

Aus der k. k. dermatologischen Universitätsklinik in Wien.
(Prof. Dr. G. Riehl in Wien.)

Über die Beziehung des Lupus erythematodes zur Tuberkulose.

Von

Dr. Otto Kren,
Assistent der Klinik.

Die geistvolle Idee Darriers, verschiedene Hautaffektionen, die ihm eine Teilerscheinung der Tuberkulose zu sein schienen, in eine Gruppe zusammenzufassen und sie als Tuberkulide zu bezeichnen, schien in den ersten Jahren ihres Bestehens sehr zu bestechen. Wenn auch kein reelles Wissen über die Ätiologie dieser Krankheitsgruppe bestand, so fand man sich doch mit dieser Hypothese ab. Langsam haben sich dann von dieser Gruppe der Tuberkulide einzelne Krankheitsbilder losgetrennt, die echte Tuberkulose zu sein scheinen, andere wieder, für welche der hypothetische Zusammenhang mit der Tuberkulose immer mehr fraglich wird. Zu den letzteren ist der Lupus erythematosus zu rechnen. Es finden sich zwar stets noch Autoren, namentlich französische, die den Lupus erythematodes auf tuberkulöser Basis erklären wollen, doch tritt die Eigenart dieser Krankheit und ihre Unabhängigkeit von der Tuberkulose immer mehr zu Tage.

Die Gründe, die von den einzelnen Autoren gegen die tuberkulöse Natur des Lupus erythematosus angeführt worden sind, sind teils klinischer, teils histologischer Natur oder sie beruhen auf Reflexionen. Alle diese Gründe sind mehr oder weniger hypothetisch und das Tatsachen-Material, das betreffs dieser Frage besteht, ist ein sehr spärliches. Die volle Sicherheit

über die Frage, ob ein Individuum tuberkulös ist oder nicht, können wir nur am Sektionstisch gewinnen. Es ist deshalb jede Sektion eines Lupus erythematosus von großer Wichtigkeit. Ein Beweis für die Auffassung des Lupus erythematosus im Sinne Darriers wäre nur dann zu erbringen, wenn in jedem solchen Falle, der zur Sektion kommt, ohne Ausnahme Tuberkulose nachweisbar wäre.

Finden sich aber in einer exakt durchgeführten Obduktion trotz genauesten Suchens keine Anhaltspunkte für Tuberkulose, so muß der Standpunkt der Toxintheorie aufgegeben werden. Es ist deshalb jeder einzelne Fall wichtig und der Veröffentlichung wert, bei dessen Sektion kein Tuberkuloseherd gefunden wird.

Am 22. Jänner 1903 wurde auf die Klinik meines Chefs eine 30jährige Wäscherin A. K. aufgenommen, die angab, vor 3 Jahren den Beginn ihrer Erkrankung an der Nase gemerkt zu haben. Der Prozeß breitete sich langsam über die Wangen und die oberen Augenlider aus.

Die rechte Nasenhälfte und die rechte Wange, von der Nasolabialfurche nach außen bis zu ihrer Mitte, nach oben bis zum unteren Orbitalrand, die linke Wange in ihren oberen Anteilen in der Ausdehnung eines Fünfkronenstückes, sowie in ihrem unteren Anteil in der Größe eines Einkronenstückes von scharf begrenzten Krankheitsherden eingenommen. Dieselben sind von hellroter, in den älteren Partien braunroter Farbe, von Schuppen bedeckt, die teils pergamentartig, teil krustös sind. An einzelnen Stellen fehlen die Schuppen, an anderen finden sich seichte Narben. Die Ränder des Krankheitsherdes bilden Kreise von Erbsen- und Kreuzerumfang. An den oberen Augenlidern finden sich ähnliche Herde. Die übrige Haut mit Ausnahme leichter Hyperidrosis der Hände und Füße normal. Innere Organe o. Bes. Besonders für Tuberkulose keine Anhaltspunkte weder physikalisch noch anamnestisch nachweisbar.

Die Pat. wird mit Empl. hydrarg. cin. behandelt, worauf der Lupus erythematosus langsam zurückgeht. Pat. war stets außer Bett.

Am 11. März Nachts klagte sie über Krämpfe in der Unterbauchgegend, wie sie zur Zeit der Menses bei ihr angeblich regelmäßig auftraten.

Am nächsten Morgen Erbrechen, Singultus. Die Temperatur steigt auf 38.9°. Starke Empfindlichkeit des ganzen Bauches. Um 9 Uhr Vorm. tritt Collaps ein und eine halbe Stunde später erfolgt Exitus letalis.

Die Sektion, die Herr Hofr. Prof. Weichselbaum auszuführen so gütig war, ergab in extenso folgenden Befund:

„Körper über Mittelgröße, gut genährt. Haut der Nase und Wangen zeigt mehrere streifige oder rundliche, derbe, weißliche wie narbig aussehende Stellen.

Die Tonsillen sind etwas vergrößert, sonst unverändert. Die Follikel am Zungengrund nicht hyperplastisch, Schilddrüse nicht vergrößert. Von der Thymus sind beide Lappen noch erhalten und zwar in einer Länge von 8 cm und in einer Breite von 1—2 cm. Der Larynx und die Trachea unverändert.

Die Zervikal-, Mediastinal- und Bronchialdrüsen sowie die Mesenterialdrüsen zeigen desgleichen keine Veränderungen. Die linke Lunge ist frei, die rechte stellenweise angewachsen, die Substanz beider Lungen allenthalben lufthältig ohne Spuren von Tuberkulose.

Die Muscularis des Herzens morsch, hellbraun, Klappen unverändert. Die Aorta ascendens etwas enge, im aufgeschnittenen Zustande $5\frac{1}{2}$ cm breit.

In der Beckenhöhle und in den abhängigen Partien der Bauchhöhle reichliches dünnflüssiges Exsudat. Die Serosa der Darmschlingen, sowie der Leber und Milz mit spärlichen zarten weichen Fibringerinnenseln bedeckt.

Die Substanz der Leber und Nieren zeigt parenchymatöse Degeneration. Die Milz klein, schlaff, ihre Follikel nicht vergrößert.

Im untersten Ileum treten die Solitärfollikel etwas hervor, an den übrigen Stellen dagegen nicht. Die Schleimhaut des Magens und Darmkanales unverändert.

Der Uterus fast faustgroß, sehr schlaff, enthält in seiner Höhle erweichte, mißfärbige, zum Teile mit der Innenfläche zusammenhängende, zum Teile schon lose, membranähnliche Gebilde. An der hinteren Wand des corpus uteri grobhöckerige, erweichte, schmutzigröte Gewebsmassen. In der oberen Hälfte der Cervix ist die Schleimhaut von einem dünnen, schmutziggrünlichen Belage bedeckt, der stellenweise in Erweichung und Abstoßung begriffen ist. Die Wand des Uterus über 1 cm dick, sehr morsch. Die Schleimhaut der Vagina ohne Veränderung.

Diagnose: Uterus post partum, Retention von Eihäuten, diphtherische Endometritis der Cervix uteri, allgemeine eitrige Peritonitis. Parenchymatöse Degeneration der Leber, der Nieren und des Herzens. Corpus luteum im rechten Ovarium. Thymus persistens. Lupus erythematoses in Heilung.“

Die Sektion konnte also keine Spur von Tuberkulose aufdecken. Sie reiht sich damit an jene Befunde aus älterer Zeit, auf die sich Riehl in seinem Referat am Pariser Kongreß bezogen hat.

In Hinsicht auf die Toxintheorie genau vorgenommene Sektionen, bei welchen speziell auf jedes Symptom der Tuberkulose geachtet wurde, sind schon einige von Kopp, Petrini und Gunsett veröffentlicht worden. Auch Jadassohn, der in Mraček's Handbuch sämtliche Sektionsberichte von Lupus erythematoses zusammengestellt hat, verwertet die Fälle

ohne Tuberkulose im selben Sinn. „Die negativen Sektionsbefunde scheinen ihm jedenfalls ein sehr gewichtiges Argument gegen die Toxinhypothese und gegen die wirklich kausale Verbindung zwischen Tuberkulose im Körper und Lupus erythematosus zu sein.“

Daß der Lupus erythematosus keine echte Tuberkulose mit tuberkulösem Gewebbau ist, ist sicher; und was die Hypothese der abgeschwächten Tuberkelbazillen als ätiologisches Moment betrifft, so ist auch diese Annahme ohne primären Tuberkuloseherd höchst unwahrscheinlich und rein hypothetisch.

Wenn mit solchen Befunden auch nichts für die positive Kenntnis der Ätiologie des Lupus erythematosus geleistet ist, so ist es immer schon etwas, wenn wir wissen, daß der Lupus erythematosus eine selbständige Krankheit ist, die mit der Tuberkulose nichts zu tun hat. Und das müssen wir auf Grund solcher auf Tuberkulose negativer Sektionsbefunde als sicher annehmen.

Meinem verehrten Chef, Herrn Prof. Riehl, sage ich für die Überlassung dieser Mitteilung und deren Durchsicht meinen besten und ergebensten Dank.
