

Aus Dr. Max Josephs Poliklinik für Hautkrankheiten in Berlin.

Zum „Nil nocere“ in der Dermatologie.

Von

Dr. **Max Joseph.**

Der ausgezeichnete Artikel von H. Oppenheim (Berl. Klin. Woch., Nr. 5, 1910) regte mich an, auch aus unserem Spezialgebiete der Dermatologie und Syphilidologie einige Beobachtungen mitzuteilen, welche vielleicht von gewissem allgemeinen Interesse sind.

Ich brauche nicht zu betonen, welche große Bedeutung die **Röntgentherapie** in der Behandlung der Hautkrankheiten einnimmt. Aber ich halte es andererseits nicht für überflüssig immer wieder darauf hinzuweisen, welche außerordentlich große Vorsicht bei der Anwendung derselben angewandt werden muß. Ich glaube, es ist heute wohl allgemein anerkannt, daß man diese Behandlungsweise nur da benutzen soll, wo man mit anderen Heilmitteln nicht auskommt. Wo uns ein einfacheres Heilmittel mit gleichem Erfolge zu Gebote steht, lasse man diese Methode bei Seite.

Dies gilt auch von der **Psoriasis**, bei welcher die Röntgentherapie nur ebensoviel leistet, wie alle übrigen von uns bisher angewandten Heilmittel. Hier leistet sie aber nicht mehr, denn sie kann zwar wie das Chrysarobin oder die Dreuwische Salbe den einzelnen Eruptionsherd beseitigen, aber die Wiederkehr der Erscheinungen kann sie nicht verhüten. Sie ist freilich für den Patienten bequemer, das läßt sich nicht leugnen, aber sie ist, wie ich gleich an Beispielen zeigen werde, mitunter doch mit Gefahren verknüpft.

Am 17. Mai 1910 suchte mich ein schwedischer Hauptmann auf, welcher vor 4 Jahren wegen eines rhagadiformen Ekzems in den Inguinalbeugen mit Röntgenstrahlen behandelt war. Der Pat. hatte darüber zu klagen, daß er jedesmal beim Besteigen des Pferdes einen schmerzhaften Einriß in seiner rechten Inguinalbeuge erfuhr und nach vergeblicher Anwendung einiger Medikamente der Röntgenbestrahlung ausgesetzt wurde. Dies geschah jeden zweiten Tag je 10 Minuten 20—30 Male hintereinander. Das erste Mal wurde auf den Hoden und den linken Oberschenkel eine Bleiplatte aufgelegt, die nächsten Male geschah dies nicht, teils wie der Pat. glaubte aus Vergeßlichkeit, teils aus anderen Gründen. Zufälligerweise litt nämlich der Patient noch an einer Psoriasis, und da diese unglücklicherweise gerade an der Innenseite des rechten Oberschenkels und den Dorsalflächen der Finger verbreitet war, so glaubte er diese Stellen sollten absichtlich den Röntgenstrahlen ausgesetzt werden. Nach einiger Zeit — der genauere Zeitpunkt läßt sich nicht mehr feststellen — trat eine Röntgenverbrennung ein, und jetzt findet sich an den sämtlichen Dorsalflächen der Finger der rechten Hand eine erhebliche Atrophie der Haut mit starken Teleangiectasien, es herrscht eine mäßige Ankylose in den Fingergelenken, so daß der Patient seine Hand nicht ganz schließen kann. An dem rechten Oberschenkel ist fast das ganze obere Drittel von einer hochgradigen Atrophie mit den für eine Röntgenverbrennung charakteristischen Teleangiectasien eingenommen. In deren Mitte zeigte sich eine unregelmäßige, etwa 5 Markstückgroße Geschwürsfläche, welche einen äußerst derben harten Rand aufwies.

Der Verdacht, daß an dieser Stelle vielleicht schon ein Karzinom sich auszubilden beginnt, scheint mir nicht unwahrscheinlich. Es kann sich zwar in jeder Narbe ein Karzinom entwickeln, aber nach der Röntgenverbrennung scheint dies noch häufiger als sonst in Verbrennungsnarben zu geschehen. Ich brauche nicht hinzuzufügen, welche großen Schmerzen der Kranke hat, da auch dies bei Röntgenverbrennungen zu bekannt ist.

Einen ähnlichen Fall von Röntgenverbrennung des Handrückens sah ich bei einem 32jährigen Herrn, welcher seit Kindheit an Psoriasis litt und bei einer 47jährigen Dame, welche im Alter von 11 Jahren zum ersten Male an der Stirn ihre Psoriasis bemerkt hatte. Trotz aller Medikation blieb die Erkrankung unbeeinflusst und bildete sich erst zurück, als die Patientin im Alter von 16 Jahren ihre Menses bekam. Nach einer starken Diphtherie im Alter von 22 Jahren stellte sich die Affektion von neuem ein und heilte nach Pillengebrauch ab. Da trat im 26. Lebensjahre ein akuter Gelenkrheumatismus von 6—8wöchentlicher Dauer auf. Als derselbe im Abheilen begriffen war, erfolgte ein akuter Psoriasisausbruch. Von da an ist sie fast niemals verschont gewesen, und alle möglichen therapeutischen Maßnahmen hatten immer nur einen vorüberge-

benden Einfluß. Aus diesem Grunde entschloß sie sich zu einem unserer besten Röntgentherapeuten zu gehen, welcher in seinen Veröffentlichungen oftmals betont hatte, daß nach vorsichtigem Röntgengebrauch keine Schädigungen eintreten können. Es wurden 7 Röntgenbestrahlungen von 10 Minuten Dauer vorgenommen. Da stellte sich ungefähr 3 Wochen nach der ersten Bestrahlung am linken Unterarm eine starke Schmerzhaftigkeit ein, und die ganze Region sah aus wie eine knusperig gebratene Gänsehaut. Allmählich erfolgte hier eine Abheilung, wobei aber die ganze narbig veränderte Hautfläche noch zahlreiche Pigmentationen und Teleangiektasien aufweist. Am übrigen Körper trat der Ausschlag zugleich in einer früher nie vorhandenen Stärke hervor.

So einfach wie in vielen Fällen von Psoriasis die Beseitigung der manifesten Erscheinungen gelingt, falls man nach dem Vorschlage Freund's (Med. klin. W. 44, 1910) sämtliche Psoriasissschuppen entfernt, so große Vorsicht muß doch hier wie bei allen Röntgenbestrahlungen immer und immer wieder angeraten werden. Ganz besonders scheint mir dies bei jenen Fällen von Psoriasis zuzutreffen, welche gleichzeitig mit schweren Gelenkaffektionen wahrscheinlich neuropathischer Natur einhergehen. Schon Charcot hatte solche Fälle beschrieben, wo mit jedem Psoriasisausbruch eine dem Bilde der Arthritis deformans gleichende Gelenkaffektion auftritt. Hier kann nur die sorgfältige Anamnese davor schützen, zu energisch vorzugehen, und ich warne in solchen Fällen direkt vor der Röntgenbestrahlung.

Als Beispiel will ich einen 28jährigen Patienten erwähnen, welcher vor 8 Jahren wegen einer Ischias und rheumatischer Affektion der Finger und Fußgelenke Wiesbaden aufsuchte und einige Wochen darauf auf dem Kopfe die ersten Psoriasiseruptionen bemerkte. Zwei Jahre darauf wurde ein Psoriasisausbruch mit Teer und ein Jahr darauf mit Pyrogallol beseitigt. Als der Patient nach weiteren zwei Jahren wegen rheumatischer Beschwerden von neuem Wiesbaden aufsuchen mußte, entwickelte sich im Anschluß an die heißen Bäder ein erneuter Psoriasisausbruch, zu dessen Beseitigung eine Röntgenbehandlung vorgenommen wurde. Nach sechs Bestrahlungen, die von durchaus kompetenter Seite ausgeführt wurden, fingen die Kopfhare an stark auszufallen. Zugleich trat nicht nur am Kopfe, sondern auch im Gesichte und am ganzen Körper, z. B. an Handtellern und den Fußsohlen, ein noch niemals in dieser Stärke von dem Patienten an sich beobachteter Psoriasisausbruch hervor. Gleichzeitig machte sich der Rheumatismus in Form einer sehr starken Schwellung des linken Kniegelenkes, welche nur langsam auf Salizyl wich, bemerkbar. Erst nach dreimonatlicher milder Behandlung (innerlich Arsen, äußerlich weiße Präzipitätsalbe) war der Kranke wieder symptomfrei.

Sicher gehört dieser Patient zu derjenigen Art von Psoriatikern, welche leicht auf äußere Reize mit starken Psoriasisausbrüchen reagieren. Er bekam jedes Mal nach heißen Bädern in Wiesbaden oder an der Ostsee erneute Eruptionen seines Krankheitsprozesses. Dazu scheinen aber besonders diejenigen Patienten zu prädisponieren, welche zugleich mit der Psoriasis Gelenkaffektionen, wahrscheinlich neuropathischer Natur aufweisen. Es scheint mir daher nach sorgfältiger Aufnahme der Anamnese besondere Vorsicht bei Kranken dieser Art am Platze. Da die Röntgentherapie eine dauernde Heilung der Psoriasis ebenso wenig wie irgend ein anderes Medikament herbeiführt, so ist es wohl besser, in ähnlichen Fällen wie dem geschilderten von dieser Methode abzusehen.

Indes nicht nur bei der Psoriasis, sondern auch bei manchen anderen Dermatosen ist eine sehr große Vorsicht in der Verwendung der Röntgenstrahlen geboten. Bei Ekzemen habe ich oft genug schwere Schädigungen gesehen.

Statt vieler Beispiele erwähne ich nur ein 15jähriges Mädchen, welches seit einem Jahre wegen eines verrukösen tyloiformen Ekzems am Handrücken mit Röntgenstrahlen behandelt wurde. Schließlich war das Ekzem nicht geheilt und in der Umgebung desselben hatte sich eine typische Röntgenatrophie mit starken Teleangiectasien entwickelt. Die letztere kann man versuchen mit Elektrolyse zur Rückbildung zu bringen, gegen die Röntgenatrophie sind wir machtlos.

Ebenso warne ich vor der kritiklosen Behandlung der *Eczema seborrhoicum* mit Röntgenstrahlen. Ich will auch hier nicht alle meine Beobachtungen anführen, da dies zu ermüdend wirken würde. Aber einen typischen Fall will ich doch herausgreifen.

Ein jetzt 31jähriger Herr wurde wegen seines seborrhoischen Gesichtsekzems fast ein Jahr lang zuerst mit Quarzlampe, später mit Röntgenstrahlen behandelt und zwar nach seiner Angabe alle 2 bis 4 Wochen je 5 bis 7 Minuten lang. Der Erfolg war auch hier wiederum kein günstiger, es erfolgte an einigen Stellen des Gesichtes eine Hautatrophie und die Haare des Schnurrbarts fielen aus, ohne daß bis jetzt eine Reparation erfolgt wäre. Dagegen beachte man doch immer wieder, in wie vielen Fällen man diese Dermatose durch eine einfache Schwefelsalzylsalbe beseitigen kann.

Von der *Hirsuties faciei* will ich nicht sprechen, da heute wohl allgemein anerkannt ist, daß hier die Anwendung von Röntgenstrahlen geradezu kontraindiziert ist.

Man könnte mir aber gegenüber den oben erwähnten Röntgenschäden einwenden, dass dieselben doch wohl aus einer Zeit herrühren, wo wir noch nicht so genau über die Vorsichtsmaßregeln bei dieser Behandlungsweise unterrichtet waren.

Heute komme etwas derartiges aber kaum vor. Ich wurde indes auch über diesen Punkt vor kurzem eines anderen belehrt.

Am 30. Oktober 1910 bekam ich einen 65jährigen Herren zu sehen, der angeblich seit frühester Kindheit an einer Hautaffektion der linken Gesäßhälfte zu leiden hatte. Beschwerden waren nie vorhanden gewesen, und er führte die Erkrankung auf eine Quetschung dieser Stelle im Kindesalter zurück. Allmählich hatte sich hier eine schmerzlose Geschwulst von der Größe eines Rockknopfes entwickelt. In späteren Jahren bildeten sich auf derselben kleine Schuppen, nach deren Abkratzen sich Spuren von Blutungen einstellten. Erst vor einem Jahre begab er sich zu dem Chirurgen seiner Stadt, welcher die Diagnose auf ein Karzinom stellte. Der Rat, sich operieren zu lassen, wurde aber nicht befolgt, sondern der Patient wandte sich nach einer anderen Stadt an einen Dermatologen, welcher die Diagnose auf Lupus vulgaris stellte. Ein kleines Stückchen wurde exstirpiert, und anatomisch konnte die Diagnose Karzinom nicht bestätigt werden.

Darauf wurden Röntgenbestrahlungen vorgenommen, und zwar fanden 5 tägliche Sitzungen in einer Fokusdifferenz von 10—12 Zentimeter zu je einer halben Stunde statt. Es wurde ihm angeblich eine Dosis von 30 Holzknecht-Einheiten verabfolgt, welche einen Lupus zum vollständigen Schwinden bringen soll, während bei einer kleinen Dosis man angeblich stets mit Rezidiven zu rechnen habe. Der Erfolg dieser Behandlungsmethode war aber ein ungeahnter. Schon 5 Tage nach der letzten Bestrahlung traten Schmerzen auf, welche 2 Monate anhielten, und an der linken Gesäßhälfte zeigte sich mir eine über handtellergröße Verbrennung. Inmitten der stark sezernierenden Geschwürsfläche fanden sich 3 zentrale nekrotische gangränöse Stellen. Der Rand war erheblich infiltriert und derbe, so daß jetzt der Verdacht eines Karzinoms mindestens sehr wahrscheinlich ist. Allerdings meinte der behandelnde Kollege, er erlebe das nicht zum ersten Male, sondern habe es schon einige Male gesehen, und der Defekt würde sich gewiß innerhalb einiger Monate, vielleicht schon früher decken. Daß dies ein Irrtum ist, bedauert der Patient am meisten, da jetzt schon 7 Monate nach der Bestrahlung vergangen sind, ohne daß auch nur eine Spur von Besserung eingetreten wäre.

Ich habe den Patienten früher nicht gesehen und kann daher keine sichere Diagnose stellen. Mir ist es aber nicht unwahrscheinlich, daß es sich um einen Lupus vulgaris ursprünglich gehandelt hat, und wir wissen, daß der reine Hautlupus ohne Beteiligung der Schleimhaut, wie auch im vorliegenden Falle, sehr gutartiger Natur ist. Wäre ich früher um meine Meinung befragt worden, so hätte ich entweder von jeder Behandlung abgeraten oder zu einer chirurgischen Entfernung zuredet. Jedenfalls war hier als oberstes Prinzip das Nil nocere zu befolgen, zumal wir schon von vielen Seiten z. B. von Wyss erfahren haben, wie leicht sich bei alten Leuten aus einem röntgenisierten Lupus ein Karzinom entwickeln kann. Ich stimme hier völlig mit einer schon von Neisser auf der Lupus-Konferenz (Sommer 1910) geäußerten Anschauung überein, es brauche nicht jeder Lupus behandelt zu werden. Da in diesem Falle den Träger sein Lupus 60 Jahre lang nicht

geniert hat, so durfte man ihn in Ruhe lassen und ihm vor allem durch die Therapie nicht schaden.

Während ich an diesen Beispielen gezeigt zu haben glaube, wie durch das zu energische Vorgehen des Arztes Schaden angerichtet werden kann, will ich zum Schluß aber noch darauf hinweisen, daß gerade umgekehrt auch durch eine zu geringe Behandlung viel versäumt werden kann und der zugefügte Nachteil nicht mehr gut zu machen ist. Dies ist besonders auf dem Gebiete der Syphilisbehandlung zu beachten, und auch hier will ich statt vieler Beispiele nur einen prägnanten Fall anführen.

Ein 40jähriger Landwirt hatte vor 3 Jahren eine syphilitische Infektion und 7 Einreibungskuren durchgemacht. Vor einem Jahre litt er an mehrwöchentlichen außerordentlich heftigen Kopfschmerzen mit dem Gefühle eines schweren Druckes im Kopfe. Von den ihn behandelnden Ärzten wurde er für nervös erklärt. In der Tat gingen die Kopfschmerzen auf Pyramidon teilweise zurück, bis sich eines Tages eine linksseitige Hemiplegie einstellte und nun die Ärzte darüber belehrt wurden, daß es sich hier um eine Enderteriitis obliterans cerebialis handelte. Nun erst wurden 30 Einreibungen und 40 Jodipininjektionen vorgenommen, natürlich ohne Erfolg, die Lähmung blieb unbeeinflusst.

War schon in diesem Falle der Zeitpunkt des geeigneten therapeutischen Eingreifens versäumt worden, so gestaltete sich das Schicksal bei dem ältesten jetzt 10jährigen Sohne noch bei weitem tragischer. Der Knabe war angeblich in seiner Jugend stets gesund, nur stark anämisch und klagte im Alter von etwa 8 Jahren über Nasenbeschwerden, welche man ärztlicherseits auf einen angeblichen Polypen zurückführte. Wegen der gleichzeitig eintretenden linksseitigen Schwerhörigkeit wurde der Vater beruhigt, da dies Symptom von dem Nasenpolypen abhängig sein sollte. In der Tat wurde eine Operation in der Nase vorgenommen, aber danach trat keine Besserung, sondern eine auffällige Verschlimmerung ein. Das Kind klagte über Kopfschmerzen und einen unangenehmen Geruch aus der Nase, bis sich eines Tages ein Sequester entleerte. Auch jetzt wurde die Diagnose noch nicht gestellt, sondern immer und immer wieder angeblich alles mikroskopisch untersucht, ohne eine sichere ätiologische Handhabe zu finden und der sehr ängstliche Vater beruhigt, es wäre von Lues keine Rede. Hier wurde durch das Nichtstun ein enormer Schaden angerichtet. Ich brauche die Krankengeschichte nicht in allen Details wiederzugeben. Es genügt, wenn ich das von mir am 29. Oktober 1910 erhobene Endresultat hier wiedergebe: Es besteht eine enorme Perforation des Gaumens, derart, daß weder von dem harten noch von dem weichen Gaumen irgend eine Spur mehr vorhanden ist. Außerdem besteht eine beiderseitige, fast absolute Taubheit und sehr erhebliche Periostitis des linken Unterkiefers.

Hier ist das Prinzip des Nichtschadens auf die saumselige Therapie anzuwenden. Es gibt leider immer noch Patienten und Ärzte, welche sich viel zu sehr scheuen, bei dem ersten „Wetterleuchten“ einer syphilitischen Erscheinung mit großen Dosen der uns zur Verfügung stehenden spezifischen Heilmittel vorzugehen.
