

Verhandlungen der Berliner dermatologischen Gesellschaft.

Sitzung vom 12. November 1907.

Vorsitzender: Lesser.

Schriftführer: Pinkus.

1. **Hoffmann** stellt einen Fall von narbiger Alopecie vor, die vor einem Jahr begonnen hat. Diese Fälle zeichnen sich dadurch aus, daß niemals Pusteln auftreten. Der Schädel und das Hinterhaupt sind meistens betroffen, die Affektion breitet sich bis zur Peripherie des Kopfhaares aus.

2. **Hoffmann** stellt einen zweiten Fall von narbiger Alopecie vor, die man als Perifolliculitis cicatrisans mit Abszeßbildung bezeichnen könnte. Die Affektion hat sich in der Weise entwickelt, daß zuerst kugelige Vorwölbungen auftraten, aus denen man auf Druck Eiter entleeren konnte. In die pustulöse Öffnung drang die Sonde 4 cm und selbst tiefer hinein. Nobl hat in der Wiener Dermatologischen Gesellschaft einen ähnlichen Fall vorgestellt als profunde, dekalvierende Follikulitis; ein Fall von Dermatitis follicularis und Perifolliculitis conglomerata, der sich über den ganzen Körper ausbreitete, ist von Spitzer beschrieben worden. Diese Form der narbigen Alopecie ist sehr selten. Unter Umschlägen und Anwendung von Schwefelsalbe hat sich der Prozeß bedeutend gebessert.

3. **Hoffmann** berichtet über einen Fall von Phlykteniden, die sich im Gesicht, auf Brust und Rücken lokalisiert hatten und vielfach einen herpetischen Charakter zeigten. Der Patient litt seit 14 Tagen an Gonorrhoe, bekam dann schmerzhafte Schwellung der Inguinaldrüsen und Schüttelfrost, der ein remittierendes Fieber einleitete. 1½ Tage später trat das eigentümliche infektiöse Erythem auf. Nicht nur im Urin, sondern auch in dem Drüsenpunktat sind Gonokokken nachgewiesen worden. Es fragt sich, ob in diesem Falle eine jener Ausschlagsformen vorliegt, die von Wunderlich u. a. als Phlykteniden-Eruption beschrieben worden sind, und ob die Gonokokken im stande sind, einen derartigen Ausschlag hervorzurufen. Wenngleich die bisherigen, als gonorrhöisch angesprochenen Exantheme keinen herpetiformen Charakter hatten, so glaubt H. trotzdem das ganze Bild auf eine Gonokokkeninfektion zurückführen zu sollen; allerdings müßte man daran denken, ob nicht möglicherweise eine sekundäre Infektion vorliegt.

4. **Hoffmann** berichtet über einen Patienten, der seit etwa einem Jahr an einer schweren Syphilis litt, die mit großen Dosen von Jodkali und Quecksilber behandelt wurde. Der Patient bekam plötzlich Hustenreiz und eine Dämpfung beider Lungenspitzen; Sputum war wenig vorhanden.

Die Diagnose wurde von einem Kliniker als peribronchiale, knötchenförmige Tuberkulose ohne Tuberkelbazillennachweis gestellt. Patient erbrach alle Speisen und war durch das Fieber sehr heruntergekommen. Nachdem drei Tage lang Jodkali angewendet worden war, war der Patient fieberfrei. Die Besserung machte dann weitere Fortschritte und die Dämpfung ging bald zurück. Die Therapie hat also gezeigt, daß es sich in diesem Falle um eine Lungensyphilis gehandelt hat. Diese Prozesse können sich auch bereits in der Frühperiode entwickeln und werden hier mitunter übersehen. Die Mutter des Patienten ist, wenn auch in hohem Alter, an Tuberkulose gestorben. Gegenüber der in neuester Zeit von Körner und Wolters veröffentlichten Arbeit, in welcher eine aufsteigende Tuberkulose der Luftwege mit Quecksilber und Jodkali geheilt worden ist, möchte H. davor warnen, diese Mittel nicht nur als spezifische Mittel gegen Syphilis, sondern auch gegen Tuberkulose zu betrachten.

Heller fragt, ob der zweite Fall von Alopecie nicht als eine Folliculitis decalvans aufgefaßt werden könnte, da nur ein gradueller Unterschied besteht, ob der Eiterungsprozeß die Follikel ergreift oder sich auch noch weiter in die Tiefe ausdehnt.

Hoffmann erwidert hierauf, daß die Fälle von Folliculitis decalvans eine flächenhafte Ausdehnung haben und daß in dem vorgestellten Falle halbkugelförmige weiche Tumoren sichtbar waren, die mit einer Folliculitis wenig gemein haben. Im Eiter fanden sich weder Bakterien noch Pilze.

Arndt: Gegen die Diagnose Folliculitis decalvans spricht auch die prompte Reaktion auf die Therapie. Dieser Patient zeigte auf die Behandlung eine solche Besserung, daß die Affektion kaum wieder zu erkennen ist.

Lesser macht darauf aufmerksam, daß bei der Folliculitis decalvans ein, wenn auch langsames, so doch stetes Fortschreiten des Prozesses in der Peripherie stattfindet.

Isaak erwähnt einen Fall, bei dem die Diagnose von einer Reihe von Klinikern auf Tuberkulose gestellt war; es handelte sich um eine Entzündung des Hand- und Ellbogengelenks und eine starke Knotenbildung in beiden Hoden. Syphilis ist angeblich niemals dagewesen. Auf Jodkali und eine darauf folgende Inunktionskur ging das Fieber zurück und die Erscheinungen in den Gelenken verschwanden vollständig, während die Affektion der Hoden ziemlich unverändert blieb. Dieser Fall spricht dafür, daß man in derartigen Fällen die Mittel doch probieren soll.

Saalfeld ist der Ansicht, daß in dem von Isaak soeben erwähnten Fall trotz der von mehreren Klinikern auf Tuberkulose gestellten Diagnose Lues vorlag, und warnt dringend davor, ohne weiteres bei Tuberkulose Jodkali und Quecksilber zu geben; bekanntlich reagieren Tuberkulöse gewöhnlich sehr schlecht auf Quecksilber. Er hat mehrere Fälle gesehen von Tuberkulose und Syphilis, bei denen die Tuberkulose durch die Quecksilberkur eine außerordentliche Verschlimmerung erfahren hat. Bezüglich des Falles von Alopecia stimmt S. der Diagnose des Herrn Hoffmann bei.

Rosenthal bemerkt zu dem Fall von Lungensyphilis, daß derartige Fälle der Diagnose oft kolossale Schwierigkeiten entgegensetzen, aber doch keine so große Seltenheit sind. Er erinnert sich im Laufe der

Jahre mehrere einschlägige Fälle gesehen zu haben. Der eine kam aus irgend einem Grunde in die Klinik und brachte die Diagnose „Tuberkulose“ mit. Da alle Antifebrilia ohne Erfolg geblieben waren, so wurde trotz der ausgesprochensten Spitzendämpfung eine antisypilitische Behandlung mit glänzendstem Erfolg eingeleitet. Die verfehlten therapeutischen Eingriffe beruhen auf der Schwierigkeit der differentiellen Diagnose.

Was den Fall von Phlykteniden-Bildung anbelangt, so ist R. der Überzeugung, daß derartige Fälle unbedingt auf bakterielle Infektion zurückzuführen sind. Phlykteniden, Erythema exsudativum, Purpura und Rheumatismus sind Affektionen, die sich im Anschluß an Angina häufiger entwickeln und nur graduelle Unterschiede einer toxischen Infektion darstellen. Boeck-Christiania hat zuerst auf den Zusammenhang von Angina und Diphtherie und Erythema nodosum aufmerksam gemacht.

Lesser ist ebenfalls der Ansicht, daß eine Anzahl von derartigen Lungenfällen unter falscher Diagnose behandelt werden; für absolut selten hält er derartige Fälle aber nicht.

Richter erwähnt, daß in der Literatur eine ganze Anzahl von Beobachtungen vorliegen, in denen die Jodpräparate bei Tuberkulose geholfen haben sollen.

Isaak fügt hinzu, daß in seinem Falle höchst wahrscheinlich doch eine Tuberkulose der Hoden vorgelegen hat. Die spezifische Behandlung hatte keinerlei Einfluß auf diese Tumoren. Würde nur eine reine Syphilis vorgelegen haben, so würden auch die Hoden eine Änderung gezeigt haben.

Hoffmann fügt hinzu, daß sein Fall insofern noch bemerkenswert ist, als er sich unter den Kennzeichen der Tuberkulose im ersten Jahre der Lues entwickelt hat. Spirochaeten sind übrigens im Blut nicht gefunden worden.

5. Arndt stellt einen Fall von Lichen ruber planus vor, bei dem sich Effloreszenzen auf der Haut des Rumpfes und der Arme zeigten und verrucöse Plaques auf den Unterschenkeln vorhanden waren. Auch die behaarte Kopfhaut zeigte eine Anzahl leicht atrophischer Herde von grauroter Farbe, die eine Erweiterung und Verhornung der Follikelmündungen vermissen ließen, so daß diese Lokalisation einen Lupus erythematosus vortäuschen konnte. Ferner bestanden um den Anus herum Leukoplakie ähnliche Verdickungen der oberflächlich macerierten Epidermis. Von diesen Plaques zogen sich diffuse grauweiße und netzförmige Streifen nach der Umgebung. Am Damm bestanden leicht infiltrierte, mit fest haftenden Schuppen bedeckte Streifen.

6. Arndt stellt einen 70jährigen Patienten vor mit einem handflächengroßen Epitheliom der Rückenhaut, das sich scharf abgrenzt und stellenweise polyzyklische Konturen zeigt. Die Mitte der Plaque ist glatt atrophisch, die Umgebung zeigt einen $1\frac{1}{2}$ mm breiten, wallartigen Saum von ziemlich derber Konsistenz. Der Beginn der Erkrankung soll ungefähr 20 Jahre zurück liegen. Subjektive Beschwerden bestehen in einem zeitweise auftretenden mäßigen Jucken. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte die Diagnose.

Hoffmann macht darauf aufmerksam, daß nach dem klinischen Charakter dieser Fall vom gewöhnlichen Ulcus rodens verschieden ist.

Merkwürdig sind die an verschiedenen Stellen sichtbaren Epithelherde, die außen Zylinderzellen zeigen und innen Zellen, {die auf dem Standpunkt der Basalzellen stehen geblieben sind.

Saalfeld ist der Ansicht, daß sich diese Epitheliome aus einer senilen Warze entwickelt haben.

Arndt erwidert, daß die Affektion erst bemerkt wurde, als sie bereits eine gewisse Größe hatte; aus dem sogen. Keratoma senile, das man von der senilen Warze trennen muß, entwickeln sich häufiger derartige Epitheliome.

Hoffmann ist der Ansicht, daß Epitheliome, die sich aus senilen Warzen bilden, einen mehr geschwulstartigen Charakter haben; er glaubt, daß sich nicht einmal aus einer seborrhoischen Warze ein solches Epitheliom entwickeln kann.

7. Arndt stellt einen Fall von Pityriasis rubra pilaris vor bei einer Patientin, die seit ihrem 3. Lebensjahr an der Affektion leidet. Zwischen dem 6. und 15. Lebensjahre wurde sie von Kaposi unter der Diagnose „Psoriasis“ behandelt. Róna und Unna, die die Patientin später sahen, stellten die Diagnose Pityriasis rubra pilaris. Die Patientin zeigt im Gesicht und auf der Haut des Rumpfes und der Extremitäten flachhandgroße, rundliche, bandartige, leicht atrophische Plaques von blaßdunkelroter Farbe, die zum Teil mit lamellosen Schuppen bedeckt sind. Im Bereich des Handrückens ist die Haut dunkel und schuppig und sind zahlreiche Einrisse vorhanden. Auch hier ist eine leichte Atrophie sichtbar. Auf der Streckseite der Finger bestehen ähnliche Herde mit deutlich erweiterten Follikelmündungen. Auch die Füße sind in gleicher Weise befallen, Handteller und Fußsohlen sind tylosisch verdickt, ohne Schuppen und ohne Rhagaden, Nagelveränderungen sind nicht vorhanden. An beiden Knien sind Plaques vorhanden, die mit transversalen Streifen versehen sind. Mittels Lupe sieht man in ihnen stecknadelspitz- bis stecknadelkopfgroße, mit weißlichen Hornmassen angefüllte Grübchen disseminiert oder in Gruppen angeordnet. Nach ihrer Entfernung ist eine deutliche kapilläre Blutung sichtbar. Diese Effloreszenzen haben ein psoriasiformes Aussehen; eine Schuppung der Kopfhaut ist nicht vorhanden. Trotz des nicht typischen Aussehens und des klinisch nicht übereinstimmenden Bildes wurde die schon gestellte Diagnose „Pityriasis rubra pilaris“ bestätigt.

Blaschko betont, daß die Fälle von Pityriasis rubra pilaris, die er kennt, einen ganz anderen Anblick haben, nur ein paar kleine Stellen am Rücken erinnern an das Bild dieser Affektion. Vor einigen Jahren hat er einen Fall vorgestellt, in dem er auf die überraschende Ähnlichkeit der flächenhaften Plaques mit Psoriasis hingewiesen hat. In jedem Falle von Pityriasis rubra pilaris finden sich außer den follikulären Veränderungen derartige flächenhafte Ausdehnungen, die nur fester und härter als die psoriatischen sind. In dem vorgestellten Falle treten allerdings die sonst die Hauptsache bildenden follikulären Veränderungen gegen die flächenhafte Ausdehnung vollständig zurück, infolgedessen möchte er die Affektion als eine der Pityriasis rubra pilaris nahestehende Krankheit ansehen.

Lesser betont, daß die Affektion nicht dem typischen Bilde der Pityriasis rubra pilaris entspricht, aber noch viel weniger dem der

Psoriasis. Der Verlauf, die außerordentlich lange Dauer und die von Róna vorgenommenen mikroskopischen Untersuchungen sichern die Diagnose.

Arndt fügt hinzu, daß man zwei Formen von Pityriasis rubra pilaris unterscheiden muß: nämlich diejenigen, welche in kurzer Zeit zu einer Generalisation führen und bei denen alle charakteristischen Symptome stark ausgeprägt sind, und zweitens die lokalisierten Formen dieser Affektion. Derartige Fälle sind hauptsächlich nur an Knien und Ellbogen vorhanden und figurieren unter der Rubrik Psoriasis. In dem vorgestellten Falle ist die Affektion niemals geheilt, sondern nur vorübergehend gebessert worden.

Rosenthal betont, daß das Bild der gewöhnlichen Pityriasis rubra pilaris so vollständig von dem vorgestellten Falle abweicht, daß sicherlich jeder, der eine solche Affektion noch nicht gesehen hat, unbedingt eine falsche Diagnose stellen würde, wenn er sich nur das Bild des vorgestellten Falles einprägt.

8. **Marcuse** stellt einen Patienten mit einer ziemlich tiefen Ulzeration an der Unterlippe vor, die er ursprünglich als ein Gumma angesehen hatte. Vor einem Vierteljahr soll der Patient eine ähnliche Affektion am Kehlkopfeingang gehabt haben, die innerhalb 24 Stunden fast vollständig verheilt war. Augenblicklich ist der Patient mit Chromsäure und Lapis touchiert worden und eine Diagnose ist schwer zu stellen. Die Affektion geht von der Unterlippe aus und dehnt sich bis auf die Wangenschleimhaut aus.

Saalfeld fragt, ob der Patient nicht vorher Antipyrin bekommen hat; so tiefe Prozesse sind nach diesem Mittel nicht selten.

Marcuse erwidert, daß ein internes Mittel nicht gegeben worden sein soll. Merkwürdig ist auch der Gegensatz zwischen dem subjektiven Befinden, das sich enorm gebessert hat, und der fortschreitenden objektiven Verschlechterung.

Lesser bittet den Fall noch einmal vorzustellen.

O. Rosenthal.