

beide als zwei verschiedene Krankheitsbilder beschrieben worden. Und es gibt heute kaum zwei Lehrbücher, die in der Darstellung des Kapitels „Impetigo“ übereinstimmen. An sich würde nach dem epidemiologischen Verhalten der Name „Impetigo vulgaris“ für die Streptokokkenimpetigo, der Name „Impetigo contagiosa“ eher für die Staphylokokkenform passen. Aber da auf diese Weise die Verwirrung nicht aufhören würde, scheint es mir richtig, in der Nomenklatur hier wie ja auch sonst überall auf das ätiologische Moment das Gewicht zu legen. Man kann dann beide Formen als „Impetigo contagiosa s. vulgaris“ mit dem Zusatz „streptogenes“ oder „staphylogenes“ benennen (Jadasohn), aber noch besser wäre es, die nichtssagenden Beiwörter „contagiosa“ und „vulgaris“ ganz fortzulassen und nur von einer „Impetigo streptogenes“ und einer „Impetigo staphylogenes“ zu sprechen. Für den Unterricht und die gegenseitige Verständigung wäre es jedenfalls eine wesentliche Erleichterung.

55. Herr Galewsky-Dresden: Über *Keratodermia maculosa disseminata symmetrica palmaris*.

Im Jahre 1910 haben unter diesem Namen Buschke und Fischer in der *Iconographia dermatologica*, Heft 5, einen Fall einer sehr seltenen Hauterkrankung beschrieben, bei dem auf vollkommen normaler Haut sich über 200 kleine, 1–4 mm große, runde oder ovale oder polygonale Effloreszenzen an den Flachhänden und Fußsohlen befanden. Die kleinen Knötchen waren in der Mitte gedellt, scharf begrenzt, ragten plattenförmig über die Umgebung, zeigten aber keine Ansammlung von Hornmassen oder erweiterten Schweißdrüsenausführungsgängen. Die Delle zeigte oft einen durch durchscheinende Papillargefäße hervorgerufenen bläulichen Farbenton. Histologisch fanden Buschke und Fischer eine gleichmäßige Verdickung der Epithelschicht bei normalem Verhornungsprozeß, ohne jede Keratose. Die Papillen erstreckten sich birnenförmig bis in die Cutis und hatten auf die Cutispapillen Druck ausgeübt. Die Keratohyalinschicht war um einige Lagen verbreitert, Schweißdrüsenausführungsgänge waren im Zentrum der Knötchen nicht nachweisbar, sie zeigten keine abnormen Erscheinungen.

Nach diesen Autoren hat Vörner im *Arch. f. Dermatol. u. Syphilis* 1911 unter dem Namen *Helodermia simplex et annularis* 6 Fälle publiziert, und er kommt dabei zu folgenden Schlüssen. Es gibt nach ihm zwar keine echten Hühneraugen an den Händen, dagegen kommen an Händen und Fingern unscheinbare, fast regelmäßig gedellte Knötchen vor, die entweder allein bleiben oder zahlreich auftreten, oder sich annulär entwickeln können. Die Affektion Vörners ist nicht hereditär.

Histologisch findet sich Vermehrung des Bindegewebes der Cutis mit geringfügiger, chronisch entzündlicher perivascularer Zellinfiltration, eine ausschließlich sekundäre, durch den Prozeß der Cutis bedingte Verdickung des Epithels mit zentraler Abschuppung der Hornschicht. Vörner meint, daß seine Affektion am ehesten mit den Clavis von Hebra-Kaposi in Zusammenhang zu bringen ist, er glaubt aber, daß seine Gruppe besonders abzutrennen sei, und hat sie deshalb als hühneraugenähnliche Erkrankung als *Heloderma simplex* oder als *Heloderma annularis*, je nach ihrem äußeren Verlauf, beschrieben.

Im Jahre 1912 hat dann Brauer noch eine besondere Form des hereditären Keratoms (*Keratoma dissipatum hereditarium palmare et plantare*) im Arch. f. Dermatol. u. Syphilis¹⁾ beschrieben. Bei seiner Erkrankung handelt es sich um eine in zwei Generationen bei den männlichen Mitgliedern der Familie vorkommende Hyperkeratose beider Hände, die durch das Auftreten fast symmetrisch angeordneter, stecknadelkopf- bis pfennigstückgroßer, oft von mehr oder minder breitem, hyperkeratotischem Wall umgebenen Horneinlagerungen charakterisiert ist. Die zentralen, hyperkeratotischen Stellen sind als die primären, die flächenhafte Hyperkeratose als sekundäre Bildung aufzufassen. Die Affektion unterscheidet sich von den Buschkeschen und Vörnerschen Fällen durch die Heredität und durch das Auftreten flächenhafter Horneinlagerungen neben einzelnen stecknadelkopfgroßen kleinen Stellen.

Ich selbst sah meinen Patienten zuerst im Jahre 1911, als er mich wegen einer seit 15 Jahren bestehenden Affektion aufsuchte (die Erkrankung besteht also zirka 25 Jahre, der Patient ist jetzt 70 Jahre alt). Er gab damals an, daß es sich bei ihm um eine Erkrankung handelte, die allmählich mit einzelnen Knötchen aufgetreten sei; die Knötchen hätten sich nach und nach vermehrt, ohne daß es besonders auffallend gewesen sei, erst mit der Zeit sei ihm diese Zunahme zum Bewußtsein gekommen, und erst im Jahre 1911 sei diese Zunahme außerordentlich stark geworden. Ob sich einzelne von den Knötchen wieder zurückbildeten, konnte Patient damals nicht angeben. Die Affektion fand sich bei keinem anderen Familienmitglied, vor allem bei keinem der Eltern oder Großeltern. An beiden Händen zeigten sich in die normale Haut eingebettet weit über 100 etwa 2—5 mm große epidermale Efflorescenzen; die kleinen waren kaum als Pünktchen erkennbar, die größeren hoben sich deutlich von der Haut ab. Der Farbenton der Knötchen ist ein leicht weißlich-gelblicher, die Form derselben ist rundlich, an einzelnen von ihnen sieht man deutlich eine im Zentrum befindliche flache, dellenförmige Einsenkung. Diese Delle ist namentlich bei den älteren Formen deutlich zu konstatieren. An diesen größeren Gebilden ist keine abnorme

¹⁾ Bd. 114, S. 212.

Hyperkeratose zu sehen, ebenfalls fehlen erweiterte Schweißdrüsenausführungsgänge. Die Form der Knötchen ist teils rundlich, teils oblong oder polygonal. Alle Knötchen liegen in vollkommen normaler Haut und zeigen keine Entzündungserscheinungen, keinen erythematösen Hof, sie fühlen sich beim Darüberstreichen wie eingelagerte



Abb. 1. Erkrankung im Jahre 1911.

Körnchen oder Knoten an. Irgendwelche annuläre oder kreisförmige Anordnungen fehlen vollständig. Sonst ist auf der Haut auf beiden Händen nichts Pathologisches zu sehen, wie sich aus beifolgender Moulage ergibt. An beiden Händen sind die Knötchen ungefähr gleichmäßig verteilt, an den Fußsohlen fehlen dieselben gänzlich. Die Nägel sind normal gebildet, ohne jede krankhafte Veränderung; auch an der übrigen

Haut des Körpers zeigt sich nichts Krankhaftes. Eine mikroskopische Untersuchung konnte leider nicht gemacht werden, da Patient sich gegen eine Excision sträubte.

Sonst zeigten sich an den Fußsohlen keine derartigen Knötchen, es fehlten an diesen die kleinen, verhornten, hühneraugenähnlichen, bedellten Efflorescenzen völlig.

Die Behandlung bestand damals in energischer Salbenverabreichung in Verbindung mit Bädern und Röntgenbehandlung. Auf diese Röntgenbestrahlungen, die zuerst von mir und dann in Lausanne vorgenommen wurden, heilte die Affektion fast völlig ab, so daß Patient mir ein Jahr später seine Hände zeigen konnte ohne die geringsten derartigen hühneraugenähnlichen Efflorescenzen.

Im Jahre 1919 erschien Patient wieder bei mir und gab an, daß in den letzten Jahren ganz langsam die Hände wieder verhornt seien, und zwar hätten sich nicht nur einzelne Hornkegel auf der Haut erhoben, sondern diese Hornkegel seien auf einer verhornten Unterlage gewachsen. Das Hervorspriessen der Knötchen mache ihm jetzt keine Beschwerden, aber er leide unter der Verhornung der Hände, die ihm das Greifen und Zufassen erschwere.

Bei Betrachtung der Hände fand ich eine allgemeine symmetrische Keratodermie beider Hände mit einzelnen aufsitzenden flachen, hühneraugenähnlichen Gebilden. Die ganze Handfläche bis zu den Fingerspitzen ist derb verhornt. Diese derbe Verhornung tritt namentlich dann hervor, wenn Patient einige Tage nicht eingefettet hat. Die verhornte Haut ist uneben, besteht aus dicht aneinanderstehenden kleinsten Erhebungen und Tälern, zwischen denen sich vereinzelt tiefere Furchen, ab und zu sogar ein kleiner Riß vorfinden. Diese verhornte gelbliche Fläche ist gegen die gesunde Haut scharf abgegrenzt, aber ohne erythematösen Hof. Nur vereinzelt findet man kleinere, rötliche, erythematöse Fleckchen an der scharf abgegrenzten Peripherie. Auf dieser Fläche sitzen einzelne kleine und größere flache, hühneraugenähnliche, ab und zu gedellte Gebilde auf, die völlig denen entsprechen, wie sie zu Beginn der Erkrankung bereits vorhanden waren. Diese Knötchen sind farblos, leicht gelblich, zeigen kein bläulich durchschimmerndes Zentrum, aber einzelne einen erythematösen Hof und ähneln absolut hühneraugenähnlichen Gebilden. Sonst ist nirgends etwas Pathologisches zu finden. An beiden Fußsohlen finden sich an den dem Druck ausgesetzten Stellen etwas stärkere Hornmassen als sie bei normalen Füßen üblich sind; an diesen etwas stärker verhornten Stellen sind auf jedem Fuß ein oder zwei Hühneraugen zu sehen. An den Füßen würde man nicht an einen pathologischen Zustand denken, wenn man die Hände nicht gesehen hätte.

Die Behandlung bestand seit dieser Zeit in heißen Bädern, Salben, Kalilaugenpinselungen, Seifenwaschungen, kurz allen möglichen medi-

kamentösen Prozessen, ohne daß sich irgendeine wesentliche Änderung erzielen ließ. Beim Abschluß dieser Zeilen ist der Zustand fast derselbe; höchstens die Fingerspitzen erscheinen etwas gebessert, sonst besteht



Abb. 2. Erkrankung im Jahre 1921.

überall derselbe Zustand einer symmetrischen Keratodermie mit auf-sitzenden vereinzelt, flachen, hühneraugenähnlichen Gebilden.

Überschaut man die ganze Literatur, die bis zum Jahre 1912 Buschke und Fischer, Vörner und Brauer in ihren Arbeiten eingehend erörtert

haben¹⁾ und die ich infolgedessen hier nicht noch einmal erwähnen will, so findet sich die merkwürdige Tatsache, daß jeder der einzelnen Fälle seine besonderen Eigenheiten hat und daß kein Fall direkt mit einem anderen verglichen werden kann. Es ergibt sich aber auch die interessante Tatsache, daß anscheinend keiner der Autoren seine Kranken, wie ich, 10 Jahre beobachten konnte, und weiterhin die auffallende Tatsache, daß ich bei meinem Kranken in den 10 Jahren alle die einzelnen Momentbilder, die die verschiedenen Beobachter gesehen haben, sehen konnte und sie als Entwicklungsbilder deuten kann. Wenn wir die ganzen Fälle noch einmal überschauen, so sind es insbesondere die Fälle von Hallopeau (Ann. de dermatol. et de syphiligr. 1895, S. 480), Hallopeau und Gleisse (Bull. de la soc. franç. de dermatol. et de syphiligr. 1891, S. 117), Beurmann und Gougerot (Ann. de dermatol. et de syphiligr. 1905, S. 629), die eine ausgesprochene Ähnlichkeit mit meinem Falle zeigen. Hallopeau und Gleisse fanden auf dem Boden einer diffusen Keratose entstandene, punktförmige bis hirsekorngroße circumscripte Verhornungen, die von einem erythematösen Hof umgeben waren. Hallopeau wiederum stellte eine diffuse Keratodermie vor, die um die Schweißdrüsen herum ausgebildet war, in deren Poren sich Hornschuppen gebildet hatten, und deren Umgebung harte, hervorspringende Verhornung zeigte. Beurmann und Gougerot zeigten ebenfalls eine Kranke, die seit 20 Jahren auf dem Boden einer diffusen Keratodermie punktförmige Hyperkeratosen zeigte. Vergleichen wir dann noch den Buschke- und Fischerschen Fall, bei welchem sich dieselben Anfangserscheinungen wie bei unseren Fällen zeigten, so scheint es sich um eine Krankheitsgruppe zu handeln, welche beginnt mit dem Auftreten intradermaler Hornknötchen, die flache, hühneraugenähnliche Gebilde darstellen. Bei diesen Knötchen entwickelt sich allmählich infolge Dilatation vom Schweißdrüsenporus (?) eine zentrale Delle. Dieser Zustand besteht dann jahrelang, wird besser, heilt ab, wie es auch Beurmann und Gougerot beobachtet haben, und allmählich entwickelt sich eine symmetrische Keratodermie der ganzen Hand mit immer neu aufschießenden frischen Papelchen.

Wenn wir alle diese Fälle, von Buschke und Fischer bis zu meinem, vergleichen, so scheint es sich um eine Affektion zu handeln, die mit verschiedenen Variationen einhergehen kann. In der einen Beschreibung findet sich ein erythematöser Hof um die Hornkegelchen, bei einem anderen zeigen die hühneraugenähnlichen Gebilde eine blaurötliche Verfärbung durch das Durchscheinen der Papillargefäße usw. usw. Im allgemeinen ähneln sich die verschiedenen Bilder doch so, daß man diese in eine Gruppe, in die Gruppe der symmetrischen Keratodermien,

¹⁾ Die ausländische Literatur während des Krieges stand mir leider nicht zur Verfügung.

einordnen kann, und ich glaube, daß für diese Fälle der Name, den Buschke und Fischer vorgeschlagen haben: *Keratodermia maculosa disseminata symmetrica palmaris et plantaris* der richtigere ist.

Nur an eines muß man selbstverständlich bei meinem Falle noch denken, obgleich ich diese Deutung nicht für richtig halte: daß die Hyperkeratose durch die Röntgenbestrahlung allmählich entstanden ist. Die Affektion macht aber so gar nicht den Eindruck einer Röntgen-dermatitis oder einer Röntgenhyperkeratose, sondern zeigt so ganz das Bild der symmetrischen Keratodermie, daß ich glaube, diese Möglichkeit hier ausschließen zu müssen. Ich glaube, es handelt sich um eine interessante Gruppe symmetrischer, lokalisierter palmarer und plantarer Keratodermien, für die wir eine Ursache noch nicht kennen, und für die im Gegensatz zu dem Brauerschen Fall bisher eine Familienveranlagung nicht nachgewiesen worden ist. Welche Ursachen für diese Erkrankung in Frage kommen, läßt sich zur Zeit noch nicht sagen. Ob die Anschauung der französischen Autoren, die den Schweißdrüsenausführungsgängen eine Rolle zuweisen, die richtige ist, möchte ich bezweifeln. Auch gegen die kongenitale Bildungsanomalie spricht die Tatsache, daß die Affektionen sich zum Teil erst im späteren Alter entwickelt haben (in meinem Falle mit 45 Jahren). Es bliebe also nur die Möglichkeit, daß auf einer erblich prädisponierten Haut durch irgendeinen Reiz derartige hühneraugenähnliche und keratomähnliche Gebilde sich entwickeln, daß die Papillengruppen durch irgendeinen Reiz zu abnormer Epithelproliferation angeregt werden, und daß auf diese Weise mit dem Alter, mit der zunehmenden Trockenheit der Haut und vielleicht durch infolge der Arbeit hervorgerufene Reize sich derartige Hornwucherungen bilden.

Therapeutisch haben sich im Anfang Röntgenbestrahlungen sehr bewährt. Späterhin haben alle medikamentösen Maßnahmen nur einen lindernden Einfluß hervorgerufen.

56. Herr Galewsky-Dresden: Keratosis spinulosa cum trichostasi (Pinselhaar, Thysanothrix-Franke, Trichostasis spinulosa-Nobl).

Im Jahre 1907 habe ich erstmalig mikroskopische Präparate dieser Erkrankung auf der Naturforscherversammlung in Dresden demonstriert, und da keiner der Kollegen diese Affektion kannte, noch einige Jahre gewartet, um evtl. weitere derartige Fälle zu beobachten. Im Jahre 1911 habe ich dann unter dem Titel „Über eine eigenartige Verhornungsanomalie der Follikel und deren Haare“¹⁾ über diese Erkrankung eine kurze Veröffentlichung gebracht, in der ich folgendes mitteilte.

Ich fand bei einem Patienten eine runde, $2\frac{1}{2}$ Orangen große Stelle am Unterleib, an welcher die Haare fehlten und statt derer kleine,

¹⁾ Arch. f. Dermatol. u. Syphilis **56**, H. 1—3, S. 215.