

Krankheitsbildes erzielt, die Lymphdrüsen- und Milzschwellung, sowie die Blutbeschaffenheit haben keine Aenderung erfahren, von Zeit zu Zeit ist sogar Ascites und Oedeme in der Umgebung der Malleolen aufgetreten, immerhin ist aber der Kräftezustand und das Allgemeinbefinden des Kranken ein recht gutes geblieben. An Stelle der nach und nach gänzlich excidirten Hauttumoren bildeten sich schnell glatte Narben, so dass ein vortrefflicher kosmetischer Effect erzielt wurde und Pat. wohl demnächst die Klinik verlassen wird.

20. Herr **Galewsky** (Dresden): *Ueber Pityriasis rubra pilaris*. (Mit Tafeln III A—F.)

Meine Herren! Seit der glänzenden Arbeit Besniers hat sich die Literatur über die als Pityriasis rubra pilaris (Devergie-Richaud-Besnier) beschriebene Hautkrankheit ausserordentlich vermehrt; nur bei uns in Deutschland sind die Mittheilungen über diese ebenso seltene, wie interessante Affection bisher äusserst vereinzelt geblieben, ausführlichere Publicationen fehlen überhaupt noch vollständig. Es ist dies um so bedauerlicher, als die Frage der Pityriasis rubr. pil. mit der immer noch ungelösten Frage des Lichen ruber auf das engste verknüpft, ja eigentlich von ihr nicht zu trennen ist. — Ich glaube daher Ihrer Zustimmung gewiss zu sein, wenn ich Ihnen in Kurzem Bericht erstatte über zwei Fälle, welche ich in den letzten 2 Jahren in der Breslauer Klinik eingehend zu beobachten Gelegenheit hatte, zumal da ich durch die grosse Liberalität meines bisherigen Chefs, des Herrn Prof. Neisser, für welche ich ihm auch an dieser Stelle meinen herzlichsten Dank sage, in der Lage bin, Ihnen den ersten derselben, einen typischen Fall der Devergie'schen Krankheit demonstrieren zu können.

Patient, Anton Rotter, stellte sich zum ersten Male bei uns am 20. März 1891 vor. Er gab an, stets gesund gewesen zu sein, ebenso sei ihm von Hauterkrankungen in seiner Familie nichts bekannt. Die jetzige Affection hätte vor 14 Jahren, also in seinem 6. Lebensjahre, ganz plötzlich über Nacht begonnen, am Morgen habe er bereits die Erkrankung an

den Händen, Füßen und am Körper bemerkt. Er sei Jahre lang mit Salben, Bädern etc. und mit Arsenik continuirlich und in allen Formen behandelt worden, ohne je geheilt worden zu sein; zeitweilige Besserung sei auch spontan eingetreten. Unter besonderem Beschwerden hat Patient nie zu leiden gehabt, der Juckreiz war minimal, das Spannungsgefühl mässig, am unangenehmsten empfand er die Unempfindlichkeit der Hände.

Als Patient uns aufsuchte, war fast die gesammte Hautoberfläche erkrankt; verhältnissmässig frei waren die Beugeseiten der Extremitäten, die Hand- und Fussrücken, die Dorsalflächen der II. Phalangen (mit Ausnahme des Daumens) sowie die der Zehen. Die Follikel fast des ganzen Körpers waren geröthet und durch fest verhornte Kegel auseinander getrieben, welche an ihrer Oberfläche kleine kleienförmige Schüppchen trugen; die Hornkegel selbst waren conisch, von weissgrauer Farbe an den Phalangen bis zu roth-bräunlicher an den unteren Extremitäten, mit oder ohne Haar respective Haarstumpf versehen, trocken, hart; die Haut bot beim Herüberstreichen das Gefühl eines scharfen Reibeisen. Die Hornkegel sassen an einzelnen Stellen, z. B. an den Phalangen sehr fest, an anderen liessen sie sich leicht herauskratzen, um eine leicht feuchte, grauröthliche Grube zu hinterlassen, welche weder nässte noch blutete. An den ersten Phalangen der Finger fanden sich inselförmige Conglomerate von einzelnen Kegeln, den Follikeln entsprechend. (Vergl. Taf. III B.) Die Haut zwischen den Follikeln fühlte sich weich, leicht infiltrirt an, war von grauweisser Farbe und überall mit feinsten Schuppen bedeckt. Eine eigentliche derbe Infiltration war nirgends zu fühlen.

Am stärksten war die weisse kleienförmige Schuppung auf dem behaarten Kopf, den Ohrmuscheln, in der Gegend der Augenbrauen, die wie mit Mehl bestäubt aussahen; das Gesicht selbst zeigte sonst nur ganz leichte kleienförmige Abschuppung, an beiden Nasenflügeln hafteten weisse, derbe, feste Schuppenmassen. (Vergl. Taf. III A.) Beide Volae und Plantae waren mit festen, derben, gleichmässig gelben Hornmassen, welche durch Risse und Rhagaden unterbrochen waren, belegt; von den Volae und Plantae erstreckte sich diese gleichmässige Verhornung an den

Rändern der Finger, Zehen, Hände, hinauf bis zum Dorsum, wo sie mit ziemlich scharfer Begrenzung aufhörte. An den Endphalangen, an sämtlichen anderen Phalangen in der Höhe der Articulation gingen die Hornmassen von beiden Seiten in einander über. Die Nägel waren brüchig, abgehoben, verdickt, mit Längsstreifen versehen. Inguinal- und Cervicaldrüsen leicht geschwellt. Sonst Wohlbefinden; kein Juckreiz, leichtes Spannungsgefühl der Haut, an den inneren Organen nichts pathologisches nachzuweisen.

Die Behandlung bestand zuerst in innerlichen Arsenikgaben in steigender Dosirung, während Patient local mit Salben, Pflastern, spirituösen Einreibungen etc. behandelt wurde. Während dieser Zeit blieb der Zustand des Patienten fast unverändert; unter den Pflastern trat wohl eine leichte Macerirung, aber keine Abheilung, kein Schwinden der Hornkegel ein. Eine sichtbare Besserung erfolgte erst Mitte März nach einer achttägigen 10% Chrysarobinsalbenkur. Die Haut schälte sich vollständig, wurde mit nachfolgender Bleivaseline-Behandlung glatt und geschmeidig, die alten Hornkegel waren verschwunden, neue nicht aufgetreten. Nur an den Dorsalflächen der Phalangen und in der Augenbrauengegend war die Erkrankung noch wenig gebessert. — Patient erhielt während dieser Zeit immer weiter Arsenikpillen, local seit Ende März ausserdem protrahierte tägliche Bäder und Einfettungen mit Bleivaseline etc. Während dieser Zeit begann die Haut sich im Allgemeinen stärker zu röthen, sie zeigte sich stärker infiltrirt und entsprach vollständig dem zweiten entzündlichen Stadium Besnier's. Die Knötchen schienen ebenfalls stärker hervorzutreten, waren viel röther und glänzender, als bei der Aufnahme des Patienten, so dass Jeder, der den Patienten zum ersten Male sah an einen beginnenden Lichen rub. acuminatus denken musste. Es wurden in Folge dessen täglich von Mitte Mai an Arsenikinjectionen von 1–1,5 Ctgr. steigend und tägliche protrahierte warme Bäder bis zu 6 Stunden Dauer mit nachheriger Einfettung (Salicylvaseline) verordnet. Dank dieser Therapie wurde die Haut wieder glatt und blass, die secundäre Dermatitis schwand; an vielen Stellen, besonders am Vorderarme und Oberschenkel, zeigten sich die ersten

Zeichen einer definitiven Abheilung, nämlich stecknadelkopfgrosse, rundliche, narbige, atrophische, glänzende Grübchen, an welchen eine Verödung des Follikels zu bemerken war; an beiden Knien waren die Follikel vertieft und mit einem weissen, narbigen, atrophischen Ringe umgeben. Dagegen fiel an anderen Knötchen, ebenfalls am Vorderarm und Oberschenkel wieder eine stärkere Prominenz und Verhornung auf, als ob sie in frischer Eruption begriffen wären. Patient wurde in Folge dessen am 1. Juni einer nochmaligen Chrysa-robinur unterzogen und bis zu seiner Entlassung mit täglichen protrahirten Bädern und Salicylvaseline-Einreibungen behandelt; der Arsen wurde von jetzt an ausgesetzt, seit dieser Zeit badet Patient mehrmals wöchentlich und wendet nur die Salicylvaseline-Einreibungen an. — Das Bild, welches Patient Ihnen heute bietet, ist wesentlich verändert gegen das bei seiner Aufnahme, es ist aber immer noch so, dass Sie ein klares Bild der Krankheitsform gewinnen werden; sein Zustand ist jedenfalls, wie Sie sich selbst überzeugen werden, ein wesentlich gebesserter. Die Haut, namentlich im Gesicht, aber auch am Körper ist überall weich, die Hornlamellen an den Volae und Plantae mindestens um $\frac{2}{3}$ ihrer Stärke verringert, die Nägel sind glatter, die Hornkegel sind zwar noch sichtbar, aber niedrig und kaum das Niveau der Haut überragend. Auffallend zahlreich finden Sie und darauf möchte ich besonders Ihre Aufmerksamkeit lenken, an den Oberschenkeln, Armen, aber auch an der Brust atrophische runde glänzende Grübchen, den zugrunde gegangenen Follikeln entsprechend; dieselben sind erst während der Behandlung entstanden. Jedenfalls werden auch Sie den Eindruck haben, dass man selbst bei dieser so überaus hartnäckigen Affection durch consequente Behandlung (am besten mit Bädern und Salicylsalben etc.) ausserordentlich viel erreichen kann.

Einen wesentlich anderen Verlauf nahm der zweite Fall.

Ende Mai 1890 wurde der 40jährige Arbeiter Knappe der Klinik wegen eines Hautleidens aus der Strafanstalt überwiesen.

Patient, von gesunden Eltern abstammend, gab an, bisher

stets gesund gewesen zu sein. Vor 3 Wochen sei er plötzlich im Gesichte erkrankt, dasselbe sei angeschwollen, es seien Knötchen entstanden, welche nach 5 Tagen sich mit Schuppen bedeckt und dann oft gejuckt hätten. Der Ausschlag sei alsdann durch fortwährendes Auftreten neuer Knötchen und Zusammenfliessen derselben immer weiter gegangen, der Juckreiz wäre sehr stark, Nachts sogar unerträglich gewesen. In den letzten Wochen hätte er an einzelnen Tagen unter starkem Fieber zu leiden gehabt.

Sein Aufnahmestatus war folgender: Die Haut vom behaarten Kopfe an bis ungefähr in die Höhe der Mamillae vorn, bis zur Crena ani hinten, an den oberen Extremitäten bis zu den Ellbeugen ist verdickt, geröthet, mit zahlreichen weisslichen feinklebrigen Schuppen bedeckt, überall, namentlich aber im Gesicht treten die Faltungen, die Risse und die normalen Hautfurchen stärker hervor. Die Haut des behaarten Kopfes, die der Augenbrauen, der Ohrmuscheln ist wie mit Mehl bestäubt. Es besteht leichtes Effluvium capillitii, starkes der Augenbrauen. Von der schuppigen Fläche nach abwärts bis zur Mitte des Oberschenkels, finden sich überall entsprechend den Follikeln nach oben zu oft noch confluirende, nach unten zu disseminirt stehende, conische, sehr derbe, rothe, mit einem Hornkegel versehene Knötchen, welche am Abdomen breiter und flacher erscheinen, nirgends aber eine Dellenbildung erkennen lassen. Am Uebergange zur normalen Haut fällt überall die starke Prominenz der Follikel auf. Die *Volae manuum* sind ebenso wie im I. Fall mit dicken Hornmassen bedeckt, am Dorsum beider Hände ist die Haut aber hier stark rissig, verdickt, roth und schuppig. Die Nägel sind verdickt und brüchig. Es besteht starker Juckreiz, sonst Wohlbefinden, Apyrexie; Schleimhäute frei. An den inneren Organen nichts Pathologisches nachzuweisen.

Patient blieb nun fast ein halbes Jahr in klinischer Beobachtung; dieselbe wurde im Anfang dadurch sehr erschwert, dass Patient gleichzeitig an Intermittens (mit typischen Plasmodien entsprechend den Fieberanfällen) und an *Urticaria litt*, deren Efflorescenzen im Anfang bei der gleichmässig verdickten Haut nicht nachweisbar, später aber während resp.

nach erfolgter Abheilung deutlich erkennbar waren. Er wurde während der ersten Monate nur local mit Salben (theils indifferenten, theils Sublimat — Carbol-Salben etc.) und Bädern behandelt, klagte trotzdem über sehr heftigen Juckreiz, Schlaflosigkeit, fühlte sich sehr unwohl und unbehaglich, kurz: machte den Eindruck eines ziemlich schwer kranken Mannes. Der Juckreiz wurde zwar durch Bromkali etc. zeitweise gelindert, er kehrte aber stets wieder; die Hautefflorescenzen blieben unverändert, soweit nicht die Bäder und Salben ihren macerirenden Einfluss übten; wurde die locale Behandlung auf 3—4 Tage ausgesetzt, so war sofort der frühere Status da. Neue Nachschübe traten in dieser Zeit nicht auf.

Eine wesentliche Aenderung zeigte sich erst, als Patient Arsenik erhielt. Er vertrug dasselbe die ersten 10 Tage so schlecht, dass er es öfter aussetzen musste; erst von diesem Termin an nahm er es regelmässig, nach 14 Tagen war der Juckreiz beseitigt, nach 5 Wochen die Efflorescenzen ebenfalls fast vollständig, so dass sich Patient sehr wohl fühlte und versuchsweise die locale Behandlung (Bäder, Salben, Salicylseifenpflaster etc.) ausgesetzt wurden. — Nach 8 Tagen trat jedoch das I. Recidiv unter der Arsenikbehandlung, nach 3 Wochen das II. Recidiv und bis zum December 1890 noch vereinzelte kleine Nachschübe ein. Jedes Recidiv zeigte typische, den Follikeln entsprechende stecknadelkopfgrosse, helle, von der Farbe der normalen Haut nicht abweichende, nicht juckende Hornkegel, welche in der Mitte von einem Haar durchbohrt waren, feinste Schüppchen zeigten und unter Arsenikgaben und localer Therapie durchschnittlich innerhalb 14 Tagen sich wieder involvierten. Patient wurde Ende December entlassen, da Efflorescenzen nicht mehr sichtbar waren; am Körper war eine leichte braune Pigmentirung vorhanden, die Efflorescenzen waren, ohne Narben zu hinterlassen, abgeheilt. Im Juli 1891 sah ich Patient zum letzten Male, er zeigte zu dieser Zeit fast denselben Befund wie bei der Entlassung, fühlte sich vollständig wohl, Recidive waren nicht eingetreten.

Zur mikroskopischen Untersuchung kamen vom I. (Taf. III E.) und vom II. Falle (Taf. III E. F.) 11 Hautstückchen, zusammen vielleicht gegen 25 einzelnen Knötchen entsprechend,

von verschiedenen Stellen des Körpers (Brust, Oberschenkel, Unterarm, Rücken, Abdomen). Die Stücke wurden in Alkohol, Sublimat, Flemming, Müller gehärtet, in Celloidin eingebettet und nach den verschiedensten Methoden gefärbt. Der mikroskopische Befund war in beiden Fällen ein gleicher. In allen Präparaten zeigte das Rete eine leichte Hypertrophie, die Zapfen erschienen etwas stärker gewulstet und ausgezogen, ohne jedoch jemals die Länge und Hypertrophie wie beim *Lichen planus* zu erreichen. Die Schleimschicht erschien leicht verdickt, während das Stratum granulosum bald atrophisch, bald hypertrophisch erschien, eine Erscheinung, für welche sich eine Erklärung nicht finden liess. Ueberall zeigte sich eine starke Anhäufung gleichmässig geordneter Hornlamellen, in welchen sich des öfteren zerstreute oder in Gruppen befindliche tingible Kernreste vorfanden. Die Hornkegel erhoben sich fast nur über den Talgdrüsen resp. Haarfollikeln, in ganz seltenen Fällen über den Schweissdrüsen; in letzterem Falle liessen sich Veränderungen an den Drüsen selbst nicht nachweisen, der Schweissdrüsengang war als spirale Andeutung noch in dem Hornkegel zu erkennen, eine cystenförmige Erweiterung mit Detritusmassen unter dem Kegel, wie *Jacquet-Besnier*, konnte ich nie constatieren. In 2 Stückchen fanden sich die Doppel- oder Zwillingsconi im Sinne *Boecks*¹⁾ vor, von denen einer in der Regel als kleines Appendix des grösseren gelten konnte, ein auffallend häufiges Vorhandensein dieser Zwillingsconi konnte ich nicht bestätigen. Die Haarfollikel erschienen in ihrem untersten Theile normal, sie waren nach oben trichterförmig erweitert und mit dicken, concentrisch angeordneten Hornlamellen ausgefüllt. Die Wände des Infundibulum zeigten dieselben geringen Veränderungen, wie das Rete im Allgemeinen, das Stratum granulosum war bald verbreitert, bald kaum erkennbar, die Schleimschicht leicht verdickt. An den Haaren konnte ich Veränderungen nicht erkennen, sie sind zum Theil erhaben, zum Theil abgebrochen oder mit dem Hornkegel ausgefallen; im letzteren Falle ist das Infundibulum mit alten und frischen concentrisch ge-

¹⁾ Boeck. Ein Fall von Pit. pil. Monatsh. f. prakt. Derm. 1889. VIII. p. 114.

schichteten Hornlamellen erfüllt, in einzelnen Fällen sogar ausgefüllt. Im Corium zeigt sich eine kaum mehr als normale Vermehrung der fixen Bindegewebszellen, ab und zu finden sich entlang den Gefässen und in kleineren Herden vereinzelte Andeutungen von kleinzelliger Infiltration. Eine Hyperpigmentation lässt sich nicht nachweisen, ebensowenig wie Veränderungen des fibrillären und elastischen Gewebes. Die tiefen Schichten des Corium zeigen nichts Pathologisches.

Die mikroskopische Untersuchung ergibt also in beiden Fällen entsprechend dem Befunde Jacquet-Besnier's, Taylor's fast nur eine ausserordentlich gesteigerte Hyperkeratose, deren Hauptsitz in den Seiten des Infundibulums der Follikel und der zu ihnen gehörigen Talgdrüsen liegt. Einen Zusammenhang der Verhornung mit den Haaren resp. mit den Haarwurzelscheiden im Sinne C. Boeck's konnte ich nirgends constatiren. — Die Affection zeigt sich also im Gegensatze zum Lichen ruber planus als eine ausschliesslich aus dem Rete hervorgehende, bei welcher umgekehrt wie beim Lichen planus die Cutis erst secundär und dann gewöhnlich nur gering — wenigstens in meinen Fällen — erkrankt.

Recapituliren wir kurz und vergleichen wir die beiden Fälle mit einander, so, glaube ich, kann für den ersten Fall Rotter kein Zweifel sein, dass wir es mit einer typischen Pityriasis rubra pilaris zu thun haben. Alle klinischen Symptome, die lange Dauer, die verhältnissmässige Benignität der Affection, der minimale Juckreiz, das subjective Wohlbefinden, die Widerstandsfähigkeit gegen langdauernde Arsenikgaben, das Abheilen ohne Pigmentirung, vor Allem die Localisation der Efflorescenzen, ihr erstes Auftreten als Epidermishügelchen, der mikroskopische Befund weisen auf das eindringlichste jede andere Diagnose zurück. Dass dies vor Allem kein Lichen ruber acuminatus, sondern eine Krankheit sui generis ist, davon wird sich heute, glaube ich, jeder, auch der enragirteste Anhänger der Unität von Lichen ruber und Pityriasis rubra pil. überzeugt haben. — Mit eben solcher Sicherheit ist Ichthyosis, Pityriasis rubra Hebrae, Psoriasis und die als Keratosis pilaris (Brocq) bezeichnete Affection auszuschliessen. Interessant ist

es aber, dass die Erscheinung, welche von Besnier und Brocq bei *Keratosis pilaris* beobachtet wurde, nämlich das Abheilen der Kegel unter Hinterlassung eines kleinen atrophischen Grübchens, auch in unserem I. Falle constatirt werden konnte. Wenn dies Brocq und Besnier bei der *Keratosis pilaris* zu erklären suchen durch die Einwirkung einer geringen und allmählichen, aber continuirlichen, circumpilären Infiltration (*travail inflammatoire circumpilaire*), so glaube ich, liegt für unseren Fall doch die Erklärung näher, welche diese Atrophie der Follikel hervorgehen lässt durch den constanten Druck der festen starren Hornkegel auf den Follikel. In jedem Falle verdient diese Erscheinung, die ihr Analogon findet in erster Reihe bei der *Keratosis pilaris* resp. der *Keratosis pilaris facialis* (*Folliculitis rubra Wilsons* und *Ulerythema ophryogenes Tänzer's*) und bei der *Folliculitis decalvans* eine weitere eingehende Untersuchung, die uns vielleicht über die Zusammengehörigkeit dieser Affectionen neue Aufschlüsse geben kann.

Schwieriger als im ersten Falle war die Stellung der Diagnose im zweiten. Hier haben wir eine Erkrankungsform, welche dem klinischen Bilde nach typisch ist für den (relativ gutartig verlaufenden) *Lichen ruber acuminatus Kaposi*. Die rapide Entwicklung, die rothe Farbe der Knötchen bei längerem Bestande, die Verdickung und Rauheit der Haut, die subjectiven heftigen Symptome, das unerträgliche Jucken, welches zu constant war, um es ganz auf Rechnung der *Urticaria* setzen zu können, die Schlaflosigkeit, die allgemeine Prostration, die entschiedene Abheilung, sobald der Kranke die grösseren Arsenikgaben vertrug — sind von *Kaposi* als charakteristisch für seinen *Lichen ruber acuminatus* angegeben worden. Auf der anderen Seite spricht das Abheilen unter Arsenik, die verhältnissmässig kurze Dauer der Affection, der Juckreiz, der zum Theil doch auf Rechnung der *Urticaria* kommt, nicht gegen die Diagnose der *Pityriasis rubra pilaris*, während für diese letztere die Thatsache spricht, dass die Knötchen zuerst hell, von der Farbe der normalen Haut als Epidermishügelchen auftraten, ferner die Localisation den Follikeln entsprechend, vor Allem aber der mikroskopische Befund.

Die anderen Affectionen, die hier auch noch differentialdiagnostisch in Frage kommen, wie Psoriasis, Pityriasis rubra Hebrae, Keratosis pilaris, Ichthyosis follicularis, Lichen planus Wilsoni, sind zweifellos sofort von der Hand zu weisen; ich glaube, ich brauche hierauf nicht näher einzugehen.

Erwähnen will ich noch kurz, dass der Lichen ruber Taylor's und Robinson's wohl mit ziemlicher Sicherheit der Pityriasis rubra pilaris zuzurechnen ist. Ich verweise hier nur auf die eingehende Begründung dieser Ansicht durch Brocq, Besnier und Hans Hebra, denen ich mich hierbei völlig anschliesse, wenn ich auch glaube, dass bei dieser Krankheitsform sich noch eine strengere Sichtung und Eintheilung je nach dem acuten und chronischen Verlauf, der Benignität etc. als nöthig herausstellen wird.

Gestatten Sie mir zum Schluss noch ein kurzes Resumé auf Grund der Ansicht, die ich mir aus Obigem gebildet habe:

1.) Die von Devergie-Richaud-Besnier beschriebene Pityriasis rubra pilaris ist identisch mit dem Lichen ruber der Amerikaner (Taylor-Robinson) und mit einem grossen Theile der bisher als gutartiger Lichen ruber acuminatus Kaposi beschriebenen Krankheitsformen.

2.) Die Pityriasis rubra pilaris ist eine rein exfoliative Hyperkeratose, ist streng zu scheiden vom Lichen planus Wilsoni.

3.) Der Hebra-Kaposi'sche Lichen ruber acuminatus besteht nach den bisher vorliegenden Untersuchungen unverändert weiter als Krankheit sui generis.

4.) Es ist in jedem zweifelhaften Falle der Arsen anzuwenden, da ihm in einzelnen Fällen eine heilende Wirkung zuzukommen scheint. — Zur Localbehandlung haben sich uns am meisten protrahirte Bäder mit nachfolgender Salicylsalbenbehandlung, unterbrochen durch cyklische Chrysarobinschmierkuren bewährt.

Discussion.

Herr Neisser (Breslau): Gestatten Sie mir der Vorstellung des Coll. Galewsky noch einige Worte hinzuzufügen. Ich möchte

das um so lieber thun, als ich meinen Standpunkt, den ich vor etwa einem Jahre in einer kurzen Bemerkung gelegentlich einer Krankenvorstellung in Breslau geäußert habe, habe ändern müssen.

Ich habe mir früher thatsächlich nicht vorstellen können, dass, wie es auf dem Pariser Congress der Fall war, angesichts derselben Moulage Kaposi und Besnier sich um mehr, als um den Namen streiten konnten; ich meinte, das müssten identische Krankheitsfälle sein, die nur verschieden benannt würden, und ich glaubte, da der Name Pityr. rubra pilaris das Krankheitsbild weniger charakterisirte als der Name Lichen ruber acuminatus, erst recht nicht an die Nothwendigkeit, noch ferner hin von einer Pityr. rub. pilar. sprechen zu müssen.

Inzwischen haben unsere klinischen wie mikroskopischen Untersuchungen mich eines Anderen belehrt.

Ich möchte mich heute dahin aussprechen, dass wir einen Lich. rub. acuminatus, wie ihn Hebra und Kaposi beschrieben haben, festhalten müssen, dass aber ausserdem die von den Franzosen als Pityriasis rubra pilaris beschriebene Krankheit zweifellos existirt, dass das also zwei Krankheiten sind, welche, wie ich glaube, mit einander absolut nichts zu thun haben.

Der Lich. rub. acum. ist in der That nur ein Bruder des Lich. rub. planus; nach den wenigen Fällen, die ich gesehen habe, eine verhältnissmässig bösartige, jedenfalls mit schwerem Betroffensein des Gesamtorganismus mehr oder weniger schnell verlaufende Erkrankung, sehr wohl reagirend auf Arsen-Therapie, und eine sichtbare bleibende Veränderung auf der Haut nicht zurücklassend. Die Pityr. rubr. pil. dagegen mit ihrem ganz chronischen Verlaufe ist eine an sich gutartige, zu keiner Störung des Allgemeinbefindens führende Krankheit, reagirt gar nicht auf Arsen, hat in unserem Falle zur bleibenden Verödung der Follikel geführt und sollte eigentlich den Ichthyosis- oder Keratosis-Formen zugetheilt werden. Keratosis follicularis rubra würde mir der viel sympathischere Name sein. Die Ihnen vorgelegten mikroskopischen Tafeln stellen, glaube ich, diese unsere Anschauung über jeden Zweifel fest: keine Spur von entzündlichen Infiltraten an den Knötchen, während beim Lich. ruber — jedenfalls bei der planus-Form — doch wohl allgemein das entzündliche Infiltrat als ein wesentlicher, vielleicht sogar als der primäre Factor angenommen wird.

So weit wäre denn auch Alles in Ordnung, wenn nicht durch Beobachtung des anderen Ihnen mitgetheilten Falles (des Kranken Knappe) diese scheinbar so einfache Lösung wieder in Frage gestellt würde. Da hatten wir einen Kranken, dessen Leiden klinisch dem Bilde des Lich. rub. acum. entsprach (schneller Verlauf, unzweifelhafte Schädigung des Gesamtorganismus, Jucken, Reaction auf Arsen-Therapie); mikroskopisch aber nähert sich das Bild absolut dem

Befunde der sog. *Pityriasis rub. pilaris*. Dieser Schwierigkeit gegenüber bin ich in der That zur Zeit rathlos, aber ich betone sie ganz besonders, um erst recht zu fortgesetzter, wesentlich mikroskopischer Untersuchung aller derartigen Fälle anzuregen.

So hat sich denn, wie ich zugeben muss, der Standpunkt in dieser Frage ganz verschoben. Denn sicher festgestellt scheint nur die sog. *Pityr. rubr. pilaris*, nicht ganz erwiesen — wenigstens nicht durch mikroskopisch nachweisbare Analogie der *Acuminatus*-mit den *Planus*-Formen — die als *Lich. rub. acum.* beschriebene Krankheit. — Kurz hinweisen will ich noch auf die von einigen Autoren, welche die Existenz einer *Acuminatus*-Form beweisen wollen, gemachte Beobachtung des gleichzeitigen Vorkommens von *Lich. rub. planus* und *acumin.* Knötchen am selben Kranken.

Ich sah jüngst bei einer alten Dame, welche ich im vorigen Jahre an *Lich. rub. plan.* behandelt habe, jetzt, nachdem die Affection schon längst abgelaufen, auf beiden Vorderarmen spitze rothe, ganz oberflächliche nicht juckende, theils einzeln, theils in Gruppen stehende Knötchen, welche zweifellos denen der *Keratosis follicul. (sive Pityrias. pilar. rubra)* entsprachen. Wären diese Knötchen zufällig gleichzeitig mit dem *Lich. rub. plan.* vorhanden gewesen, so hätte niemand an der Co-existenz von *Lich. rub. planus* und *acuminatus* gezweifelt, während in diesem Falle die spitzen Knötchen thatsächlich gar nichts mit dem *Lich. rub.* zu thun hatten, wie der weitere Verlauf bewies.

Hoffentlich hören wir nun von unserem verehrten Collegen Kaposi, wie er sich jetzt zu dieser schwierigen Frage stellt; ich denke, der von mir citirte unklare Fall wird für ihn die Brücke sein, den Weg zu finden vom *Lich. rub. acum.* Kaposi zur *Pityr. rub. pilaris* der Franzosen.

Herr Kaposi (Wien): Ich bitte um Entschuldigung, wenn ich trotz der directen Aufforderung des Coll. Neisser nicht in die Discussion des Gegenstandes eingehe. Es erfordert eine so weitläufige Auseinandersetzung, dass die Zeit hiefür jetzt nicht zur Verfügung steht. Ich will nur meiner wiederholt geäußerten Meinung Ausdruck geben, dass die *Pityriasis rubra pilaris* und *Lichen ruber acuminatus* trotz der mannigfach hervorgehobenen Differenzen identische Processe sind und dass dieser Meinungsausgleich durch die Erkenntniss von Zwischenformen und des Excesses oder des Fehlens, oder in der geringeren Entwicklung einzelner Erscheinungen bei der einen und der anderen Form sich ergeben wird. Hier möchte ich nur noch auf das hinweisen, was ich gerade über diesen Punkt in meinem Pariser Vortrage gesagt habe, speciell auf die der *Keratosis follicularis* entsprechenden Entwicklungsformen des *Lichen ruber*.

Herr Neumann (Wien): Ich will nur mit wenigen Worten bemerken, dass in meiner Klinik ein Fall von *Pityr. rubra pilaris*

bereits seit 18 Monaten in Behandlung steht und der auch demnächst detaillirt im Arch. für Derm. und Syph. publicirt werden wird. Die Diagnose war auch mir nicht leicht geworden. Denn, was ich in Paris im Jahre 1889 unter dem Namen *P. r. p.* gesehen, machte auf mich den Eindruck eines *Lichen ruber acuminatus*, was wohl begreiflich ist, da man nicht aus Abbildungen und plastischen Darstellungen, sondern oft erst aus dem weitem Verlaufe eine sichere Diagnose zu stellen vermag. Auch mein Fall machte anfangs den Eindruck eines *Erythema toxicum*, später eines *Lichen ruber* und erst die genaue Beobachtung führte zur richtigen Diagnose. Namentlich sind es die punktförmigen Knötchen am Stamm, die nur aus vertrockneter Epidermis bestehen, ihr ephemerer Verlauf, die Gruppierung derselben an der Haut der 1. Phalanx entsprechend den austretenden Haaren, die diffuse Röthung, welche der Knötchenbildung vorangegangen, die Schuppenauflagerung und dabei die geringe Infiltration der Haut- und Follikel, welche auch mikroskopisch nachweisbar war, welche zur Diagnose der *Hyperkeratose rubra pilaris* führten.

Herr Blaschko (Berlin): Ich möchte mir zu dem vorgestellten Fall einige Bemerkungen gestatten. Zunächst einen kleinen klinischen Beitrag. — In einem von mir beobachteten Fall von *Pityriasis rubra pilaris*, bei einem jungen, etwa 20jähr. Mädchen, war die Affection von den ersten Fingerphalangen ausgegangen und hatte sich dann auf den Handrücken, die Vorderarme, die Ober- und Unterschenkel verbreitet, wo dieselbe die Gestalt vereinzelter kleinerer und grösserer Plaques, zum Theil noch in Form der spitzen, den Follikeln entsprechenden Hornkegeln, zum Theil aber auch in Form eines gerötheten schuppenden *Eczems* zeigte. Die Patientin, welche wegen gleichzeitig bestehender Warzen an den Händen die Poliklinik aufgesucht hatte, entzog sich nach Abheilung derselben meiner Beobachtung; erwähnenswerth erscheint mir der Fall deswegen, weil bei demselben trotz jahrelangen (ich glaube 6—8jährigen) Bestandes, und trotzdem sich schon an einzelnen Stellen das zweite Stadium der Erkrankung (nach Besnier) ausgebildet hatte, die Affection sich nicht weiter über den Körper verbreitet hatte, sondern auf die wenigen genannten Stellen beschränkt blieb. — Dann noch ein paar Bemerkungen allgemeinerer Natur: Ich glaube nicht, dass man die *Pit. rubra pilaris* in eine Kategorie mit dem *Lichen ruber planus* bringen kann, einer Affection, die unzweifelhaft entzündlicher Natur ist und in ihrem Auftreten keineswegs an die Haarfollikel gebunden ist. Will man die *Pityriasis rubra pilaris* einer Gruppe von Erkrankungen an die Seite stellen, so möchte ich 2 Affectionen nennen, mit denen dieselbe eine gewisse Verwandtschaft besitzt. Das ist zunächst der *Lichen pilaris* oder die *Keratosis pilaris*, jene altbekannte und weitverbreitete, sehr harmlose Affection, die, meist angeboren und erblich, sich auf der Streckseite der Oberarme und Oberschenkel, manchmal auch auf dem

Kopf, im Gesicht, und an den Augenbrauen findet (vielleicht identisch mit Unna's Ulerythema ophryogenes). Die zweite hierher gehörige Affection wäre die Keratosis oder Icthyosis follicularis, neuerdings von White, Darier, Lustgarten u. A. wieder beschrieben und von Darier zuerst als Psoropsermosis cutanea gedeutet. Aetiologisch mögen diese drei Affectionen gewiss weit auseinanderliegen und auch in ihrem klinischen Verlaufe grosse Abweichungen von einander bieten — handelt es sich doch bei der einen Krankheit um ein erbliches, bei der anderen um ein erworbenes Leiden. Anatomisch aber gehören sie insofern zusammen, als alle drei Krankheiten die Haarfollikel betreffen und abnorme Verhornungen derselben bedingen. Will man eine Gruppe bilden, so könnte man diese Affectionen vielleicht als folliculäre Keratosen oder Parakeratosen zusammenfassen.

Herr Neisser (Breslau): So leid es mir thut, so kann ich mich doch mit dem vorhin vom Collegen Kaposi eingenommenen Standpunkt nicht einverstanden erklären.

Ich gebe zwar vollkommen zu, dass es zur Zeit in den meisten Fällen ganz unmöglich sein wird, bei einer einmaligen Besichtigung, ohne weitere Beobachtung des Verlaufes und des Einflusses der Therapie eine Differentialdiagnose zwischen Lichen ruber acum. und der Pityr. rub. pilaris zu stellen.

Ich habe ja selbst durch Vorführung des Falles Knappe auf die Schwierigkeiten hingewiesen, die durch die klinische Verwandtschaft dieses Falles mit dem Lichen rub. einerseits, durch die mikroskopische Zugehörigkeit zu einer Keratosisform andererseits erwachsen; aber daraus darf man, glaube ich, nicht, wie College Kaposi es thut, eine wirkliche Verschmelzung der Krankheiten vornehmen. Jedenfalls aber hätte ich es mit besonderem Danke aufgenommen, wenn ein so erfahrener Beobachter, wie Kaposi, sich über den vorgestellten Fall geäussert hätte, ob er denselben auch zum Lichen ruber acuminatus rechnet. Ich, meine Herren, glaube, unser verehrter Freund Kaposi weiss ganz genau, was er will, aber er will es nicht sagen.

Herr Kaposi: Nein, College Neisser, ich weiss es nicht und habe immer erklärt, auch in Paris, man könne es noch nicht wissen; dass solche Fälle, wie der vorgestellte, zu den Keratosen gehören können, steht ja auch schon in meinem Pariser Vortrag.

Herr Neisser: Damit würde doch also constatirt sein, dass diese Form etwas anderes ist wie Lichen ruber acuminatus.

Herr Kaposi: Ja wohl, — (Zwischenruf von Prof. Lang: Wir wollen dies Zugeständniss ausdrücklich festhalten!) es sind Keratosis-Fälle, wenn sie nicht Lichen ruber acuminatus sind.

Herr Neisser: Nun, meine Herren, damit wären wir ja einen grossen Schritt vorwärts gekommen und es wird unsere Aufgabe sein, in allen Fällen wesentlich durch mikroskopische Untersuchung entweder das entzündliche Bild des Lichen ruber oder das einfach hyperkeratotische der sog. Pityriasis rubra pilaris festzustellen.

Herr von Sehlen (Hannover): Gegenüber der Bemerkung des Herrn Blaschko, dass Unna's Ulerythema ophryogenes vielleicht mit dem Lichen pilaris identisch sei, erwidere ich, dass hier doch wohl ein durchaus abweichender Process vorliegt, dem Unna eben deswegen den besonderen Namen gegeben hat. Da Unna hier zu meinem Bedauern nicht anwesend ist, so wollte ich die Meinung des Herrn Vorredners nicht unwidersprochen lassen, die er im übrigen ja gegen Unna selbst wird verfechten müssen.

Herr Arning (Hamburg): Als ich die Stirne und Kopfhaut des vorgestellten jungen Mannes sah, sagte ich mir, da ist eine unverkennbare Aehnlichkeit vorhanden mit einem durch sein häufiges Vorkommen in Hamburg mir geläufigen Krankheitsbilde, einem Process, der mit diffuser Röthung, leichter Verhornung der Follikelmündungen, irregulärem Haarwachsthum, Alopecie und geringer Atrophie der Haut verläuft, und der fast stets mit einem Lichen pilaris der Streckseiten der Oberarme und Oberschenkel associirt ist. Die Affection geht meistens von der äusseren Hälfte der Augenbrauen, aber auch zuweilen von der Glabella aus, und wurde deshalb von Taenzer, der das Krankheitsbild zuerst formulirte, als „Ulerythema ophryogenes“ bezeichnet. Ich kann Herrn Blaschko daher nur Recht geben, wenn er einen gewissen Zusammenhang zwischen dem vorgestellten Falle und dem Ulerythema ophryogenes (Taenzer-Unna) zu finden meint, und muss dem Herrn Vorredner leider widersprechen, wenn er behauptet, dass dieses sogenannte „Ulerythema ophryogenes“ mit sykotischen, also durch eitrige Schmelzung Narben erzeugenden Processen einhergeht.

Herr von Sehlen (Hannover): Ich kann nur constatiren, dass das Wesentliche des von Unna als Ulerythema ophryogenes bezeichneten Processes die Narbenbildung in dem vorher gerötheten Bezirk ist, wie das ja der Name besagt (von *οὐλή* die Narbe). Bei Tänzer, der bekanntlich seine eigene Affection unter diesem Namen zuerst beschrieb, waren diese Narben deutlich ausgebildet, während sie bei dem vorgestellten Patienten nicht vorhanden sind.











