

Ob sich Küchenmeister's Behauptung rechtfertigen wird, dass man einmal im menschlichen Körper eine völlig entwickelte Taenia finden wird, muss die Zukunft lehren; Untersuchungen und Experimente in dieser Richtung überlassen wir einem günstigeren Zeitpunkt.

XXXI.

Ist Lichen syphiliticus das Product einer Mischinfection zwischen Syphilis und Tuberculose?

Von Dr. P. Michelson,

Privatdocenten für Laryngo-Rhinologie, sowie für Dermatologie in Königsberg.

Am 15. März 1887 wurde mir die 1 Jahr 10 Monate alte Frieda W., Schneidergesellentochter, des sogleich näher zu beschreibenden Hautausschlags wegen zugeführt und seitens der Angehörigen Folgendes berichtet: Die kleine Patientin sei gut entwickelt zur Welt gekommen und bis zu der im Juli 1886 am linken Arm mit humanisirter Lymphe (von Arm zu Arm) erfolgten Impfung vollkommen gesund gewesen; 3 Wochen nach der Impfung sei in der linken Schultergegend eine zweimarkstückgrosse geröthete Hautstelle bemerkt worden und im Bereich derselben eine Anzahl kleiner, theilweise mit gelben Köpfchen besetzter Erhabenheiten. Aehnliche Knötchen sollen bald darauf auch am übrigen Rücken entstanden sein. Nach Anwendung einer ärztlicherseits verordneten weissen Salbe heilte der Ausschlag; bald jedoch erfolgten neue Eruptionen. Im November 1886 war der Rumpf frei von Exanthem, während solches um diese Zeit an den Extremitäten zum Vorschein kam. Anfang Januar 1887 zeigten sich auch an der Gesichtshaut zum ersten Mal rothe kleine „Pickelchen“. Das Kind sei, seit der Ausschlag besteht, unruhig, kratze sich viel, auch sei es in seiner Ernährung allmählich zurückgekommen. — Die Untersuchung ergab, dass zur Zeit die Haut der Extremitäten mit gleichmässig etwa hirsekorngrossen, oft deutlich gedellten, an den Beinen dunkelrothen, an den Armen etwas blässeren Erhabenheiten bedeckt war; dicht an dicht standen dieselben an den Streckseiten der Extremitäten, deren Haut sich in Folge dessen „reibeisenartig“ anfühlte; dem Centrum mancher Knötchen hafteten trockene, flache, gelblich-weiße Schuppen an. Am Rumpf war nur eine beschränkte Zahl solcher

Efflorescenzen vorhanden, abgesehen von der Schultergegend, wo mehrere, aus 10—30 einzelnen, in geringen Abständen von einander entfernten Knötchen bestehende Gruppen sich fanden. Ziemlich gleichmässig vertheilt, aber lange nicht so dicht bei einander stehend, als an den Extremitäten, sah man die beschriebenen kleinen Papeln an der Stirnhaut. An der behaarten Kopfhaut einige schorfbedeckte, unregelmässig begrenzte Stellen; nach Abweichen der Borken kommt hier das freiliegende, ein blassgelbes Secret absondernde Stratum mucosum zum Vorschein. An den Mundwinkeln, stellenweise auch an der Ober- und Unterlippe oberflächliche, zum Theil mit gequollenem Epithel bedeckte Erosionen. In der Circumferenz des linken Nasenflügels eine schorfbedeckte Rhagade. Beide Phalangen des rechten Daumens stark verdickt, die bedeckende Haut livid-röthlich verfärbt. Der Fingernagel des rechten Daumens fast doppelt so umfangreich, wie der des linken. Auf der Höhe des rechten Fussgewölbes eine auf Druck empfindliche Knochenaufreibung.

Am übrigen Körper des ziemlich stark abgemagerten Kindes nichts Bemerkenswerthes, in specie augenblicklich keine nachweisbaren Drüsen-schwellungen.

Ord.: Einreibungen mit Unna's Carbol-Sublimatsalbe.

Schon nach 14tägiger Anwendung dieser Salbe ist der grösste Theil des Exanthems verschwunden und zwar finden sich vielfältig an der Stelle der früheren Knötchen etwas vertiefte, leicht pigmentirte Narben. Nach einigen Wochen jedoch treten frische Knöchneruptionen am Rumpf und an den unteren Extremitäten auf, zugleich hat die Anschwellung und Schmerzhaftigkeit im Bereich des rechten Tarsus und des rechten Daumens zugenommen; die Haut über den erkrankten Knochen ist stellenweise ulcerirt, jene selbst erweisen sich bei Sondenuntersuchung von rauher cariöser Beschaffenheit. Ausserdem besteht neuerdings eine fast hühnereigrosse entzündliche Schwellung der Lymphdrüsen der rechten Submaxillargegend, sowie Keratitis phlyctenulosa auf beiden Augen. — Erfolgreiche chirurgische Behandlung der otitischen und adenitischen Affectionen (Dr. Stetter, Dr. Will); das Recidiv des Exanthems heilt inzwischen ohne specielle Therapie. Seitdem (September 1887) hebt sich auch der Kräftezustand des Kindes; dasselbe entwickelt sich fortan in normaler Weise und bleibt, abgesehen von gelegentlichen Attaquen von Keratitis phlyctenulosa, bis zum heutigen Tage (Ende Juli 1889) gesund. Bei Besichtigung der Haut finden sich zur Zeit zahlreiche feine, blasse, grubchenförmige Narben an den Extremitäten und sehen dieselben dadurch wie „baunscheidtirt“ aus. Phalangen des rechten Daumens etwas umfangreicher als die des linken. Ebenso ist der Umfang des Tarsus des rechten Fusses (auf der Höhe des Fussgewölbes um 2 cm) stärker, als der des linken; durch die innerhalb der Wurzelknochen dieses Fusses eingetretenen Veränderungen hat derselbe gegenüber dem linken Fuss um 1—1½ cm an Länge eingebüsst und ist die Ansatzlinie der 2.—4. Zehe proximalwärts dislocirt.

Anfang Juni 1887 hatte ich Frieda W., die sich damals in der Behandlung der chirurgischen Universitäts-Poliklinik befand, einige Wochen lang aus den Augen verloren. Um diese Zeit war Herr Dr. Froelich so freundlich, mich darauf aufmerksam zu machen, dass seit Kurzem auch Margarethe W., die ältere, 3½jährige Schwester meiner Patientin, mit Hautausschlag erkrankt sei. — Eine gemeinsam mit den Herren Froelich und Caspary am 3. Juni 1887 ausgeführte Untersuchung dieses Kindes stellte fest, dass an der Haut des Rumpfs und der Extremitäten desselben kleine, nicht über nadelknopfgrösse, rothe Knötchen in Gruppen von höchstens 10 Einzelefflorescenzen vorhanden waren. Der Charakter des Exanthems bot eine unverkennbare Aehnlichkeit mit dem sogenannten Lichen scrofulosorum dar. Daneben aber bestanden, wie schon zuvor Herr Froelich constatirt hatte, typische Condylomata lata und ad anum, Erosionen der Mundwinkel, sowie Polyadenitis. Das Allgemeinbefinden des etwas blass aussehenden, sonst anscheinend gut constituirten Kindes hatte nicht wesentlich gelitten.

Unter innerlichem Gebrauch von Calomel (0,03, 2mal täglich) heilt das Exanthem bis zum 4. Juli ohne Hinterlassung irgend welcher Residuen ab. Da bis zum 16. August 1887 (nach Gebrauch von 72 obiger Pulver) jedoch an der Stelle der früheren feuchten Papeln noch flache Erosionen mit geröthetem Rand vorhanden sind, wird zu täglichen Inunctionen von 1 g Unguent. hydrargyr. ciner. übergegangen und örtlich Unguent. hydrargyr. rubr. extensum (Dietrich-Helffenberg) applicirt. Am 9. September 1887 ist bei dieser Behandlung die Heilung des erwähnten Restes der Hautaffection erfolgt und sind, abgesehen von geringer Schwellung der Cervical-, Cubital- und Inguinaldrüsen, keine Krankheitserscheinungen mehr zu ermitteln. Auch dieses Kind bleibt bis zur Zeit des Abschlusses dieser Arbeit gesund; nur „scrofulöse“ Augenentzündungen treten nach Mittheilung der Angehörigen ab und zu auf, pflegen aber ohne besondere Behandlung in 2—3 Wochen abzulaufen. Bei einer Ende Juli 1889 ausgeführten Untersuchung sind Ernährungs- und Kräftezustand des Kindes befriedigend, Drüsenanschwellungen nicht mehr nachweisbar.

Die Constatirung des im Vorstehenden beschriebenen zweiten Krankheitsfalles in der Familie W. gab Anlass, Nachforschungen betreffs des Gesundheitszustandes der übrigen Familienmitglieder anzustellen und ermittelte ich, dass auch die Mutter der Kinder seit Wochen bereits an Hautausschlag erkrankt war, dem bereits stark verbreiteten Exanthem aber wenig Beachtung geschenkt hatte. Die Anamnese ergab, dass der Vater der Patientin im Alter von 40 Jahren verstorben und über die Todesursache nichts bekannt war. Die Mutter der Kranken starb 63 Jahre alt an „Unterleibskrebs“. Frau W. selbst war bis auf Masern, die sie in der Kindheit durchgemacht hatte, gesund gewesen. Sie gebar 1876, vor der Ehe, ein kräftiges, noch am Leben befindliches Mädchen, in der seit 5 Jahren eingegangenen Ehe ausser den beiden Kindern, deren Krankengeschichten im Vorstehenden mitgetheilt wurden, am 1. Februar 1887 einen, ab und zu an dyspeptischen

Erscheinungen leidenden, sonst aber gesunden Knaben. Dieses jüngste Kind der Pat. ist übrigens, wie gleich hier erwähnt werden mag, bis Ende Juli 1889 gesund geblieben und hat sich in normaler Weise entwickelt. — Aborte will Frau W. vor Beginn der jetzigen Krankheit niemals durchgemacht haben. — Seit Mitte März 1887 hatte Patientin, die gewohnt war, mit ihrer erkrankten Tochter Frieda dasselbe Essgeschirr zu benutzen, über Schlingbeschwerden an der linken Halsseite zu klagen. Bald danach zeigte sich eine Anschwellung unterhalb der linken Seite des Unterkiefers, zugleich fühlte Pat. sich matt und abgeschlagen, fröstelte in den Nachmittagsstunden und empfand öfters „Reissen“ in der linken Gesichtshälfte. Anfang April wurde an den Streckseiten der Unterschenkel je ein mässig juckender, markstückgrosser Fleck bemerkt, in dessen Umgebung bald darauf kleine rothe Knötchen entstanden. Allmählich vergrösserten sich die gerötheten Hautpartien und wurden bei diesem Fortschreiten der diffusen Infiltration die kleinen, ursprünglich in der Peripherie der Plaques vorhandenen Prominenzen weniger deutlich. Gleichzeitig aber zeigten sich an der Haut der Ober- und Unterschenkel, sowie in der Kreuzbeingegend zahlreiche neue rothe Knötchen. Nachdem die entzündlich geschwellenen Hautpartien an der Streckseite der Unterschenkel einen grösseren Umfang erreicht hatten, bildeten sich „Borken“ auf denselben, doch führte die einige Zeit hindurch fortgesetzte Application von warmen Umschlägen und später von Unguent. diachyl. Hebrae die Haut wieder in den früheren Zustand der Röthung und Schuppung zurück.

Am 8. Juni 1887 wurde folgender Status aufgenommen: 32 jährige, mittelgrosse, etwas blass aussehende Frau. Fettpolster und Musculatur gut entwickelt. Diffuse, leicht ödematöse Schwellung der Unterschenkel und der Füsse. An der Streckseite der ersteren ist die Haut an einem je etwa handgrossen Bezirk geröthet und verdickt, mit gelblich gefärbten dünnen Schuppen stellenweise bedeckt. In der Umgebung dieser Infiltrate nadelspitzen- bis nadelkopfgrosse, mit Schüppchen gleichfalls grösstentheils bedeckte, flache Prominenzen. An der oberen lateralen Partie der Unterschenkelhaut eine Anzahl nadelkopf- bis hirsekorngrosser Knötchen; einige solche sind auch an der Beugeseite der Unterschenkel und am Fussrücken vorhanden; an der Oberschenkelhaut aber, besonders an deren medialer Fläche, finden sie sich so zahlreich, dass meistens nur minimale Spatien freibleiben und die veränderte Haut sich hier „reibeisenartig“ anfühlt. Der Kuppe vieler Knötchen haftet ein weissliches oder gelbliches Schüppchen an, nach dessen Ablösung der centrale Abschnitt der Knötchenoberfläche ein dunkleres, braunröthliches Aussehen darbietet. Dellenbildung ist an wenigen Papeln deutlich. — Eine eben solche Knötcheneruption zeigt die Haut der Arme, der Regionen pectorales, des Rückens, besonders der Sacralgegend, endlich der medialen Flächen der Nates.

Sämmtliche der Betastung zugängigen Lymphdrüsen in mässigem Grade geschwollen, am ausgesprochensten die linksseitigen Submaxillardrüsen. —

An der Unterlippe, links von der Medianlinie, eine pfennigstückgrosse Erosion; typische Plaques muqueuses an beiden Arcus glossopalatini.

Urin frei von Eiweiss. In den Lungen, wie in den anderen inneren Organen nichts Abnormes.

Unter interner antisypilitischer Behandlung (Hydrargyrum oxydulatum tannicum, später Jodkalium) verschwinden bis September 1887 die Krankheitserscheinungen, doch bleiben anfänglich an den Hautstellen, an welchen das Exanthem am stärksten entwickelt war, feine bräunlich pigmentirte Grübchen zurück. Zur Zeit (Ende Juli 1889) sind nur noch an der Streckseite der Unterschenkel gelbbraunliche Pigmentflecke nachweisbar; keine Narbenbildung.

August 1887 Abort in der 6. Woche der Gravidität.

Januar 1888 Iritis dextra. Inunctionseur; örtlich Atropin. Heilung.

Ende Mai 1889 wiederum ein Abort, dies Mal im 4. Monat der Schwangerschaft.

Der Ehemann der Patientin giebt an, früher niemals venerisch afficirt gewesen zu sein; er ist sehr schwächlich und befand sich 1875 einer mit Ankylose abgelaufenen Coxitis dextra wegen ein halbes Jahr hindurch in einer Krankenanstalt; hereditäre Belastung mit Tuberculose lässt sich nicht eruiiren. Trotz des von Beginn der Krankheit der Frau an dauernd fortgesetzten ehelichen Verkehrs bleibt W., wie wiederholte Untersuchung ergibt, bis auf den heutigen Tag frei von sypilitischen Krankheitserscheinungen.

Frau W. und Margarethe W. wurden in der Sitzung des Vereins für wissenschaftliche Heilkunde am 6. Juni 1887 vorgestellt¹⁾.

Werfen wir einen Rückblick auf die soeben mitgetheilten Krankengeschichten, so sehen wir bei 3 Gliedern einer Familie in naher zeitlicher Aufeinanderfolge klein-papulöse lichenartige Exantheme auftreten. Die Affection des ersterkrankten Kindes schliesst sich an die Impfung an, ohne dass mit Sicherheit ein Causalnexus zwischen dieser und der Krankheit des Kindes statuirt werden kann. Was die Ausschlagsform betrifft, so zeigte dieselbe — zu der Zeit wenigstens, in welcher ich das Kind in Behandlung nahm — vollkommene Identität mit dem als Lichen ruber planus bekannten Exanthem. Die an den Mundwinkeln constatirte Veränderung war nicht geeignet, diese Diagnose zu erschüttern, da Mundschleimhaut-Veränderungen verschiedener Form bei Lichen ruber planus mehrfach beschrieben sind. (Vgl.

¹⁾ S. d. Referat über diese Sitzung: Berl. klin. Wochenschr. Jahrg. 1887. No. 39.

Pospelow, Vierteljahresschr. f. Dermatologie u. Syphilis, 1885, S. 536 u. 537)¹⁾.

In anderem Lichte jedoch erschien die Krankheit der Frieda W., als einige Zeit darauf ihre ältere Schwester Margarethe und ihre Mutter erkrankten — beide wiederum unter den Erscheinungen eines lichenösen Exanthems, daneben aber mit deutlichen Symptomen secundärer Lues.

Dass Frau W. per os inficirt wurde, dafür sprechen die linksseitigen Schlingbeschwerden, mit welchen die Krankheit einsetzte und die bei Beginn der Beobachtung noch deutlich nachweisbare stärkere Schwellung der unterhalb des linken Kieferwinkels gelegenen Lymphdrüsen. An den Genitalien der Frau waren niemals spezifische Erscheinungen vorhanden; ihr Ehemann blieb trotz Fortsetzung des sexuellen Verkehrs gesund.

Ueber die Eingangspforte des Virus bei Margarethe W. liess sich nichts eruiren.

Der Hautausschlag der Frieda W. verschwand fast vollkommen nach 14 Tage hindurch fortgesetzten Inunctionen mit Unna's Carbol-Sublimatsalbe, recidirte in schwächerem Grade wie vordem nach einer Reihe von Wochen und involvirte sich allmählich ohne besondere Medication mit Hinterlassung feiner blasser Grübchen.

Frau W. und Margarethe W. wurden mit antisypilitischen Mitteln — erstere mit Hydrargyrum oxydulatum tannicum, später mit Jodkalium, letztere mit Calomel, schliesslich auch mit Einreibungen von grauer Salbe — behandelt und die Krankheitserscheinungen von Seiten der Haut bei beiden Patientinnen durch die Therapie, wenn auch langsam, doch in unverkennbarer Weise beeinflusst. Margarethe W. zeigt keine Residuen des Exanthems; bei Frau W. finden sich an der Streckseite der Unterschenkel, wo der Ausschlag früher am stärksten entwickelt war, unregelmässig begrenzte Pigmentflecke.

Das kleinpapulöse Syphilid — der „Lichen syphiliticus“ — gehört zu den selteneren Manifestationen der Lues. Bei acqui-

¹⁾ Auch Herr Prof. Caspary, der auf meine Veranlassung an der Beobachtung der hier beschriebenen Krankheitsfälle theilnahm, schloss sich damals der Diagnose Lichen ruber planus an.

rirter Syphilis begegnet man ihm gewöhnlich erst während der Recidivperiode des Secundärstadiums¹⁾. Die Schwierigkeit der Differentialdiagnose mit den nicht syphilitischen Lichenformen wird von allen erfahrenen Autoren anerkannt²⁾.

Dass der Ausschlag der Frieda W. sich dem äusseren Ansehen nach nicht von einem Lichen ruber planus unterscheiden liess, wurde vorhin schon hervorgehoben. Auch das Exanthem der Frau W. glich in allen wesentlichen Punkten dieser nicht specifischen Hautaffection, während man bei Margarethe W. — abgesehen von den vorhandenen Condylomata lata — einen Lichen scrofulosorum hätte diagnosticiren müssen. Keine der hauptsächlichsten Erscheinungen, welche im Falle eines Zweifels zwischen der Diagnose des Lichen planus und des kleinpapulösen Syphilids nach Angabe der Lehrbücher zu Gunsten der ersteren Dermatose sprechen: Der Juckreiz, die centralen Depressionen und Pigmentirungen wurden in den Fällen der Frieda W. und der Frau W. vermisst; in keinem von allen 3 Fällen gelang es, die für den Lichen syphiliticus charakteristische Existenz einzelner, durch relative Grösse hervorragender Efflorescenzen³⁾ zu ermitteln.

Handelte es sich vielleicht gar um eine zufällige Coincidenz nicht-infectiöser Lichenarten mit Syphilis?

Eine derartige Annahme hat von vorne herein wenig für sich. Wenn es denkbar wäre, dass ausnahmsweise ein Mal der Zufall zu dieser Complication führen könnte, so ist es undenkbar, dass ohne inneren Grund sich ein solches Ereigniss bei drei Angehörigen derselben Familie innerhalb kurzer Frist wiederholt haben sollte. Aber auch die Beobachtung muss als durchaus ungewöhnlich bezeichnet werden, dass mehrere an Syphilis erkrankte Mitglieder der gleichen Familie die Symptome des kleinpapulösen Syphilids als erstes Zeichen der Betheiligung des Hautorgans an dem Krankheitsprocesse darbieten.

¹⁾ „Gegen Ende des ersten Jahres nach der Infection oder noch später“ (E. Lesser, Lehrb. d. Haut- u. Geschlechtskrankheiten); „nach mehrmonatlichem Bestande der Syphilis, selten erst nach 1 oder 2 Jahren“ (J. Neumann, Vierteljahresschr. f. Dermatol. u. Syphilis. 1885. S. 224).

²⁾ Vgl. z. B. Kaposi, Die Syphilis der Haut und der angrenzenden Schleimhäute. Wien 1873—1875. § 67. S. 115 u. 116.

³⁾ Kaposi, ibidem.

Durch die günstige Einwirkung der antisypilitischen Behandlung auf den Hautausschlag der Frau W. und ihrer Tochter Margarethe wird die syphilitische Natur des Leidens nicht ohne Weiteres bewiesen, da wir seit P. G. Unna's bezüglichen Versuchen ¹⁾ wissen, dass nach Application von Sublimat auch die Knötchen des Lichen ruber sich involviren. Andererseits darf selbstverständlich nicht aus dem mit Unna's Sublimat-Carbol-salbe ²⁾ bei Frieda W. erzielten Erfolg auf einen nicht-specificischen Ursprung des Exanthems derselben geschlossen werden.

Ausschlaggebend aber für die Entscheidung der vorhin aufgeworfenen Frage war das Ergebniss, welches durch die mikroskopische Untersuchung von — der Frieda W. und deren Mutter excedirten — knötchendurchsetzten Hautstücken gewonnen wurde. In beiden Fällen erwies sich die histiologische Structur als von im Wesentlichen ganz identischer Beschaffenheit.

Der histiologische Ausdruck des im Entstehen begriffenen Knötchens war ein Conglomerat von epithelioiden und lymphatischen Zellen in dem Stratum papillare und den oberen Partien des Stratum reticulare des Coriums, wobei übrigens eine Beziehung zu den Hautfollikeln sich nicht wahrnehmen liess.

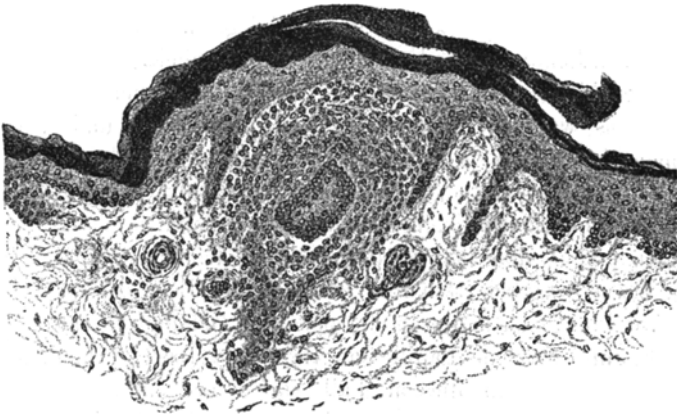
In einem, dem bereits ausgebildeten Knötchen entsprechenden, etwas vorgeschrittenerem Stadium der Entwicklung (siehe die Abbildung) hatte durch die erwähnte Zellenproliferation entweder eine einzelne Papille an Höhe und Breite erheblich zugenommen, und in diesem Fall waren gewöhnlich auch die nächstbenachbarten Papillen — ein oder zwei auf jeder Seite — einigermaassen hypertrophirt, oder die Zellenhäufung fand im Bereich mehrerer Papillen statt, von denen jede einzelne verkleinert und durch Verschmälerung der interpapillären Retezapfen ihrer Nachbarin genähert war. Das Niveau der Umgebung überragte die an der Knötchenbildung beteiligten Papillen entweder gleichmässig, und in diesem Fall war die Elongation des Papillarkörpers an den, die Papel gegen die noch unveränderte Haut abgrenzenden Papillen erkennbar, oder aber die peripherisch gelegenen Papillen gaben den niedrigsten, die dem Centrum ent-

¹⁾ Monatshefte f. prakt. Dermatolog. Bd. 1. S. 5.

²⁾ Die Zusammensetzung dieser Salbe ist: Hydrargyr. bichlor. corrosiv. 0,5—1,0, Acid. carbolic. 20,0, Unguent. zinc. benzoat. 500,0.

sprechenden den höchsten Punkt der betreffenden konischen Prominenz ab. Oberhalb des Infiltrats war die Stachelzellenschicht gewöhnlich verdünnt und erschienen die Cylinderzellen der Basalschicht abgeplattet und pigmentarm, während das Stratum corneum eine dem makroskopischen Schüppchen entsprechende Verdickung zeigte.

Die Zellanhäufung des Coriums enthielt fast regelmässig ein oder mehrere central gelagerte ächte Langhans'sche Riesenzellen mit randständigen Kernen, so dass also hinsichtlich seiner Zusammensetzung das auf der Höhe der Entwicklung befindliche Knötchen dem Schüppel'schen Tuberkel entsprach¹⁾.



Zur Untersuchung auf Tuberkelbacillen nach Ehrlich'scher Methode mit Fuchsin-Anilinwasser und Methylenblau gefärbtes Präparat. Vergrösserung: Hartnack Obj. IV, Ocular 3; Tubus ausgezogen.

Die im Stadium der Involution befindlichen Papeln waren charakterisirt: 1) durch einen im Centrum beginnenden, schliesslich aber totalen Papillenschwund, event. mit Entstehung einer flachbogigen Depression (Delle), 2) durch Zugrundegehen der basalen Cylinderzellenschicht und weniger scharfe Abgrenzung zwischen dem Rete Malpighii und der Infiltrationszone des Co-

¹⁾ Präparate wurden in der Sitzung des Vereins f. wissensch. Heilkunde v. 9. Mai 1887 demonstrirt — s. d. Ref. über diese Sitzung: Berl. klin. Wochenschr. 1887. No. 38.

riums, 3) dadurch, dass letztere sich mehr der Breite, weniger der Tiefe nach ausdehnte wie früher, und dass 4) zwischen den Zellen derselben zahlreiche Pigmentkörnchen bemerkbar wurden.

In dem wichtigsten Punkte nun stimmen die soeben geschilderten Befunde mit der Darstellung der Anatomie des Lichen syphiliticus überein, welche vor Jahren bereits Griffini gegeben hatte¹⁾.

Der genannte Autor beobachtete zwei an kleinpapulösem Syphilid erkrankte Personen, eine 36jährige Frau und einen 19jährigen Mann. Die in Bizzozero's Laboratorium ausgeführte mikroskopische Untersuchung der erkrankten Haut wies bei ersterer dicht unter dem Papillarkörper zahlreiche „tuberculöse Knoten“ nach; dieselben bestanden aus einer, von einer Schaar epithelioider und lymphoider Zellen umgebenen Riesenzelle mit peripherischen Kernen und mehr oder weniger zahlreichen Fortsätzen. — An dem Querschnitt einer im 2. Falle excidirten Papel liess sich schon mit blossem Auge eine, dicht unter der Epidermis gelegene, mit ihr parallel laufende, fast 1 mm breite, weissliche Linie wahrnehmen, die bei mikroskopischer Besichtigung sich aus neben einander gelagerten Knötchen zusammengesetzt zeigte. Die betreffenden rundlichen oder ovalen Knötchen bestanden gleichfalls aus je einer Riesenzelle von verschiedener Grösse mit peripherischen Kernen, die rings von zahlreichen epithelioiden und lymphoiden Zellen umgeben war. Einige Knötchen zeigten bereits käsigen Zerfall.

Bei Kaposi²⁾, der seine Untersuchungen über die Anatomie des Lichen syphiliticus noch etwas früher, als Griffini, angestellt hatte, geschieht des Vorkommens von Riesenzellen nicht Erwähnung, wohl aber fiel diesem Forscher die Häufigkeit „der Erscheinungen retrograder Metamorphose“ (reichliche Körnung, Undeutlichwerden der Zellcontouren, geringe Imbibitionsfähigkeit für Farbstoffe) auf.

J. Neumann's, die Histologie des Lichen syphiliticus erläuternden Abbildungen³⁾ lassen in den oberen Partien des Co-

¹⁾ Sulla tubercolosi delle pelle e delle piaghe. Ref. v. Böll, Centralbl. f. d. med. Wissensch. 13. Jahrg. 1875. S. 585—586.

²⁾ a. a. O.

³⁾ Histologische Veränderungen bei den Hautsyphiliden. Vierteljahresschr. f. Dermatol. u. Syphilis. 1885. Taf. XVIII u. XIX. Fig. 12—14.

riums Anhäufungen von Rundzellen mit central gelagerten Riesenzellen auf das Beste erkennen.

Dagegen giebt Caspary¹⁾ ausdrücklich an, dass er in zahlreichen eigenen Präparaten von Lichen ruber planus niemals typische Riesenzellen angetroffen habe und auch von den anderen Autoren, welche sich mit der Anatomie der nicht specifischen lichenösen Exantheme beschäftigten²⁾, sah meines Wissens nur Kaposi in einem einzigen, höchst eigenartigen Fall — es ist seine Beobachtung von „Lichen ruber monileformis“ — Riesenzellen³⁾.

Gestattet nun der histiologische Charakter, welchen der Lichen syphiliticus nach dem übereinstimmenden Resultat von Griffini's, J. Neumann's und meinen Untersuchungen zeigt, ein Urtheil über die Pathogenese dieser Affection? Ist es erlaubt oder sogar geboten, für die Entstehung des kleinpapulösen Syphilids, dessen Efflorescenzen bezüglich ihrer geweblichen Zusammensetzung sich von miliaren Tuberkeln nicht unterscheiden lassen, eine Mitwirkung des tuberculösen Virus vorauszusetzen?

Bejahend wird diese Frage von denjenigen beantwortet werden, welche in dem mikroskopischen Nachweis des Schüppel-Wagner'schen Riesenzellentuberkels ein sicheres Criterium der Tuberculose sehen.

Die Werthschätzung dieses, eine Zeit lang allgemein anerkannten Criteriums war dadurch stark erschüttert, dass man ganz analogen Gewebsformationen auch bei nichttuberculösen — und zwar hauptsächlich wiederum bei syphilitischen — Prozessen begegnet war.

Zu den ersten, die derartige Befunde mittheilten, gehörte Baumgarten⁴⁾. Grade dieser, auf dem Gebiete der Tuberculose

¹⁾ Berl. klin. Wochenschr. 1887. S. 718.

²⁾ Vgl. die Zusammenstellung in der Arbeit S. Roná's über Lichen ruber. Monatshefte f. prakt. Dermatolog. Bd. 7. 1888. S. 906—917. — Betreffs der Anatomie des Lichen scrophulosorum existiren nur ältere Mittheilungen von Kaposi, Sitz.-Ber. d. Wien. Akad. d. Wissensch. LVIII. Bd. II. Abth. October 1868. S. 419—434.

³⁾ Vierteljahresschr. f. Dermatol. u. Syphilis. 1886. S. 576.

⁴⁾ Riesenzellen u. Syphilis. Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1876. No. 45. — Riesenzellen bei Syphilis. Ibidem. 1877. No. 22. — Ein Knochen-

so erfahrene Forscher gelangte dann aber an der Hand seiner weiteren Untersuchungen zu der Anschauung, dass überall, wo man im anscheinend nicht tuberculösen Gewebe ächte (Langhans'sche) Riesenzellen oder gar die Tuberkelstructur antrifft, das tuberculöse Virus bei dem Zustandekommen der betreffenden Veränderungen trotzdem mitgewirkt — dass, mit einem Wort, in diesen Fällen es sich um Mischinfectionen von Syphilis und Tuberculose gehandelt habe¹⁾.

In Consequenz dieser Anschauung hielt Baumgarten auf Grund der ihm vorgelegten mikroskopischen Präparate auch unsere Licheneruptionen für tuberculösen Ursprungs, bezw. für eine Mischform von Tuberculose und Syphilis²⁾.

Es ist bemerkenswerth, dass die Auffassung des kleinpapulösen Syphilids als einer Mischform zwischen Syphilis und Tuberculose in gewissen klinischen Erfahrungen eine Stütze zu finden scheint.

Einer der ausgezeichnetsten Beobachter auf diesem Gebiete wenigstens, Kaposi, wies in seinem mehrfach bereits citirten Werke (S. 114) über die Syphilis der Haut und der angrenzenden Schleimhäute darauf hin, wie gering sich oft der therapeutische Effect unserer antisymphilitischen Mittel dem Kleinknötchensyphilid gegenüber erweist; die wenig günstige Prognose desselben sei ausserdem noch durch die Erfahrung begründet, dass der Lichen syphiliticus „meist bei kachektischen, tuberculösen, aus irgend einem Grunde herabgekommenen Individuen auftritt“; allerdings komme die Affection nicht selten auch bei gesunden, kräftigen Individuen vor, allein auch da sei das Uebel zumeist ganz besonders hartnäckig, recidivire oft und bringe endlich bisweilen einen Marasmus hervor, der in Fällen zum Tode führt, in denen zu Beginn der Erkrankung ein solcher Ausgang nicht im Entferntesten erwartet werden konnte.

sarcom mit tuberkelähnlicher Structur nebst Bemerkungen über die anatom. Beziehungen zwischen Syphilis u. Tuberculose. Dieses Archiv Bd. 76. 1879.

¹⁾ Dieses Archiv Bd. 97. S. 28 ff.

²⁾ Berl. klin. Wochenschr. 1887. S. 736 Anmerkung.

Mit dieser Darstellung Kaposi's befanden sich bei uns auch unsere Beobachtungen die an die Spitze dieses Aufsatzes cirenden schweren Scrofulose, i. e. Tuberculose angehörige Caricelli'sche Frage zum Austrag gebracht ist. Vielleicht aber zeigt der Tarsalknochen des rechten Fusses und der Phalangen die Hoffnung nicht ganz unbegründet, dass durch die im rechten Daumens, die abscedirende Lymphadenitis submaxillaris bestehenden gemachten Mittheilungen weitere Kreise zur Mittheilung der wiederholten Attaquen von Keratitis phlyctenulosa, seit an der Beantwortung dieser Frage angeregt werden. Die der ganze heruntergekommene Zustand des Kindes im Verlauf, in der die entsprechenden Untersuchungen sich zu beklagen haben, ist klar vorgezeichnet, und das Ergebniss der einschlägigen Forschungen wird von Interesse sein, auch wenn es sich nicht auf die Hoffnungen ausfällt. Geschieht dies, so würde damit bewiesen werden, dass — entgegen der heute zu Tage noch von hervorragenden Autoren vertretenen Auffassung — eine pathognomonische Bedeutung der histologischen Tuberkelstructur nicht zukommt.

Eine unanfechtbare Erledigung der Frage nach der Pathogenese des Lichen syphiliticus in dem hier erörterten Sinne, sich erzielen, wenn es gelang, innerhalb der erkrankten Haut den specifischen Bacillus der Tuberculose nachzuweisen. Mithierauf gerichteten Bemühungen sind indess ergebnisslos gewesen, je etwa 50—60 Schnitte der pathologisch afficirten Haut von Frieda W. und von Frau W. wurden untersucht, ohne dass auch nur einen einzigen Tuberkelbacillus antraf.

In diesem negativen Resultat der bakterioskopischen Untersuchung liegt aber nicht ohne Weiteres ein Beweis gegen die Richtigkeit der Annahme einer Mitwirkung des tuberculösen Virus bei dem Zustandekommen der uns interessirenden Hautaffection, da bekannt ist, dass auch bei anderen Formen „localisierter“ Tuberculose die Auffindung von Tuberkelbacillen besonders schwierig zu sein pflegt.

Es gab noch einen Weg, die gewünschte Aufklärung zu erlangen — das Thierexperiment; denn das Dogma: „Zur Tuberculose gehört Alles, durch dessen experimentelle Uebertragung auf geeignete Versuchsthiere Tuberculose hervorgerufen wird, und nichts, dessen Uebertragung unwirksam ist (Cohnheim)“ — habe ich in der Absicht unternommen und fortgeführt habe, die Bedingungen der Nebennieren zu der Addison'schen Krankheit auf experimenteller und anatomischer Grundlage zu erörtern, deshalb habe ich vor mehr denn Jahresfrist aufgestellte Behauptung kann jetzt durch neue Versuche stützen.

Während der länger als 2 Jahre hindurch fortgesetzten Beobachtung des Krankheitsverlaufs liessen sich in keinem unserer Fälle die Anzeichen einer tuberculösen Allgemeininfektion eruiiren. Das Fortbestehen der syphilitischen Diathese konnte bei Frau W. in mehrfachen Aborten, sowie in einer Erkrankung an Iritis specifica zum Ausdruck.

¹⁾ Die Tuberculose vom Standpunkt der Infectionstheorie. 2. Aufl. L. 1881. S. 13.

XXXII.

Ueber die compensatorische Hypertrophie der Nebennieren.

Von Dr. H. Stilling,

erstem Assistenten des pathologischen Instituts und Privatdocenten an Straassburg i. E.

(Ich habe vor einiger Zeit in einer kurzen Mittheilung¹⁾ die Thatsache gemacht, dass nach Exstirpation einer Nebenniere eine compensatorische Hypertrophie der anderen eintritt. Diese Thatsache hatte ich aus einer grösseren Reihe von Versuchen, welche ich in der Absicht unternommen und fortgeführt habe, die Bedingungen der Nebennieren zu der Addison'schen Krankheit auf experimenteller und anatomischer Grundlage zu erörtern, deshalb hervorgehoben, weil sie am einfachsten die immer noch vielfach herrschende Ansicht widerlegt, dass die Nebennieren nur während des embryonalen Lebens functioniren.

Die vor mehr denn Jahresfrist aufgestellte Behauptung kann jetzt durch neue Versuche stützen.

Note sur l'hypertrophie compensatrice des capsules surrénales. Revue de Médecine. Juni 1885.