Am auffallendsten ist die Nase verändert. Sie erscheint plump verdickt, verlängert, walzenförmig, dunkelrot bis livide verfärbt, ihre Oberhaut dünn, glänzend, gespannt, stellenweise fein lamellos schuppig, mit erweiterten, von Hornpföpfchen erfüllten Follikelmündungen und durchzogen von baumförmigen Teleangiectasien. Die Verdickung ist begründet durch ein in den tieferen Kutisschichten sich ausbreitendes, an den Rändern ziemlich gut begrenztes Infiltrat von eigentümlich derb-elastischer Konsistenz, das auf Glasdruck ein grau-bräunliches Kolorit aufweist. Der Anblick dieser seit zirka einem Jahr bestehenden leukämischen Hauttumoren erinnert außerordentlich an *Lupus pernio*, bzw. an die diffus-infiltrative Form des *Boeckschen Sarkoids*.

2. Ein 9jähriges, anämisches, unterernährtes Mädchen mit *Granulosis rubra nasi*. Bemerkenswert erscheint neben der typisch erkrankten Nasenhaut die bisher anscheinend noch nirgends erwähnte Lokalisation der Affektion in den beiden Augenbrauen. Zwei Geschwister der Patientin, die gegenwärtig im Pubertätsalter stehen, sollen als Kinder die gleiche Nasenerkrankung gehabt haben.

Sachs demonstriert 1. einen 34jährigen Patienten, der am Stammlachsfarbene, im Zentrum abheilende, 5 kronengroße Scheiben zeigt, die als *Pityriasis rosea* aufzufassen sind. Außerdem finden sich insbesondere an den Seitenteilen des Thorax linsen- bis hellergroße, zart gefaltete, etwas eingesunkene Flecke, welche denselben Farbenton wie die übrige Haut darbieten. Ich bin heute nicht imstande zu sagen, ob diese zirkumskripten Atrophien die Endausgänge eines makulo-papulösen Syphi-

lids sind oder als sogenannte idiopathische makulöse Atrophien anzusprechen wären.

2. Einen bereits vor $1\frac{1}{2}$ Jahren demonstrierten Patienten mit einem auf die Streckfläche des linken Oberschenkels sowie die rechte Glutäalgegend lokalisierten Syphilide, das klinisch einem Ekzema marginatum gleicht. Zum dritten Male beobachtete ich dieses Bild, dessen Erscheinungen stets nach Hg. salicyl.-Injektionen unter Zurücklassung von gelblich bräunlichen Pigmentierungen vollständig zur Rückbildung kamen.

Oppenheim: Das, was Kollege Sachs an dem Falle demonstriert hat, kann wohl nicht als Anetoderma maculosa nach Lues angesehen werden; die Effloreszenzen des Patienten sind wohl Narben nach lange zurückliegenden Furunkeln, Aknepusteln etc., die durch ihre Lagerung und Aufnahme von Fett an einigen Stellen säckchenartig prolabieren. Als ich den Fall bei Volk sah, hatte er zahlreiche lividrote, verschieden große, gefaltelte, flaumig weiche, bis hellergroße, runde und ovale Hautstellen, wie sie bei der Involution syphilitischer Papeln vorkommen pflegen, derenluetisches Granulationsgewebe sich unter Verlust des elastischen Gewebes in atrophisches Bindegewebe umwandelt, das einer Restitutio fähig ist, wie auch dieser Fall beweist.

Seider demonstriert einen 51jährigen Färber mit Elephantiasis e varicibus und Eczema verrucosum des linken Unterschenkels. Krankheitsdauer über 15 Jahre; Beginn mit einem Ulcus cruris an der Innenseite des Unterschenkels. Ein Trauma ist nicht vorausgegangen. In der Kniekehle finden sich strichförmig angeordnet verruköse Exkreszenzen, an deren Stelle vor $1\frac{1}{2}$ Jahren Lymphangiektasien zu sehen waren. Röntgenologisch (Dr. Robinsohn): Keine Veränderung an den Röhrenknochen nachweisbar, die Venenwände sind verdickt, wahrscheinlich durch Kalk-einlagerungen. Wassermann negativ.

Zumbusch zeigt einen Fall von Acne teleangiectodes, der differentialdiagnostisches Interesse bietet, weil der Kranke seit einhalb Jahren Syphilis hat und daher auch an ein papulöses Exanthem zu denken wäre. Man sieht unregelmäßig zerstreute, stecknadelkopfbis hanfkorngroße braunrothe Knötchen von weicher Konsistenz an beiden Wangen und an den Augenlidern. Die Kleinheit, die verschiedene Größe, die weiche Konsistenz und eine für Acne teleangiectodes charakteristische ödematöse Schwellung der Augenlider ermöglichen diese Diagnose mit Sicherheit zu stellen.

Lipschütz demonstriert einen Fall von strichförmiger, lichenoider Dermatoe bei einer 30 Jahre alten Patientin. Die Affektion hat ihren Sitz auf der Beugefläche des linken Ober- und Unterschenkels. Sie beginnt in der Höhe des Trochanters in Form stecknadelkopfgroßer, gelblichrötlicher, wenig prominierender Knötchen, zum Teil in kleinen Gruppen neben einander stehend, erleidet ungefähr in der Mitte des Oberschenkels eine Unterbrechung in der Ausdehnung von zirka 4 Quer-fingern und läßt sich von der Kniekehle aus bis zur Mitte des Unterschenkels verfolgen. In ihrem unteren Anteil setzt sich die Dermatoe aus linsengroßen, braunroten, mit grauweißlichen Schuppenmassen bedeckten Effloreszenzen zusammen. Nach Entfernen der Schuppen läßt sich nirgends kapilläres Bluten nachweisen. Für Affektionen, die in ähnlicher strichförmiger Anordnung in seltenen Fällen aufzutreten pflegen — Psoriasis vulgaris, Lichen ruber planus et acuminatus oder Lichen simplex — kein Anhaltspunkt. Wassermann negativ.

Oppenheim demonstriert einen Fall von *Naevus vasculosus* der Mundschleimhaut. Ein 20jähriger Bursche hat auf der rechten Gesichtsseite einen *Naevus flammeus*. An der rechten Wangenschleimhaut, am Zahnfleisch der oberen und unteren Zahnreihe, die Mittellinie nicht überschreitend, sieht man eine weinrote Verfärbung der Schleimhaut, die sich bei näherer Betrachtung als aus kleinsten Ramifikationen von Blutgefäßen dokumentiert, die im Zentrum der roten Partien dichter angeordnet, eine fast diffuse Rötung verursachen; auf Druck blassen die Stellen prompt ab. Der *Naevus* der Schleimhaut hat in diesem Falle keinen Zusammenhang mit dem Hautnaevus. Das Vorkommen ist ein seltenes.

Volk demonstriert eine Patientin mit *Lichen ruber planus* am Bauch, Rücken, in den Achsenhöhlen, an der Wangenschleimhaut. Sehr schön ist bei der Patientin das Irritationsphänomen ausgesprochen.

Weidenfeld stellt einen Mann mit *Lichen ruber Effloreszenzen* an der Zunge vor, die zum Teil sternförmig und einzelnstehend, zum Teil auch in Gruppen gestellt am Rücken der Zunge, die vordere Spitze jedoch und die Medianlinie freilassend, sich vorfinden. Auch an der Wangenschleimhaut finden sich die typischen Formen von *Lichen ruber* und an der Unterlippe, indem dieselben hier eine leichte Depression zeigt. Sämtliche Effloreszenzen sind weiß. An den Unterschenkeln und Fußrücken finden sich typische Knoten von verrukösen Formen, am Penis deutliche Ringe und einzelne Licheneffloreszenzen.

Ullmann: Der Fall Weidenfelds von *Lichen ruber planus* der Zunge gibt mir Gelegenheit, auf Meinungsverschiedenheiten über die Häufigkeit dieser Lokalisation zurückzukommen, die gerade in der letzten Sitzung im Anschlusse an einen gleichen Fall zwischen mir und dem Kollegen Groß hier aufgetaucht sind. Kollege Groß hat diese Lokalisation als eine extrem seltene bezeichnet, während ich aus meiner Erfahrung und Erinnerung dies nicht bestätigen konnte, vielmehr auch diese Lokalisation an sich für ziemlich häufig, wenn auch in so großen Plaques selten auftretend ansah. Bei der Durchsicht meiner Notizen, die ich für den letzten Laryngologenkongreß vorbereitet hatte, fand ich nun 11 *Lichen planus* Fälle, sogar mehr, als mir das letzte Mal im Gedächtnis waren. Diese 11 Lokalisationen kamen auf 22 Schleimhautaffektionen 1907 überhaupt, die sich bei 42 diesbezüglich genau innerhalb 15 Jahren beobachteten *Lichen ruber planus*-Fällen meiner Beobachtung gefunden hatten. Trautmann, dem wir eine Monographie über die Schleimhautaffektionen bei Dermatosen verdanken, fand unter 72 *Lichen ruber*-Fällen die Wangenschleimhaut 55 mal, d. i. 76·4%, die Zungenschleimhaut 39 mal, d. i. 54·2%, dagegen nur 18 mal die Lippen, 8 mal den Gaumen, 7 mal das Zahnfleisch, 2 mal die Tonsillen und je einmal Uvula und Pharynx befallen.

Grosz betont neuerlich, daß Eruptionen von *Lichen ruber planus* an der Zunge in der Ausbildung, wie sie der letzthin von ihm vorgestellte Fall und der gegenwärtige Weidenfelds zeigen, als seltene Komplikationen zu betrachten seien. Nach der von Ullmann produzierten Statistik müßte jeder zweite Fall von *L. planus* Eruptionen auf der Zunge aufweisen, was sicher nicht den tatsächlichen Verhältnissen entspricht.

Brandweiner betont die große Seltenheit der Beteiligung der Zungenschleimhaut bei *Lichen planus* und bezweifelt die Möglichkeit so hoher Prozentzahlen, wie sie von Ullmann angegeben werden.

Kren: Der Lichen ruber planus der Zunge ist gewiß selten. Die Untersuchung sämtlicher Patienten der Klinik und Ambulanz, die an Lichen ruber erkrankt waren, konnte nur ganz vereinzelt Effloreszenzen an der Zungenoberfläche erheben. Relativ häufig ist gewiß die Mitbeteiligung der Wangenschleimhaut.

Was die Erkrankung der Ulvula und des weichen Gaumens anlangt, hat sie Kren noch niemals gesehen.

Der Prozentsatz der Zungenerkrankung, den Ullmann aus der Monographie Trautmanns heranzieht, ist sicher zu hoch; denn nach Trautmanns eigener Mitteilung betrifft fast alles, was der genannte Verfasser in dieser Monographie mitteilt, Fälle der Literatur. Trautmann gibt selbst zu, Dermatosen der Mundschleimhaut nur sehr wenige gesehen zu haben.

Es dürfte sich kaum empfehlen, aus Fällen der Literatur, das heißt aus publizierten Fällen den Prozentsatz zu berechnen, weil eben nicht alle Lich. rub.-Fälle publiziert werden. Hier kann doch nur die eigene Erfahrung maßgebend sein.

Ullmann: Nach meiner eigenen Erfahrung ist konform mit der Literatur die Lichenlokalisation der Zunge die zweithäufigste überhaupt. Ferner betone ich, daß es sich nicht um die großen Plaques allein, sondern um die Lokalisation überhaupt gehandelt hat.

Weidenfeld: Ich muß gleichfalls bemerken, daß die Affektionen der Zunge bei Lichen planus selten sind.

Weidenfeld stellt einen Patienten mit Hyperkeratosis subungualis an einigen Fingern vor. Patient leidet an Psoriasis vulgaris palmaris, außerdem noch an einer Psoriasis am Skrotum und Innenseite der Oberschenkel. Einige Nägel der Finger zeigen Riffelung, während die anderen deutliche Tüpfelung zeigen. Die Riffelung gehört wahrscheinlich einem anderen Krankheitsprozesse an, während die Tüpfelung sicher auf die Psoriasis zu beziehen ist.

Sachs. Das Krankheitsbild entspricht in dem vorgestellten Falle einem Ekzem, ich kann mich der Diagnose Psoriasis unguium nicht anschließen.

Weidenfeld: Die Diagnose Psoriasis stützt sich nicht nur auf die Erkrankung an den Händen, sondern auf die jetzt zurückgegangenen Herde am Skrotum und an der Innenseite der Oberschenkel.

Kerl demonstriert einen Fall von Neurofibromatosis Recklinghausen.

Bei dem für sein Alter (18 Jahre) schlecht entwickelten Patienten findet sich über dem rechten Scheitelbein und der Hinterhautschuppe ein flächenhaft ausgebreiteter, an den seitlichen Partien überhängender Tumor, der angeblich seit der Geburt besteht und sich langsam bis zur derzeitigen Größe entwickelte.

Die Geschwulst ist von sehr weicher, schwammiger Konsistenz; die Palpation ergibt einen lappigen Aufbau, daneben fühlt man einige derbere Stränge. Der unterliegende Knochen zeigt Deformität. Am Stamm finden sich mehrere, bis linsengroße, weiche Geschwülstchen und zahlreiche verschiedene Pigmentnaevi.

Schramek demonstriert einen Patienten mit einer Affektion an beiden *Palmae manus*. Sie besteht aus einer diffusen hyperkeratotischen Verdickung, in welcher einzelne grubige Vertiefungen, die Hornkegelchen von verschiedener Form und Größe aufweisen, sich vorfinden. Spärlich einzelne Knötchen in der Tiefe am Rande der Erkrankung tastbar. Gegen den Unterarm begrenzt sich die Affektion mit scharfem erythematösem Saum. Nach Erörterung der Differentialdiagnose wird eine Zugehörigkeit der Erkrankung zum Lichen ruber planus angenommen, wenn auch andere typische Effloreszenzen an der Körperhaut fehlen.

Müller stellt aus Fingers Klinik vor:

1. Fall von *Atrophoderma idiopathica*. Eine 40jährige Patientin, deren rechte obere Extremität den Herxheimerschen Typus der Atrophie zeigt: Zarte fleckförmige Rötungen netzartig konfluierend mit dazwischen eingeschlossenen normalen Hautpartien am Ober- und Unterarm. Über dem Ellbogengelenk konfluieren die Rötungen zu livider teigig weicher flacher Schwellung. Auch an der rechten unteren Extremität ist der Typus *Acrodermatitis atrophica* noch erhalten, doch hat sich hier schon eine diffuse Atrophie zugesellt; zahlreiche Gefäße scheinen durch die stark verdünnte Haut, die besonders in der Kniekehle ungemein schlaff erscheint und sich hier in zahllose kleinste Fältchen legen läßt. Die Haut über dem Knie zeigt ähnliche livide Schwellung, wie man sie über dem Ellbogen sieht. Links ist der Prozeß nur schwach ausgebildet.

2. Fall von Leukoplakie der Zungenschleimhaut mit Übergang in Epitheliom.

Der Patient zeigt an der Unterfläche der Zunge dicke, weiße, scharf und unregelmäßig begrenzte, psoriasiforme Auflagerungen, die auf das innere Zahnfleisch des Unterkiefers übergreifen und hier schon infiltrativen Charakter zeigen. Kleine harte Submaxillardrüsen. Lues als ätiologischer Faktor ist auszuschließen.

Für das Redaktionskomitee:

Privatdozent Dr. Groß.