

M



Aus der medizinischen Klinik und Klinik für Haut- und Geschlechts-
krankheiten der Universität Jena (Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Stintzing),
Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Beiträge

zur

Pathologie und Therapie des Lichen ruber planus

mit besonderer Berücksichtigung der Arsenbehandlung.

Inaugural-Dissertation

der Medizinischen Fakultät der Universität Jena

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

vorgelegt von

Hans Dunzelt

Medizinalpraktikant aus Dresden.



Dresden.

Druck von: Wilhelm Baensch.

1907.



Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Jena.

Jena, den 26. Juli 1907.

Professor Dr. F. Maurer
z. Z. Dekan.

Die eingereichte Abhandlung habe ich in der Medizinischen Universitätsklinik zu Jena (Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten) unter Leitung des Herrn Privatdozenten Dr. Spiethoff angefertigt.

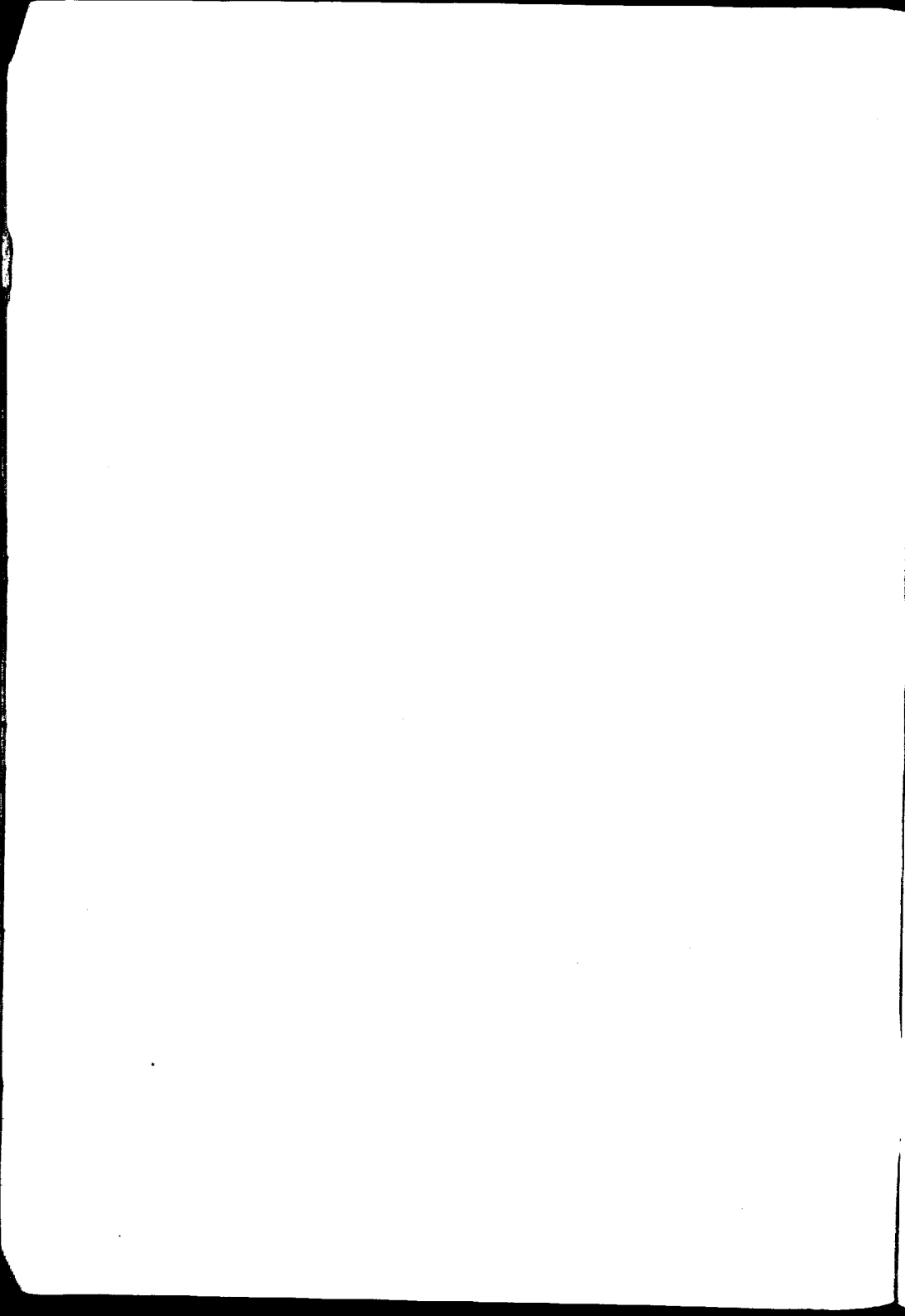
Ich füge die eidesstattliche Versicherung hinzu, daß darüber hinaus keine weitere Beihilfe stattgefunden hat.

Jena, den 6. Mai 1907.

Hans Dunzelt.

Seinem lieben Gerhard Schwaer

gewidmet.



Seitdem Hebra der Ältere sich um die Erforschung des Lichen ruber hervorragende Verdienste erworben hatte, haben sich in der Folgezeit eine große Reihe anderer Dermatologen vielfach und eingehend mit diesem Hautleiden beschäftigt. Trotzdem sind jedoch noch eine Anzahl von Fragen in betreff der Lichenerkrankung völlig ungeklärt; so existieren z. B. zurzeit über die Ätiologie des Leidens nur Theorien, von denen keine als bewiesen angesehen werden kann; die Therapie bewegt sich in extremen Gegensätzen und die Klinik wird andauernd bereichert, indem immer und immer neue Bilder, neue Variationen beschrieben werden, unter denen die Hautaffektion auftritt und verläuft.

Der Lichen ruber planus ist keine allzu seltene Krankheit, und verhältnismäßig häufig tritt er in Thüringen auf, wie aus der Statistik der Jenenser dermatologischen Klinik und Poliklinik hervorgeht.

Neben einer ganzen Reihe typischer Lichenfälle hatten wir nun Gelegenheit, auch solche zu beobachten, die in verschiedenlichster Hinsicht in ihrem Auftreten, Verlauf, in Kombination mit anderen Erkrankungen usw. sich auszeichneten. Diese letzteren Fälle zu veröffentlichen, dürfte wohl nicht überflüssig sein, zumal gerade sie Gelegenheit geben werden, über allerlei schwebende Fragen in der Pathologie und Therapie des Lichen ruber planus zu sprechen.

Es sei mir gleich an dieser Stelle gestattet, Herrn Geh. Medizinalrat Professor Dr. Stintzing sowie Herrn Privatdozent Dr. Spiethoff für die Überlassung des Materials, letzterem auch noch ganz besonders für die Anregung zu vorliegender Arbeit und für seine liebenswürdige Unterstützung meinen besten Dank auszusprechen.

I.

Als Hebra in den sechziger Jahren des vorigen Jahrhunderts die Arsenmedikation bei dem von ihm zuerst beschriebenen Lichen ruber einführte, besserte sich die bis dahin absolut ungünstige Prognose dieser schweren Erkrankung mit einem Schlage. Das Arsen wirkte derartig günstig auf die Dermatoze ein, daß von diesem Zeitpunkte ab kein Todesfall mehr beim Lichen ruber Hebrae zu verzeichnen war.

Fast zu gleicher Zeit und unabhängig von Hebra hatte Wilson eine dem Lichen ruber Hebrae (später von Kaposi Lichen ruber acuminatus bezeichnet) ähnliche Hauterkrankung beschrieben, die aber nicht eine so schlechte Prognose bot, wenn ihr Verlauf auch ganz chronisch war. Kaposi nannte diese Dermatoze Lichen ruber planus.

Auch hier wurde bald nach dem Vorgange Hebras das Arsen angewandt; mit gleichgroßem Erfolge. Fast stets kamen die Fälle von Lichen ruber planus zur Heilung; die Wirkung des Medikaments war eine so ausgezeichnete, daß es geradezu als ein Spezifikum gegen den Lichen ruber planus angesehen wurde.

Im Laufe der Zeit hat sich jedoch die Wertschätzung der Arsentherapie beim Lichen ruber planus geändert, und wenn man heute die Literatur bezüglich dieser Frage ansieht, so kann man drei Gruppen von Autoren hinsichtlich ihrer Stellung zur Arsenmedikation beim Lichen ruber planus unterscheiden.

Die erste Gruppe bilden die unbedingten Anhänger der Arsenbehandlung; zu ihr gehören in erster Linie alle Autoren, die sich zur Wiener Schule bekennen. Diese wenden prinzipiell bei jedem Lichenfall das Arsen an und beschränken sich sogar meist auf diese innere Behandlung der Dermatoze, höchstens geben sie äußerlich nur noch symptomatisch ein juckstillendes Mittel. Einstimmig wird von diesen Dermatologen der große Erfolg gerühmt, den die Arsenbehandlung hervorbringt; mit ganz seltenen Ausnahmen wird eine völlige Heilung der Dermatoze erzielt. Als Belege für die Wertschätzung, der sich die Arsentherapie beim Lichen ruber planus seitens dieser Autoren erfreut, mögen folgende Angaben aus der Literatur dienen: „Trotz einzelner Nichterfolge und trotz einiger Intoxikationen bleibt das souveräne Mittel beim Lichen der Arsenik . . .

Alle anderen Heilmittel haben nicht einen so regelmässigen, einen so augenfälligen Erfolg wie das Arsen.“ (Jarisch); „Die Therapie des Lichen weist gute Erfolge auf und verdankt sie besonders dem Arsen.“ (Joseph); „Die Therapie gegen den Lichen ruber ist eine ganz bestimmte. Bei jedem Lichenkranken kann die Heilung bei Arsengebrauch garantiert werden.“ (Kaposi). Allerdings fordern alle diese Autoren für einen Erfolg die Erfüllung zweier Bedingungen: das Arsen muß einmal sehr lange Zeit — entsprechend der exquisiten Chronizität der Erkrankung — gegeben werden und zweitens müssen längere Zeit hohe Dosen des Medikamentes verabfolgt werden. Eine Arsenintoxikation kann dabei nach Angabe der Autoren, abgesehen von den Fällen der Idiosynkrasie, bei rationeller Einfuhr des Mittels in den Körper bis auf ganz wenige Ausnahmen vermieden werden (Lesser).

Diesen Anhängern der Arsentherapie stellen sich scharf gegenüber als zweite Gruppe die prinzipiellen Gegner dieser Behandlung; an ihrer Spitze stehen die allermeisten englischen Autoren, insbesondere der Dermatologe Morris. Diese geben ihren Lichenkranken, mit Ausnahme ganz bestimmter Fälle, niemals Arsen, und zwar deshalb, weil sie die häufige Beobachtung gemacht haben, daß die Arsendarreichung keinen oder nur sehr geringen Erfolg hatte, daß im Gegenteil eine Verschlimmerung des spezifischen Hautprozesses durch sie hervorgerufen wurde. Leider spricht sich Morris in seinen Abhandlungen über dieses Thema nicht präzise genug dahin aus, welcher Art nun eigentlich die Mißerfolge bei Arsendarreichung gewesen sind; er erwähnt nur im allgemeinen, daß er schlechte Erfolge bei dieser Behandlung beobachtet hat. „I have found from experience that arsenic produces no good result.“

In gleicher Weise ist auch nur ganz ungenau die Interpretation in dem französischen Werke von Brocq über die Morrisschen Anschauungen angegeben. Jedoch ergibt sich aus dem ganzen Zusammenhange und besonders auch aus gewissen Gegensätzen, die gemacht werden, daß Morris unter schlechten Resultaten nicht etwa eine öfters beobachtete Arsenvergiftung versteht, die ihn nun abhält, das Mittel anzuwenden, sondern daß sehr häufig die Dermatose als solche ungünstig beeinflusst wird, indem infolge der Arsenmedikation die alten Licheneffloreszenzen sich weiter ausbilden und neue Effloreszenzen immer wieder aufschiefsen.

Diese Ansicht der Engländer muß gleich von vornherein scharf betont werden, weil sich sonst in der Literatur, vornehmlich in der deutschen, nirgends ähnliche Angaben finden.

Als vermittelnde Gruppe zwischen den andern beiden sich strikte gegenüberstehenden der prinzipiellen Anhänger und der prinzipiellen Gegner der Arsenbehandlung beim Lichen ruber planus ist endlich die zu nennen, die zwar in vielen Fällen gute Erfolge mit der Arsentherapie gesehen hat und sie infolgedessen auch oft anwendet, die aber doch, namentlich in den mehr akut auftretenden und universellen Fällen, von ihr absieht, weil sie vielfach infolge des Gebrauchs Arsenvergiftung beobachtet hat. Außer den gewöhnlichen Erscheinungen der chronischen Arsenvergiftung: Gastritis, Anaesthesien, Paraesthesien usw. machen diese Autoren noch besonders aufmerksam auf Veränderungen in der Haut, als Pigmentierungen und Hyperkeratosen, insonderheit an Palma und Planta. Diese Hautveränderungen sind natürlich reine Intoxikationserscheinungen und stellen degenerative Prozesse dar; sie dürfen aber keineswegs mit den Erscheinungen in der Haut verwechselt werden, wie sie oben von den Engländern beschrieben wurden; hier handelt es sich nicht um eine Intoxikation und im Anschluß daran an regressive Hautveränderungen, sondern hier wirkt das Arsen anregend und als Reiz auf die typischen Licheneffloreszenzen und gibt einen Impuls zu weiterem Wachstum.

An der hiesigen Klinik und Poliklinik bestand die Therapie bei Lichen ruber planus-Kranken stets in der inneren Arsenmedikation, und zwar wurde das Mittel entweder als asiatische Pillen, oder subkutan in Form des Natriumsalzes verabreicht. Der Erfolg war stets ein sehr guter; nach mehr minder kurzer Zeit trat völlige Heilung ein. Nur ein einziger Fall blieb von der Arsentherapie nicht nur unbeeinflusst, sondern das Leiden verschlimmerte sich sogar bei dieser Medikation in ganz eigenartiger Weise; eine kritische Betrachtung dieses Falles scheint nun geeignet, die geschilderten Anschauungen über die Wirkung des Arsens beim Lichen ruber planus näher zu beleuchten.

Zunächst kurz die Krankengeschichte:

Es handelt sich um einen Mann anfangs der sechziger Jahre, von gesundem Aussehen und gutem Allgemeinbefinden. Irgendwelche Krankheiten fehlen in der Anamnese.

Seit etlichen Wochen will er das Auftreten eines heftig juckenden Ausschlags an beiden Beinen empfunden haben.

Bei der Inspektion zeigt sich dieser Ausschlag als mehr minder große, mehr minder scharf umschriebene Plaques, die eine spärliche Schuppung aufweisen und deren periphere Teile matt rötlich verfärbt sind. Die Konsistenz der Plaques ist derb.

Die Diagnose schwankte zunächst zwischen einem Ekzem und einem Lichen ruber planus.

Die zuerst angewandte, während der nächsten 14 Tage fortgesetzte Ekzembchandlung, bestehend in 2% Lenigallol-Zinkpaste, war ohne Einfluß sowohl auf die subjektiven Beschwerden des Patienten, als auch auf den objektiven Befund. Die Affektion hatte sich am Unterschenkel noch weiter ausgebreitet und die einzelnen Plaques waren in ihrer Konsistenz noch derber geworden.

Es wurde jetzt die Diagnose: Lichen ruber planus gestellt und die Arsentherapie in Form der asiatischen Pillen eingeleitet.

Als der Patient nach vier Wochen sich wieder vorstellte, hatte er durchschnittlich 0,01 — 0,015 g As pro die, wenn auch nicht ganz regelmäßig, genommen. Die Erscheinungen auf den Unterschenkeln waren zum mindesten nicht besser geworden, und es waren jetzt auch auf beiden Unterarmen, und zwar auf ihren Bugeseiten, eine Anzahl von typischen Lichenknötchen aufgetreten. Nimmehr wurde zur Arseninjektion geschritten, und zwar erhielt Patient eine Anfangsdosis von 0,0024 g mit allmählich täglicher Steigerung um 0,0012 g; gleichzeitig wurde lokal die Unnasche Salbe (Carbol Sublimat) angewandt. Am neunten Tage erhielt Patient zum ersten Male 0,012 g; bei dieser Dosis wurde zwölf Tage verharret. Während dieser ganzen Injektionsdauer traten immer neue, wenn auch nicht sehr zahlreiche Effloreszenzen auf, die sich vom Unterarm allmählich regionär symmetrisch auf den Oberarm ausdehnten. Auch die alten Plaques an den Unterschenkeln zeigten eine Verschlimmerung, insofern sie prominenter geworden waren. Jetzt erhielt Patient 0,02 g pro dosi, und zwar fünf Tage hintereinander. Während der Zeit wurde immer ein Auftreten neuer Effloreszenzen beobachtet, auch an bisher noch nicht befallenen Stellen: Oberschenkel, Abdominalregion. Am rechten Unterschenkel, wo infolge hier

bestehender Varizen die Plaques besonders stark entwickelt waren, wurde ein Schleichscher Verband angelegt; gelegentlich wurde ein Oedem in der Knöchelgegend beider Unterschenkel konstatiert und mit Benderschen Binden behandelt.

Eiweiß und Zucker waren nie vorhanden, auch sonst fehlten jedwede Arsenintoxikationserscheinungen; das Allgemeinbefinden war nicht im geringsten gestört, außer durch das gelegentlich auftretende Jucken. Dieses soll, ebenso wie ein Intumeszieren der Effloreszenzen, nach Angabe des Patienten besonders abends sich geltend machen, nachdem ihm am Nachmittag eine Arsen-spritze appliziert worden war. Der Patient erhielt noch einmal 0,01 g; die älteren Effloreszenzen an den Armen und Beinen gingen zwar zurück, auch die starken prominenten Plaques an dem rechten Unterschenkel waren nach vierzehntägiger Anwendung des Schleichschen Verbandes so gut wie abgeflacht; da aber immer neue Eruptionen auftraten, wurde das Arsen ausgesetzt und ausschließlich Lokaltherapie getrieben in Form der Unnaschen Salbe, und, wenn die Haut gereizt war, Tumenol-Trockenpinselung. Die beiden Unterschenkel wurden mit Benderschen Binden gewickelt.

Im Verlaufe der weiteren 14 Tage traten immer wieder Neuausbrüche auf; Halsregion, sowie Gesicht und Schleimhäute waren frei.

Es wurde von neuem eine Arsentherapie vorgeschlagen, die aber vom Patienten abgelehnt wurde. Er entzog sich der weiteren Beobachtung.

Wie ich nach Wochen von dem nunmehr behandelnden Ärzte erfuhr, ist der Ausschlag fast universell geworden.

Es handelt sich hier also um einen Fall von Lichen ruber planus, der von der sonst so wirksamen Arsentherapie unbeeinflusst blieb, der sich sogar unter ihr von einer lokal beschränkten Stelle aus in verhältnismäßig kurzer Zeit über den ganzen Körper ausbreitete.

Nachdem die Diagnose Lichen ruber planus bei unserem Patienten gestellt war, hat er 55 Tage, d. h. nahezu acht Wochen unter Arsenmedikation gestanden, und zwar hat er das Mittel zunächst per os als asiatische Pillen 0,01--0,015 g pro die erhalten; später in Form des Natriumsalzes als Injektion, und

zwar in steigender Dosis von 0,0024—0,012 g, schliesslich sogar noch 0,02 g fünf Tage hintereinander. Und trotz dieser Arsenmedikation ging die Dermatoze nicht zurück, sondern breitete sich stetig und unaufhaltsam weiter über den ganzen Körper aus, indem immer und immer wieder Neueruptionen auftraten; selbst die ältesten Plaques an den Unterschenkeln zeigten keine oder nur geringe Tendenz zur Involution; auch sie liessen eine zunehmende Verschlimmerung der Erkrankung durch ihre immer derber werdende Konsistenz erkennen.

Warum ist nun dieser Fall von Lichen ruber planus von der Arsenmedikation nicht beeinflusst worden?

Zunächst muss betont werden, dass der Lichen ruber planus eine ausgesprochen chronische Dermatoze ist, die sich zumeist über mehrere Monate, selbst bei vollkommen einwandfreier Behandlung, erstreckt. Im allgemeinen lässt sich vor vier bis sechs Wochen nicht die geringste Besserung konstatieren; im Gegenteil, es schiefsen während dieser Zeit, wenn auch im ganzen langsam, immer neue Effloreszenzen auf, und diese Eruptionen, hier und dort, dauern noch wochenlang fort. Wenn nun auch das lange Zeit fortdauernde Auftreten von Neuausbrüchen absolut kein Beweis für eine Verschlimmerung der Krankheit oder Unwirksamkeit des Arsens ist, so muss doch nach vier bis sechs Wochen eine Involution, ein Flacher- und Kleinerwerden der primären Plaques als eine Wendung zur Besserung des Leidens infolge der Behandlung gefordert werden. Das Eigenartige an unserm Falle ist einmal, dass die älteren Plaques auf Arsen gar nicht reagierten, ferner, dass typische Licheneffloreszenzen an anderen Körperstellen erst auftraten, nachdem Arsen schon einige Wochen genommen war, und dass nach weiterem Arsengebrauch die Vermehrung der Licheneffloreszenzen in raschem Tempo vor sich ging.

Somit bietet unser Fall durchaus eine Besonderheit und eine Abweichung vom typischen und normalen Verlauf. Mit dieser Erkenntnis tritt aber sofort an uns die Frage, ob der Verlauf nicht durch unsere Therapie selbst hervorgerufen wurde.

Für die Progredienz der Erkrankung bei unserem Patienten während der Behandlung ist eine doppelte Erklärung möglich:

1. Entweder war unsere Arsenmedikation zu wenig intensiv und langdauernd, so dass die Dermatoze absolut unbeeinflusst blieb,

2. oder es war das Gegenteil der Fall: das Arsen hat gerade die Effloreszenzen hervorgerufen; die Verschlimmerung der Krankheit trat nicht trotz, sondern wegen der Arsenbehandlung ein.

Was nun die erste Frage anlangt: hat der Patient nicht zu wenig Arsen erhalten, so ist diese Möglichkeit zunächst nicht von der Hand zu weisen. In den ersten vier Wochen hat Patient verhältnismäßig nur geringe Dosen Arsen (0,01—0,015 g pro die) erhalten; außerdem hat er die Pillen nicht einmal regelmäßig genommen. (Die ersten vier Wochen sind natürlich von dem Zeitpunkte an gerechnet, wo die Diagnose Lichen ruber planus mit großer Wahrscheinlichkeit gestellt werden konnte). Als sich bei dieser Behandlung kein Erfolg zeigte, wurde zur Arseninjektion, die als wirksamer von einigen Autoren gerühmt wird, geschritten, und gleichzeitig höhere Dosen (bis zu 0,02 g pro die) verabreicht. Diese Art der Arsenmedikation wurde auch mit völliger Regelmäßigkeit vom Patienten innegehalten; auch diese subkutanen Injektionen wurden vier Wochen lang fortgesetzt. Da nun die Erkrankung trotz dieser achtwöchigen Arsenbehandlung nicht zurückging, so könnte man zu der Vorstellung gelangen, daß die Arsengabe während der ersten vier Wochen so klein war, daß sie völlig wirkungslos auf den Verlauf der Krankheit blieb, während die Arsenmedikation innerhalb der nächsten vier Wochen der Dosis nach zwar groß genug war, die Zeit der Medikation (vier Wochen) aber zu kurz, um eine Wirkung zu erzielen. Die nach verhältnismäßig langer Zeit eintretende Involution der ältesten Plaques an den Unterschenkeln wird man zum großen Teil sicherlich auch auf die Wirkung des Kompressionsverbandes beziehen müssen, deren Nutzen gerade bei den großen, zum Teil verrukösen Herden an den Unterschenkeln erst in jüngerer Zeit von verschiedener Seite hervorgehoben ist. Namentlich in den neueren Arbeiten von Seifert und Vörner wird auf die günstige Wirkung von Schutzverbänden und Decksalben aufmerksam gemacht; diese Mittel verhindern einmal alle äußeren mechanischen Reizungen durch die Kleidung und dann beseitigen die Druckverbände den insonderheit auf den Unterschenkel wirkenden venösen Druck. Nach Anwendung dieser externen Therapie wird eine Besserung der Licheneffloreszenzen vielfach konstatiert.

Nach diesen Erörterungen könnte man den Eindruck gewinnen, als ob die Möglichkeit einer zu wenig intensiven Arsenmedikation vorläge; die Arsenmenge jedoch, die der Patient im ganzen während der acht Wochen erhalten hat, beträgt 0,35 g; und diese Dosis entspricht sowohl den mittleren allgemein angewandten Dosen, als auch hat die gleiche Menge bei den anderen von uns behandelten Lichenkranken stets genügt, um eine Involution der spezifischen Effloreszenzen deutlich erkennen zu lassen.

Wir wenden uns nunmehr zum zweiten Punkte unserer Betrachtung und wollen sehen, ob vielleicht das Arsen nicht selbst erst den weiteren ungünstigen Verlauf der Dermatoze herbeigeführt hat. Es würde sich demnach um eine Reizwirkung des Medikamentes im Sinne Morris' handeln, ein immer erneutes Aufflackern des Hautprozesses, hervorgerufen durch das Arsen. Wie schon erwähnt, liegen derartige Beobachtungen von seiten deutscher Autoren nirgends vor; in keinem der größeren dermatologischen Werke wird einer solchen Propagation der eigentlichen Hautaffektion beim Lichen ruber planus Erwähnung getan; es müssen also solche Fälle bei jenen Autoren nie beobachtet worden sein; es wird ja im Gegenteil stets das Arsen als ein Spezifikum gegen den Lichen ruber planus empfohlen und nicht — wie die Engländer es tun — als ein zweischneidiges Mittel, das entweder eine Heilung der Dermatoze herbeiführt, oder aber ebensooft eine Verschlimmerung des Leidens hervorruft. Sicher steht aber fest, daß in einzelnen Fällen das Arsen die geschilderte ungünstige Wirkung beim Lichen ruber planus haben kann, dies beweisen eben die Beobachtungen der englischen Autoren.

Zu diesen wenigen Fällen könnte nun auch sehr wohl unser Patient gerechnet werden; trotz achtwöchiger Arsentherapie schießen immer und immer wieder, und zwar in ziemlich stürmischer Weise Neueruptionen typischer Licheneffloreszenzen auf; selbst die alten Plaques lassen durch Zunahme an GröÙe und Konsistenz eine deutliche Verschlimmerung erkennen; in noch nicht einem Vierteljahr ist aus der lokal ganz beschränkten Dermatoze ein fast universeller Lichen entstanden. Dieser Verlauf bei achtwöchiger Arsenbehandlung ist so abweichend von dem gewöhnlichen, daß man wohl geneigt sein muß,



unseren Fall in jene Gruppe zu rechnen, bei der eben das Arsen eine Reizwirkung auf die spezifischen Hautveränderungen hat. Und dazu kommt noch eins, was diese Annahme noch viel wahrscheinlicher macht; es sind die Angaben des Patienten selbst, daß er ein deutliches Größerwerden der Effloreszenzen und einen stärkeren Juckreiz jedesmal einige Stunden nach Applikation der Arsenspritze bemerkt haben will.

Daß das Arsen überhaupt eine Verschlimmerung des primären spezifischen Hautprozesses hervorrufen, daß es gleichsam einen Wachstumimpuls für die bestehenden Effloreszenzen abgeben kann, dafür finden sich auch in unserer Literatur bei anderen Dermatosen Belege; Jarisch erwähnt eine Verschlimmerung der Dermatoze bei der Psoriasis und beim Ekzem. Insonderheit, gibt dieser Autor an, soll eine vornehmlich in die Augen fallende Verschlimmerung sowohl in den subjektiven Beschwerden, als auch hinsichtlich des objektiven Befundes eintreten, wenn Arsen im akut-entzündlichen Stadium dieser beiden Dermatosen appliziert wird. Diese klinische Erscheinung läßt sich auch leicht erklären aus der physiologischen Wirkung des Arsens, das eben in der Haut stärkere Oxydations- und Reduktionsprozesse und damit lebhafteren Stoffwechsel hervorruft. Trifft nun das Arsen auf eine schon gereizte Haut, so kann dieser lebhafte Stoffwechsel pathologisch-anatomisch und klinisch natürlich als eine Entzündung in Erscheinung treten.

Es steht also fest, daß dem Arsen im allgemeinen eine Reizwirkung auf den primären Hautprozeß zugestanden werden muß; bei der Psoriasis und dem Ekzem ist diese Erscheinung allgemein bekannt, für den Lichen ruber planus stehen uns allerdings nur die Beobachtungen der Engländer zur Verfügung. Auch hier soll noch einmal hervorgehoben werden, daß diese ungünstige Beeinflussung der Dermatoze durch das Arsen keineswegs verwechselt werden darf mit Hautveränderungen, wie Pigmentierungen und Hyperkeratosen, die eine Intoxikationswirkung des Arsens sind. Auch in unserem Falle wird in der Krankengeschichte ausdrücklich an einer Stelle bemerkt, daß irgendwelche Zeichen einer akuten oder chronischen Arsenintoxikation völlig fehlen.

Somit stehen wir nicht an, in unserem Patienten einen jener seltenen Lichenfälle zu sehen, bei dem das Arsen

selbst tatsächlich eine Verschlimmerung des Leidens hervorgerufen hat.

Wir können die Möglichkeit einer vielleicht zu geringen Arsenmedikation jetzt schlechterdings ausschließen, denn einmal waren die Arsenmengen nicht so gering, daß eine so ausgeprägte und rasche Verschlimmerung des Leidens eintreten konnte, und zweitens sprechen für die zweite Auffassung (der Reizwirkung des Arsens) eine Reihe so gewichtiger Gründe, besonders das Auftreten typischer Lichenpapeln in der ungemein stürmischen Weise neben gleichzeitiger Vergrößerung der älteren Plaques, daß wir mit allergrößter Wahrscheinlichkeit diese zweite Auffassung für richtig ansehen müssen. Und diese Gründe sind, um sie zum Schlusse nochmals zusammenzufassen:

1. Das Arsen vermag im allgemeinen auf spezifische Effloreszenzen evolvierend zu wirken.
2. Diese Reizwirkungen werden allgemein bestätigt für Psoriasis und Ekzem.
3. Dieselbe Wirkung haben beim Lichen ruber planus die Engländer so oft gesehen, daß sie sogar prinzipiell von der Arsentherapie bei dieser Dermatose absehen.
4. Unser Patient hatte jedesmal kurz nach Applikation des Arsens eine Verschlimmerung bemerkt, sowohl hinsichtlich des Juckreizes, als auch in bezug auf die Größe der Effloreszenzen.
5. Der Verlauf der Erkrankung bei unserem Patienten war so atypisch, wie er wohl sonst bei Arsentherapie nicht beobachtet wird.

II.

Über die Ätiologie des Lichen ruber planus herrscht zurzeit noch völlige Unklarheit. Alle pathologischen Untersuchungen der erkrankten Haut und die wenigen Sektionen haben über die Genese dieses Leidens keinen Aufschluß geben können. Die mehrfach vorgenommenen Stoffwechseluntersuchungen, die Untersuchungen des Blutes und des Harns und die genaue Untersuchung der übrigen Organe haben wohl verschiedentlich pathologische Erscheinungen auffinden lassen, die aber in ihrem Wesen so different, so wenig einheitlich sind, daß man aus

ihnen durchaus keinen sicheren Rückschluss auf die Ursache der Dermatoze machen kann.

So stehen sich heute hinsichtlich der Ätiologie des Lichen ruber planus mehrere Theorien gegenüber, die die einzelnen Autoren je nach ihren Untersuchungsergebnissen aufgestellt haben; Theorien, denen wir auch bei den übrigen, uns in ihrer wahren Ursache noch unaufgeklärten Dermatosen begegnen.

Nur noch von sehr wenigen wird eine parasitäre Grundlage des Lichen ruber planus angenommen; die von einer Seite mitgeteilten Bakterienbefunde haben sich als völlig unhaltbar herausgestellt.

Stoffwechselstörung und Trophoneurose sind heute die beiden Fragen, die auch beim Lichen ruber planus in erster Linie zur Diskussion stehen.

Die Annahme, beim Lichen ruber planus handele es sich um eine Stoffwechselanomalie, stützte sich namentlich auf die Ergebnisse einzelner Stoffwechseluntersuchungen, die aber zu ganz verschiedenen Resultaten geführt haben.

Ebensowenig Bedeutung wie diesen Stoffwechseluntersuchungen kann man den gelegentlich gleichzeitig vorhandenen Störungen der inneren Organe Wert beilegen, denn wenn auch der Lichen ruber planus bei einigen mit Allgemeinerkrankungen (Tuberkulose, Vitium cordis, Nephritis) behafteten Personen beobachtet worden ist, so stellen doch gerade das Hauptkontingent von Lichenkranken sonst gesunde und kräftige, meist der nicht direkt armen Klasse angehörige Individuen.

Es sei hier auch erwähnt, dass man eine familiäre Disposition als Ursache des Leidens genannt hat; Kaposi hat eine gröfsere Reihe von Fällen aus der Literatur zusammengestellt, bei denen mehrere Mitglieder einer Familie, auch wenn sie ganz getrennt voneinander lebten — das Gegenteil könnte ja für eine Kontagiosität und damit für eine parasitäre Ursache der Erkrankung sprechen —, vom Lichen ruber planus befallen wurden. Allein jedoch kann in einer Heredität oder in einer familiären Disposition nicht der Grund zu einer Erkrankung gesehen werden, es mufs zu dieser noch ein auslösendes Moment hinzukommen, und dieses eben ist uns noch völlig unbekannt.

Zu grossem Ansehen ist in der letzten Zeit die Theorie gelangt, die den Lichen ruber planus als eine Trophoneurose

auffaßt. Entstanden ist diese Lehre dadurch, daß einmal die Dermatoſe auftrat bei Leuten, die an einer organiſchen oder funktionellen Nervenkrankheit litten, und zweitens, daß man gelegentlich die Licheneffloreszenzen im Verlaufe von peripheren Nerven, wie im Bereich der Headschen Zonen und Voigtschen Grenzlinien ſich entwickeln ſah.

Auch wir hatten Gelegenheit, eine ſolche Kombination von einer Lichen- und einer organiſchen Nervenerkrankung, nämlich einer progressiven Muskeldystrophie zu beobachten.

Das gleichzeitige Beſtehen einer in Veränderung der Muskulatur zum Ausdruck gelangenden Nervenerkrankung und einem Lichen ruber planus bei einem Patienten iſt ſonſt in der Literatur nur einmal beſchrieben worden, und zwar von Mader. Dieſer Autor beobachtete und behandelte eine zweiundvierzigjährige Schneiderin, bei der in ihrem neununddreißigſten Lebensjahr die Dermatoſe langſam begonnen hatte; während der Hautaffektion entwickelte ſich allmählich eine Muskelatrophie, die jedoch erſt in letzter Zeit einen ſo hohen Grad erreichte, daß die Patientin nicht mehr nähen konnte.

Es handelte ſich um die ſpinale Form der Muskelatrophie, und Mader hält es für ſehr wahrſcheinlich, daß beide Erkrankungen, der Lichen und die Muskelatrophie, durch eine Schädigung in den trophiſchen Zentren der Medulla spinalis bedingt waren.

Aus der Krankengeſchichte des Patienten, den wir beobachteten, gebe ich zunächſt folgende Bemerkungen:

Der Patient war das erſtemal als einundzwanzigjähriger Ökonom im Jahre 1880 in der hieſigen medizinischen Klinik in Behandlung.

Aus der Anamnese des Patienten ſei nur hervorgehoben, daß ſein Vater an einer Lähmung der Hände leidet, die beide in Flexionsſtellung ſtehen; auch ſoll er nur ſchlecht laufen können.

Patient ſelbſt hat außer den Maſern keine Krankheit durchgemacht. Vor zirka vier Jahren bemerkte er ein Zittern der Hände; die Arme wurden ihm ſchwer, die gleichen Symptome traten vor ungefähr zwei Jahren auch im Oberschenkel auf. Dem Patienten fiel das Treppenſteigen ſchwer, auch mußte er beim Aufſtehen die Hände zu Hilfe nehmen. Wegen ſteter Verſchlimmerung des Leidens ſuchte Patient die Klinik auf.

Status praesens: Mittelkräftiger Mann von mittlerer Gröfse; Hautfarbe normal, Gesicht und Hände gebräunt.

Die inneren Organe sind alle ohne pathologischen Befund. Wenn Patient aufrecht steht, fällt eine ziemlich starke Abmagerung der Oberschenkel auf. Umfang des Oberschenkels über dem rechten Knie: 32 cm, über dem linken Knie: 31 cm; in der Mitte des Oberschenkels rechts: 41 cm, links: 42 cm. Außerdem sieht man an den verschiedenen Stellen des Körpers fortwährend leichte Zuckungen einzelner Muskelpartien. Bei Betrachtung von hinten fällt eine Magerkeit in der Schultergegend auf, sowie eine starke Verdickung der Waden im Vergleich zu den Oberschenkeln. Beim Gehen schwankt das Becken auf und ab, die Wirbelsäule ist stark gestreckt. Der lange Rückenstrecker fühlt sich beiderseits dünn an. Die Bewegungen der oberen Extremität sind alle frei.

Nach vierwöchentlichem Aufenthalt verläfst Patient die Klinik; bei seinem Weggang ist in der Krankengeschichte bemerkt: Kräftezustand gebessert, Schwächegefühl in den Beinen viel geringer. Eine deutliche Umfangszunahme der Beine ist nicht nachweisbar. Patient will das in der Klinik begonnene Faradisieren zu Hause fortsetzen.

Im Jahre 1905 im Januar (also 25 Jahre später) suchte Patient wegen eines Hautausschlages die Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten auf.

Das poliklinische Journal berichtet darüber kurz:

Es besteht eine Atrophie der Muskulatur des Schultergürtels, des Rückens und der Oberschenkel. An den Beinen finden sich stark ausgeprägte Varizen. Auf beiden Unterschenkeln, vorzugsweise auf den Streckseiten, befinden sich zahlreiche, sehr verschieden bis flachhandgrofse Herde, von denen besonders die gröfseren stark erhaben sind, ja geradezu tumorartig prominieren. Die Oberfläche der gröfseren Herde macht einen zerklüfteten Eindruck und zeigt einen direkt papillären Bau; sie ist mit starken hornhautartigen Warzen bedeckt. Nach der Peripherie hin verlieren sich allmählich die Hornhautauflagerungen und lassen an Mächtigkeit erheblich nach. Die Peripherie erscheint als ein derberes Infiltrat von deutlich blauroter Farbe. Neben diesen grofsen warzenartigen Herden zeigen sich an der unteren Extremität noch zahlreiche kleinere, bis zweimarkstückgrofse

Herde, deren Charakter den peripheren Abschnitten der größeren Herde entspricht, es sind ziemlich scharf umschriebene Infiltrate von derber Konsistenz, leicht schuppender Oberfläche und bläulichroter Färbung.

An subjektiven Symptomen ist außerordentlich starker Juckreiz zu bemerken.

Diagnose: Lichen ruber planus verrucosus.

Therapie: Patient wurde einer Arsenkur unterzogen, die er aber nicht regelmäßig durchführte. Lokal wurde er mit Salizylseifenpflaster und Röntgenstrahlen behandelt.

Im Verlaufe einiger Wochen wichen unter dieser Therapie die Erscheinungen und damit die subjektiven Beschwerden.

Der Fall bietet in mannigfacher Hinsicht Interessantes. Wenn wir uns zunächst dem gegenseitigen Verhältnis beider Erkrankungen zu, so können wir am besten zu einer richtigen Beurteilung des Falles gelangen, wenn wir gleichzeitig den von Mader mitgeteilten Fall in unsere Betrachtung ziehen.

Beide Fälle zeigen wesentliche Verschiedenheiten, sowohl in der Form der Muskelatrophie, als auch in dem Verlauf und ihrem Verhältnis zur Dermatoze.

Die Patientin Maders stellt einen Fall von spinaler Muskelatrophie dar; der Sitz der Erkrankung ist die Medulla spinalis selbst. Bei unserem Patienten hingegen handelt es sich um die myopathische Form der Muskelatrophie, genauer die Dystrophia musculorum progressiva juvenilis. Trotzdem ist auch diese Form als eine reine Trophoneurose anzusprechen; Moritz sagt: „...Das Nervensystem, sowohl das Rückenmark als die peripheren Nerven, werden (bei der Dystrophia musc. progr.) intakt befunden oder zeigen nur geringfügige, zur Erklärung der Muskelatrophie nicht ausreichende Veränderungen. Trotzdem ist man berechtigt die Erkrankung unter die Nervenkrankheiten einzureihen, da das periphere motorische Neuron mit der ansitzenden Muskelfaser funktionell ein eng Zusammengehöriges bildet, das nicht auseinandergerissen werden darf.“

Ferner besteht zwischen beiden Fällen ein wichtiger Unterschied in dem Auftreten der Lichenerkrankung. Bei der Patientin Maders traten fast gleichzeitig Nerven- und Hauterkrankung auf; während dreier Jahre hatten beide Prozesse in gleicher Weise an Intensität zugenommen.

Ganz anders liegt die Sache bei unserem Patienten; von einer gleichzeitigen Entwicklung beider Affektionen finden wir hier nichts; der Lichen ruber planus trat ja erst auf, als die Muskelatrophie schon nahezu 25 Jahre bestand. Hier ist man doch wohl nicht berechtigt, von einer gemeinsamen Ursache beider Affektionen zu sprechen; ja man kann nicht einmal behaupten, daß die Dermatose auf dem Boden der Trophoneurose sich entwickelt hat.

Bei unserem Patienten dürfte vielmehr die starke Varizenbildung in einem engen Zusammenhange mit der Hautaffektion stehen. Die Ernährungsverhältnisse der Haut sind hier zwar auch geschädigt, aber nicht durch neurotische Einflüsse, sondern rein mechanisch durch Behinderung oder wenigstens Erschwerung des Blutabflusses. Für diese Anschauung spricht auch gerade die lokale Beschränkung der Eruptionen an den Stellen, wo eben Varizen bestanden. In dem Maderschen Falle hingegen könnte man im ersten Augenblick wohl an eine gemeinsame Ätiologie der Nerven- und Hauterkrankung denken, da beide Affektionen zu gleicher Zeit sich entwickelten und in parallelem Verlaufe an Intensität zunahmen. Es könnte also auf der durch Erkrankung des trophischen Zentrums im Rückenmark geschädigten und in ihrer Widerstandsfähigkeit herabgesetzten Haut die Dermatose sich entwickelt haben. Dann aber taucht sofort die Frage auf: Warum entstand dann gerade ein Lichen ruber planus und kein Ekzem oder eine Psoriasis z. B.?

Aus diesem Grunde muß man ein derartiges Zusammenreffen einer Nervenerkrankung mit einem Lichen ruber planus äußerst vorsichtig im einzelnen Falle beurteilen; vorläufig sind die beim Lichen ruber planus beobachteten Störungen organischer oder funktioneller Art der visceralen wie der nervösen Organe nur als eine Koinzidenz aufzufassen. Die Koinzidenz braucht deshalb keine ganz zufällige zu sein, Haut und innere Störung können recht wohl in einem Abhängigkeitsverhältnis stehen, derart, daß erst auf dem Boden einer allgemeinen Störung die spezifische Krankheitsursache des Lichen ruber planus zur Wirksamkeit kommt.

Nicht nur innere Störungen können den Ausbruch eines Lichen ruber planus begünstigen, sondern auch äußere traumatische Einflüsse.

Die in manchen Fällen gefundenen inneren Störungen möchten wir auf die gleiche Stufe mit den äußeren Einflüssen, die von Licheneruptionen gefolgt sind, setzen. In beiden Fällen handelt es sich um eine Herabsetzung der allgemeinen oder lokalen Widerstandsfähigkeit gegen die spezifische Noxe des Lichen ruber planus. Damit soll gar nicht geleugnet werden, daß diese spezifische Noxe in einer Stoffwechselstörung oder einer Trophoneurose bestehen kann; es soll nur betont werden, daß unsere zurzeit vorliegenden klinischen Erfahrungen, einschließlicb aller Stoffwechseluntersuchungen, uns keine überzeugenden Tatsachen für die eine oder andere Theorie haben erbringen können.

Einen indirekten Beweis für unsere Auffassung gibt uns auch die Therapie, die sehr wohl die Dermatoze endgültig heilt, nicht aber eine in einzelnen Fällen gleichzeitig bestehende innere Störung. Sollen beide Affektionen kausal miteinander zusammenhängen, so wäre zu erwarten, daß nach interner Beseitigung der Erscheinungen der Dermatoze auch die Symptome der inneren Organerkrankung zum Verschwinden gebracht würden, und umgekehrt die Dermatoze abheilt, wenn man die Erkrankung der inneren Organe beseitigte, Wechselbeziehungen, die man bei den sicher auf inneren Störungen beruhenden Dermatosen beobachtet.

Mehr nebenbei möchte ich zum Schlusse bei unserem Patienten auf eine interessante Erscheinung hinweisen, nämlich die, daß die Muskelatrophie nur ganz geringe Neigung zu einer Progredienz zeigt. 25 Jahre liegen zwischen beiden Beobachtungen, und nur wenig Muskeln mehr waren nach dieser Zeit atrophisch geworden. Der Patient war, wenn auch Gehen und Stehen etwas erschwert waren, noch völlig imstande, seinen Beruf als Gemeindevorsteher zu versehen.

Schließlich sei noch die ganz enorme Entwicklung der Lichen ruber planus Plaques erwähnt.

Wir haben hier eine Abweichung des Lichen ruber planus, den Lichen ruber planus verrucosus, vor uns. Diese geradezu als Tumoren imponierenden Eruptionen verdanken ohne Zweifel ihre Mächtigkeit den Varizen. Infolge dieser Größe und Derbheit der Effloreszenzen durfte man sich auch auf eine ausschließlicb interne Behandlung nicht einlassen; die Hautaffektion mußte in diesem Falle auch lokal angegriffen werden. Nachdem die derben und festen Massen durch Salizylseifenpflaster erweicht

worden waren, wurden sie mit Röntgenstrahlen behandelt. Diese Bestrahlung zeitigte einen ausgezeichneten therapeutischen Erfolg: nach einigen Wochen war die Involution der Effloreszenzen vollendet und die Dermatose geheilt.

III.

Während der Lichen ruber planus in den allermeisten Fällen in ausgesprochen subakuter oder chronischer Form auftritt, so gibt es doch Ausnahmen, in denen das Leiden ganz akut entsteht und auch weiterhin akut verläuft. Einer der ersten, der auf diese atypischen Formen aufmerksam gemacht hat, ist der englische Dermatologe Bulkley gewesen. Bulkley hat in einer dermatologischen Gesellschaft in London im Jahre 1876 eine Frau vorgestellt, bei der in akuter Weise an den Schultern und am Rücken ein Ausschlag aufgetreten war, der von Bulkley als ein akuter Lichen ruber planus angesprochen wurde. Er betont dann insbesondere, daß diese Form des Ausschlages nicht mit einem papulösem Ekzem oder mit dem Lichen scrophulosorum verwechselt werden dürfe, wie es bislang geschehen sei, sondern die Dermatose sei ein echter Lichen ruber planus, der sich nur durch seinen akuten Verlauf von dem gewöhnlichen unterscheide. Im Laufe der Zeit sind dann auch von anderen Autoren noch einige Fälle von akutem Lichen ruber planus beschrieben worden.

Es hat nicht nur ein wissenschaftliches Interesse, diese akuten Formen des Lichen ruber planus zu kennen, es ist auch von praktischer Bedeutung, die richtige Diagnose zu stellen, da ja von ihr die Therapie abhängt, die beim Lichen ruber planus — nach der Anschauung der Wiener Schule wenigstens — immer eine ganz bestimmte ist. Deshalb dürfte es zweckmäßig sein, an der Hand eines von uns beobachteten derartigen Falles eingehend die Differentialdiagnose des akuten Lichen ruber planus mit dem allein in Betracht kommenden Ekzema papulosum zu besprechen.

Es handelt sich um ein außerordentlich kräftiges Mädchen in den zwanziger Jahren, das mit der Angabe kommt, es leide

seit acht Tagen an einem äußerst stark juckenden Ausschlag, der innerhalb weniger Tage große Ausdehnung angenommen habe. Frühere Erkrankungen sollen nicht vorgekommen sein.

Bei der Inspektion ergibt sich, daß der Hals, der Rumpf, — hier ganz besonders an den seitlichen Partien, während die mittleren fast frei sind —, die Oberschenkel, weniger die Arme, verhältnismäßig dicht von einem ziemlich uniformen Exanthem besetzt sind, das aus klein- bis großstecknadelkopfgroßen rötlichen Knötchen zusammengesetzt ist. Die Knötchen sind von einer normalen Haut umgeben, fühlen sich derb an und zeigen eine leicht konische Oberfläche; beim Druck tritt an der Stelle der rötlichen eine mehr gelblich-bräunliche Farbe hervor. Neben diesen, in der Mehrzahl vorhandenen Effloreszenzen finden sich auch einzelne Knötchen, die eine deutlich plane Oberfläche, polygonale Umgrenzungslinien und wachsartigen Glanz zeigen. Die Schleimhäute sind frei.

Die Diagnose wird auf Lichen ruber planus acutus gestellt.

Die Behandlung besteht in Verabreichung von Arsen innerlich bis zu 20 Milligramm pro die und täglich zweimal vorgenommenen Einfettungen mit der Unnaschen Salbe (Carbol Sublimat), neben gelegentlichen lauwarmen Bädern.

Unter dieser Behandlung tritt schon nach den ersten Tagen insofern eine Veränderung ein, als das Jucken an Heftigkeit abgenommen hat und die Knötchen nicht mehr gerötet aussehen. Im weiteren Verlaufe sinken die Knötchen immer mehr ein, bedecken sich zum Teil mit einer leichten Schuppe, die Knötchen an den unteren Extremitäten nehmen eine mehr livide Farbennuance an. Irgend eine andere Effloreszenzform, wie Bläschen, Pustel, Nässen usw., tritt nicht auf.

Nach fünf Wochen ist die Affektion so gut wie abgeheilt mit Hinterlassung kleiner Pigmentierungen. Ein Rezidiv ist bis jetzt, d. h. nach fünf Monaten, nicht aufgetreten.

Bei der ersten Untersuchung schwankte zunächst die Diagnose zwischen einem akuten papulösen Ekzem und einem Lichen ruber planus. Die Derbheit der Knötchen, die Uniformität der Effloreszenzart, ihre Unveränderlichkeit noch nach acht Tagen, die Anwesenheit einzelner typischer planer Lichenpapeln, das Fehlen akut entzündlicher Erscheinungen entschied zunächst für einen akuten Lichen ruber planus, wenn auch die Mehrzahl der

Effloreszenzen nicht die Charakteristika der gewöhnlichen Lichenpapel darbot.

Der Verlauf bestätigte die Diagnose noch weiter. Es wurden keine Zeichen beobachtet, die auf irgend eine andere Dermatose hinweisen konnten. Die Uniformität der Effloreszenzen beherrschte auch das regressive Stadium.

Eklatant war auch bei unserer Patientin die Wirkung des Arsens; die subjektiven Beschwerden milderten sich sofort und das Exanthem war innerhalb von nur fünf Wochen abgeheilt, so daß die Erkrankung akut, wie sie aufgetreten war, in gleicher Weise akut verlief und rasch abklang.

Das schnell in den ersten Tagen nachlassende Jucken muß man wohl auf die Wirkung der Unnaschen Salbe zurückführen; das weitere schnelle Zurückgehen jedoch der Knötchen selbst ist wohl als eine spezifische Wirkung des Arsens anzusehen, zumal da die Arsendosen sehr schnell zu einer beträchtlichen Höhe gesteigert werden konnten. Jedoch selbst wenn die Therapie nicht den prompten Erfolg gehabt hätte und eine Involution der Knötchen längere Zeit auf sich hätte warten lassen, so hätte trotzdem gleich in der ersten Zeit der Behandlung die Diagnose Ekzema papulosum ausgeschlossen werden müssen, da die gewiß nicht indifferente Salbe und insonderheit das Arsen, vor dessen Darreichung im akuten Stadium des Ekzems stets gewarnt wird, den Prozess stark hätte aufflackern lassen und das Verlassen der eingeschlagenen Therapie indiziert hätte.

Bezüglich des Verlaufs des Lichen ruber planus acutus sei noch erwähnt, daß das rasche Abklingen des Prozesses bei unserer Patientin durchaus nicht die Regel ist; meist verläuft trotz ganz akuten Beginns der Lichen ruber planus späterhin chronisch wie die gewöhnliche Form und heilt erst völlig nach einigen Monaten ab.

IV.

In jüngster Zeit ist von Roscher „ein Fall von Lichen ruber planus verrucosus mit atypischem Verlauf“ beschrieben worden, der sich dadurch auszeichnete, daß der Lichen unter dem Bilde

einer papulösen Dermatose mit ausnehmend starkem Nässen begann und auch längere Zeit in dieser Weise weiter verlief.

Diese Hautaffektion bei einem neunundvierzigjährigen, sonst völlig gesunden Ziegelbrenner bot kurz folgende Erscheinungen dar:

Am rechten Unterschenkel fanden sich zwei stark gewucherte, derb infiltrierte Plaques, die mit dicken braunen Borken belegt waren, und an denen Einzeleffloreszenzen nicht unterschieden werden konnten. Am übrigen Teile des Unterschenkels, ebenso wie an verschiedenen anderen Körperstellen, waren nässende Ekzeme vorhanden. Acht Tage nach der Aufnahme in die Klinik trat an der Hinterscite des rechten Oberschenkels eine frische Eruption stecknadelkopfgroßer roter Knötchen hervor.

Da der Ausschlag nichts Charakteristisches bot, wurde die Diagnose „lichenoide Hautaffektion“ gestellt; auf dem zu dieser Zeit in Berlin stattfindenden internationalen Dermatologenkongress hingegen, bei dem der Kranke vorgestellt wurde, wurde von den meisten Teilnehmern das Leiden als eine Mykosis fungoides angesprochen, und das Ekzem selbst als eine Dermatitis praemykotica aufgefasst.

Im weiteren Verlaufe hörte allmählich das Nässen auf und das Ekzem heilte ab.

Die Knötchen am Oberschenkel jedoch hatten sich weiter ausgebildet und die infiltrierte Platte am rechten Unterschenkel waren in immer mehr einzelne Papeln zerfallen. Die warzigen Gebilde wurden trocken und bildeten sich allmählich unter Röntgenbehandlung zurück. Nach diesem Verlaufe wurde nun die Diagnose Lichen ruber planus verrucosus gestellt, die auch durch die histologische Untersuchung bestätigt wurde.

Nach fünfmonatlichem Aufenthalte verlief Patient gebessert die Klinik.

Die Therapie bestand in der typischen Lichenbehandlung und viermaliger Röntgenbestrahlung.

Roscher hält diesen Fall für ungemein selten, er kann aus der Literatur nur einen einzigen, von Jadassohn mitgeteilten Fall in Parallele zu dem seinen setzen; bei diesem wurde ebenfalls ein Lichen ruber planus ganz durch ein akutes Ekzem verdeckt.

Diesen beiden erwähnten Fällen möchte ich jetzt einen Fall anreihen, der in unserer Beobachtung stand.

Zuerst die Krankengeschichte:

Der Patient ist ein kräftiger, gut genährter Mann.

An den oberen und unteren Extremitäten und in der Kreuzbeingegend finden sich mehr minder grofse, bis zwei flachhandgrofse Herde, in deren Bereich die Haut mit gelblich-bräunlichen Borken belegt ist; an einzelnen Stellen ist die nächste Umgebung dieser Herde auf etwa 2—3 mm von einer derb infiltrierten, leicht bläulichen Zone umsäumt. An den borkenfreien Stellen der Herde zeigt die Oberfläche rote Farbe, der zum Teil eine deutlich livide Nuance beigemengt ist. Dieser livide Farbenton ist nicht nur an den Herden der Unterextremitäten, sondern in gleichem Mafse an den übrigen Teilen des Körpers vorhanden.

Die beiden Ohren sind mäfsig gerötet, teils schuppen, teils nassen sie.

Am Penis bestehen kleine rötliche Infiltrationsherde.

Die Beschwerden bestehen in starkem Jucken.

Therapie: Umschläge von essigsaurer Tonerde, nach Abfall der Borken wird zunächst eine Tumenol-, später eine Teerzinkpaste angewandt.

Unter weiterer Beobachtung heilt die Ohrenaffektion zwar schnell ab; doch stellen sich an den Beugeseiten der Handgelenke Licheneffloreszenzen ein; zu gleicher Zeit kommt nach Aufhören der akut-entzündlichen Erscheinungen (Borkenbildung, starke Rötung) an den vorher borkig belegten Stellen ein Infiltrat zum Vorschein, das eigenartig verfärbt ist.

Die Diagnose wird jetzt auf einen Lichen ruber planus gestellt; es wird die Lichentherapie, bestehend in Verabreichung asiatischer Pillen und örtlicher Anwendung der Unnaschen Salbe, eingeleitet.

Da aber im weiteren Verlaufe die Rückbildung außerordentlich langsam ist, so wird zur Arseninjektion geschritten; die Salbe wird ersetzt durch Quecksilberpflastermull. Wegen Varizenbildung werden die unteren Extremitäten mit Benderschen Binden gewickelt.

Nachdem Patient längere Zeit tägliche Arseninjektionen bekommen hat, treten an verschiedenen Körperstellen ekzemartige Eruptionen auf, die jedoch nicht die Lichenherde befallen. Die Arseninjektionen werden infolgedessen ausgesetzt, das Quecksilberpflaster aber weiter gegeben.

Das Ekzem heilt unter Tumenol-Trockenpinslung sehr schnell ab; auch die Licheneffloreszenzen sind bald darauf mit zum Teil starker Pigmentierung abgeheilt.

Unser Patient bietet also im wesentlichen das gleiche Krankheitsbild wie der Roschersche Fall; nur mit dem Unterschiede, daß es sich bei diesem um einen Lichen ruber planus verrucosus, bei uns um einen einfachen Fall von Lichen ruber planus handelt.

Nach der ersten Untersuchung imponierte das Bild zunächst in der Hauptsache als ein nässendes, borkiges Ekzem.

Allerdings hatten wir gleich im Anfang an die Möglichkeit eines versteckten Lichen gedacht, weil eine Infiltrationszone von oben geschilderter Beschaffenheit, die einzelne Teile der Borkenherde umgrenzte, vorhanden war.

Während der Behandlung traten dann wirkliche typische Lichenknötchen auf, an Stellen, an denen irgendwelche Veränderungen vorher nicht bemerkt waren, und zwar an den Beuge-seiten der Handgelenke.

Wie sollen wir nun den Fall deuten?

Ganz allgemein kann man sagen, daß wir es bei unserem Patienten mit einer Kombination von einem Lichen ruber planus mit einem Ekzem zu tun haben. Wir finden im Krankheitsbilde rein ekzematöse Partien neben solchen, wo unter einer ekzematösen Oberfläche der Lichen bereits entwickelt war. Hinsichtlich der Genese der letzteren Herde kann man im Zweifel sein, ob das Ekzem oder die Licheninfiltration das Primäre gewesen ist, das heißt, ob wir es mit einem ekzematösen Prodromalstadium oder mit einer sekundär ekzematösen Veränderung der Lichenherde zu tun gehabt haben. Beobachtungen hierüber konnten wir nicht anstellen, ebensowenig waren die anamnestischen Angaben des Patienten zu verwerten.

Für ein ekzematöses Prodromalstadium mit nachträglicher Lichenentwicklung sprechen die reinen Ekzemherde an den übrigen Teilen des Körpers. Ausdrücklich sei an dieser Stelle hervor-

Status praesens: Mittelkräftiger Mann von mittlerer Gröfse; Hautfarbe normal, Gesicht und Hände gebräunt.

Die inneren Organe sind alle ohne pathologischen Befund. Wenn Patient aufrecht steht, fällt eine ziemlich starke Abmagerung der Oberschenkel auf. Umfang des Oberschenkels über dem rechten Knie: 32 cm, über dem linken Knie: 31 cm; in der Mitte des Oberschenkels rechts: 41 cm, links: 42 cm. Außerdem sieht man an den verschiedenen Stellen des Körpers fortwährend leichte Zuckungen einzelner Muskelpartien. Bei Betrachtung von hinten fällt eine Magerkeit in der Schultergegend auf, sowie eine starke Verdickung der Waden im Vergleich zu den Oberschenkeln. Beim Gehen schwankt das Becken auf und ab, die Wirbelsäule ist stark gestreckt. Der lange Rückenstrecker fühlt sich beiderseits dünn an. Die Bewegungen der oberen Extremität sind alle frei.

Nach vierwöchentlichem Aufenthalt verläfst Patient die Klinik; bei seinem Weggang ist in der Krankengeschichte bemerkt: Kräftezustand gebessert, Schwächegefühl in den Beinen viel geringer. Eine deutliche Umfangszunahme der Beine ist nicht nachweisbar. Patient will das in der Klinik begonnene Faradisieren zu Hause fortsetzen.

Im Jahre 1905 im Januar (also 25 Jahre später) suchte Patient wegen eines Hautausschlages die Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten auf.

Das poliklinische Journal berichtet darüber kurz:

Es besteht eine Atrophie der Muskulatur des Schultergürtels, des Rückens und der Oberschenkel. An den Beinen finden sich stark ausgeprägte Varizen. Auf beiden Unterschenkeln, vorzugsweise auf den Streckseiten, befinden sich zahlreiche, sehr verschieden bis flachhandgrofse Herde, von denen besonders die gröfseren stark erhaben sind, ja geradezu tumorartig prominieren. Die Oberfläche der gröfseren Herde macht einen zerklüfteten Eindruck und zeigt einen direkt papillären Bau; sie ist mit starken hornhautartigen Warzen bedeckt. Nach der Peripherie hin verlieren sich allmählich die Hornhautauflagerungen und lassen an Mächtigkeit erheblich nach. Die Peripherie erscheint als ein derberes Infiltrat von deutlich blauroter Farbe. Neben diesen grofsen warzenartigen Herden zeigen sich an der unteren Extremität noch zahlreiche kleinere, bis zweimarkstückgrofse

Herde, deren Charakter den peripheren Abschnitten der größeren Herde entspricht, es sind ziemlich scharf umschriebene Infiltrate von derber Konsistenz, leicht schuppender Oberfläche und bläulichroter Färbung.

An subjektiven Symptomen ist außerordentlich starker Juckreiz zu bemerken.

Diagnose: Lichen ruber planus verrucosus.

Therapie: Patient wurde einer Arsenkur unterzogen, die er aber nicht regelmäßig durchführte. Lokal wurde er mit Salizylseifenpflaster und Röntgenstrahlen behandelt.

Im Verlaufe einiger Wochen wichen unter dieser Therapie die Erscheinungen und damit die subjektiven Beschwerden.

Der Fall bietet in mannigfacher Hinsicht Interessantes. Wenn wir uns zunächst dem gegenseitigen Verhältnis beider Erkrankungen zu, so können wir am besten zu einer richtigen Beurteilung des Falles gelangen, wenn wir gleichzeitig den von Mader mitgeteilten Fall in unsere Betrachtung ziehen.

Beide Fälle zeigen wesentliche Verschiedenheiten, sowohl in der Form der Muskelatrophie, als auch in dem Verlauf und ihrem Verhältnis zur Dermatoze.

Die Patientin Maders stellt einen Fall von spinaler Muskelatrophie dar; der Sitz der Erkrankung ist die Medulla spinalis selbst. Bei unserem Patienten hingegen handelt es sich um die myopathische Form der Muskelatrophie, genauer die *Dystrophia musculorum progressiva juvenilis*. Trotzdem ist auch diese Form als eine reine Trophoneurose anzusprechen; Moritz sagt: „...Das Nervensystem, sowohl das Rückenmark als die peripheren Nerven, werden (bei der *Dystrophia musc. progr.*) intakt befunden oder zeigen nur geringfügige, zur Erklärung der Muskelatrophie nicht ausreichende Veränderungen. Trotzdem ist man berechtigt die Erkrankung unter die Nervenkrankheiten einzureihen, da das periphere motorische Neuron mit der ansitzenden Muskelfaser funktionell ein eng Zusammengehöriges bildet, das nicht auseinandergerissen werden darf.“

Ferner besteht zwischen beiden Fällen ein wichtiger Unterschied in dem Auftreten der Lichenerkrankung. Bei der Patientin Maders traten fast gleichzeitig Nerven- und Hauterkrankung auf; während dreier Jahre hatten beide Prozesse in gleicher Weise an Intensität zugenommen.

Ganz anders liegt die Sache bei unserem Patienten; von einer gleichzeitigen Entwicklung beider Affektionen finden wir hier nichts; der Lichen ruber planus trat ja erst auf, als die Muskelatrophie schon nahezu 25 Jahre bestand. Hier ist man doch wohl nicht berechtigt, von einer gemeinsamen Ursache beider Affektionen zu sprechen; ja man kann nicht einmal behaupten, daß die Dermatose auf dem Boden der Trophoneurose sich entwickelt hat.

Bei unserem Patienten dürfte vielmehr die starke Varizenbildung in einem engen Zusammenhange mit der Hautaffektion stehen. Die Ernährungsverhältnisse der Haut sind hier zwar auch geschädigt, aber nicht durch neurotische Einflüsse, sondern rein mechanisch durch Behinderung oder wenigstens Erschwerung des Blutabflusses. Für diese Anschauung spricht auch gerade die lokale Beschränkung der Eruptionen an den Stellen, wo eben Varizen bestanden. In dem Maderschen Falle hingegen könnte man im ersten Augenblick wohl an eine gemeinsame Ätiologie der Nerven- und Hauterkrankung denken, da beide Affektionen zu gleicher Zeit sich entwickelten und in parallelem Verlaufe an Intensität zunahmen. Es könnte also auf der durch Erkrankung des trophischen Zentrums im Rückenmark geschädigten und in ihrer Widerstandsfähigkeit herabgesetzten Haut die Dermatose sich entwickelt haben. Dann aber taucht sofort die Frage auf: Warum entstand dann gerade ein Lichen ruber planus und kein Ekzem oder eine Psoriasis z. B.?

Aus diesem Grunde muß man ein derartiges Zusammentreffen einer Nervenerkrankung mit einem Lichen ruber planus äußerst vorsichtig im einzelnen Falle beurteilen; vorläufig sind die beim Lichen ruber planus beobachteten Störungen organischer oder funktioneller Art der visceralen wie der nervösen Organe nur als eine Koinzidenz aufzufassen. Die Koinzidenz braucht deshalb keine ganz zufällige zu sein, Haut und innere Störung können recht wohl in einem Abhängigkeitsverhältnis stehen, derart, daß erst auf dem Boden einer allgemeinen Störung die spezifische Krankheitsursache des Lichen ruber planus zur Wirkksamkeit kommt.

Nicht nur innere Störungen können den Ausbruch eines Lichen ruber planus begünstigen, sondern auch äußere traumatische Einflüsse.

Die in manchen Fällen gefundenen inneren Störungen möchten wir auf die gleiche Stufe mit den äusseren Einflüssen, die von Licheneruptionen gefolgt sind, setzen. In beiden Fällen handelt es sich um eine Herabsetzung der allgemeinen oder lokalen Widerstandsfähigkeit gegen die spezifische Noxe des Lichen ruber planus. Damit soll gar nicht geleugnet werden, daß diese spezifische Noxe in einer Stoffwechselstörung oder einer Trophoneurose bestehen kann; es soll nur betont werden, daß unsere zurzeit vorliegenden klinischen Erfahrungen, einschliesslich aller Stoffwechseluntersuchungen, uns keine überzeugenden Tatsachen für die eine oder andere Theorie haben erbringen können.

Einen indirekten Beweis für unsere Auffassung gibt uns auch die Therapie, die sehr wohl die Dermatose endgültig heilt, nicht aber eine in einzelnen Fällen gleichzeitig bestehende innere Störung. Sollen beide Affektionen kausal miteinander zusammenhängen, so wäre zu erwarten, daß nach interner Beseitigung der Erscheinungen der Dermatose auch die Symptome der inneren Organerkrankung zum Verschwinden gebracht würden, und umgekehrt die Dermatose abheilt, wenn man die Erkrankung der inneren Organe beseitigte, Wechselbeziehungen, die man bei den sicher auf inneren Störungen beruhenden Dermatosen beobachtet.

Mehr nebenbei möchte ich zum Schlusse bei unserem Patienten auf eine interessante Erscheinung hinweisen, nämlich die, daß die Muskelatrophie nur ganz geringe Neigung zu einer Progredienz zeigt. 25 Jahre liegen zwischen beiden Beobachtungen, und nur wenig Muskeln mehr waren nach dieser Zeit atrophisch geworden. Der Patient war, wenn auch Gehen und Stehen etwas erschwert waren, noch völlig imstande, seinen Beruf als Gemeindevorsteher zu versehen.

Schliesslich sei noch die ganz enorme Entwicklung der Lichen ruber planus Plaques erwähnt.

Wir haben hier eine Abweichung des Lichen ruber planus, den Lichen ruber planus verrucosus, vor uns. Diese geradezu als Tumoren imponierenden Eruptionen verdanken ohne Zweifel ihre Mächtigkeit den Varizen. Infolge dieser Grösse und Derbheit der Effloreszenzen durfte man sich auch auf eine ausschliesslich interne Behandlung nicht einlassen; die Hautaffektion mußte in diesem Falle auch lokal angegriffen werden. Nachdem die derben und festen Massen durch Salizylseifenpflaster erweicht

worden waren, wurden sie mit Röntgenstrahlen behandelt. Diese Bestrahlung zeitigte einen ausgezeichneten therapeutischen Erfolg: nach einigen Wochen war die Involution der Effloreszenzen vollendet und die Dermatose geheilt.

III.

Während der Lichen ruber planus in den allermeisten Fällen in ausgesprochen subakuter oder chronischer Form auftritt, so gibt es doch Ausnahmen, in denen das Leiden ganz akut entsteht und auch weiterhin akut verläuft. Einer der ersten, der auf diese atypischen Formen aufmerksam gemacht hat, ist der englische Dermatologe Bulkley gewesen. Bulkley hat in einer dermatologischen Gesellschaft in London im Jahre 1876 eine Frau vorgestellt, bei der in akuter Weise an den Schultern und am Rücken ein Ausschlag aufgetreten war, der von Bulkley als ein akuter Lichen ruber planus angesprochen wurde. Er betont dann insbesondere, daß diese Form des Ausschlages nicht mit einem papulösem Ekzem oder mit dem Lichen scrophulosorum verwechselt werden dürfe, wie es bislang geschehen sei, sondern die Dermatose sei ein echter Lichen ruber planus, der sich nur durch seinen akuten Verlauf von dem gewöhnlichen unterscheide. Im Laufe der Zeit sind dann auch von anderen Autoren noch einige Fälle von akutem Lichen ruber planus beschrieben worden.

Es hat nicht nur ein wissenschaftliches Interesse, diese akuten Formen des Lichen ruber planus zu kennen, es ist auch von praktischer Bedeutung, die richtige Diagnose zu stellen, da ja von ihr die Therapie abhängt, die beim Lichen ruber planus — nach der Anschauung der Wiener Schule wenigstens — immer eine ganz bestimmte ist. Deshalb dürfte es zweckmäßig sein, an der Hand eines von uns beobachteten derartigen Falles eingehend die Differentialdiagnose des akuten Lichen ruber planus mit dem allein in Betracht kommenden Ekzema papulosum zu besprechen.

Es handelt sich um ein außerordentlich kräftiges Mädchen in den zwanziger Jahren, das mit der Angabe kommt, es leide

seit acht Tagen an einem äußerst stark juckenden Ausschlag, der innerhalb weniger Tage große Ausdehnung angenommen habe. Frühere Erkrankungen sollen nicht vorgekommen sein.

Bei der Inspektion ergibt sich, daß der Hals, der Rumpf, — hier ganz besonders an den seitlichen Partien, während die mittleren fast frei sind —, die Oberschenkel, weniger die Arme, verhältnismäßig dicht von einem ziemlich uniformen Exanthem besetzt sind, das aus klein- bis großstecknadelkopfgroßen rötlichen Knötchen zusammengesetzt ist. Die Knötchen sind von einer normalen Haut umgeben, fühlen sich derb an und zeigen eine leicht konische Oberfläche; beim Druck tritt an der Stelle der rötlichen eine mehr gelblich-bräunliche Farbe hervor. Neben diesen, in der Mehrzahl vorhandenen Effloreszenzen finden sich auch einzelne Knötchen, die eine deutlich plane Oberfläche, polygonale Umgrenzungslinien und wachsartigen Glanz zeigen. Die Schleimhäute sind frei.

Die Diagnose wird auf Lichen ruber planus acutus gestellt.

Die Behandlung besteht in Verabreichung von Arsen innerlich bis zu 20 Miligramm pro die und täglich zweimal vorgegenommenen Einfettungen mit der Unnaschen Salbe (Carbol Sublimat), neben gelegentlichen lauwarmen Bädern.

Unter dieser Behandlung tritt schon nach den ersten Tagen insofern eine Veränderung ein, als das Jucken an Heftigkeit abgenommen hat und die Knötchen nicht mehr gerötet aussehen. Im weiteren Verlaufe sinken die Knötchen immer mehr ein, bedecken sich zum Teil mit einer leichten Schuppe, die Knötchen an den unteren Extremitäten nehmen eine mehr livide Farbennuance an. Irgend eine andere Effloreszenzform, wie Bläschen, Pustel, Nässen usw., tritt nicht auf.

Nach fünf Wochen ist die Affektion so gut wie abgeheilt mit Hinterlassung kleiner Pigmentierungen. Ein Rezidiv ist bis jetzt, d. h. nach fünf Monaten, nicht aufgetreten.

Bei der ersten Untersuchung schwankte zunächst die Diagnose zwischen einem akuten papulösen Ekzem und einem Lichen ruber planus. Die Derbheit der Knötchen, die Uniformität der Effloreszenzart, ihre Unveränderlichkeit noch nach acht Tagen, die Anwesenheit einzelner typischer planer Lichenpapeln, das Fehlen akut entzündlicher Erscheinungen entschied zunächst für einen akuten Lichen ruber planus, wenn auch die Mehrzahl der

Effloreszenzen nicht die Charakteristika der gewöhnlichen Lichenpapel darbot.

Der Verlauf bestätigte die Diagnose noch weiter. Es wurden keine Zeichen beobachtet, die auf irgend eine andere Dermatose hinweisen konnten. Die Uniformität der Effloreszenzen beherrschte auch das regressive Stadium.

Eklatant war auch bei unserer Patientin die Wirkung des Arsens; die subjektiven Beschwerden milderten sich sofort und das Exanthem war innerhalb von nur fünf Wochen abgeheilt, so daß die Erkrankung akut, wie sie aufgetreten war, in gleicher Weise akut verlief und rasch abklang.

Das schnell in den ersten Tagen nachlassende Jucken muß man wohl auf die Wirkung der Unnaschen Salbe zurückführen; das weitere schnelle Zurückgehen jedoch der Knötchen selbst ist wohl als eine spezifische Wirkung des Arsens anzusehen, zumal da die Arsendosen sehr schnell zu einer beträchtlichen Höhe gesteigert werden konnten. Jedoch selbst wenn die Therapie nicht den prompten Erfolg gehabt hätte und eine Involution der Knötchen längere Zeit auf sich hätte warten lassen, so hätte trotzdem gleich in der ersten Zeit der Behandlung die Diagnose Ekzema papulosum ausgeschlossen werden müssen, da die gewiß nicht indifferente Salbe und insonderheit das Arsen, vor dessen Darreichung im akuten Stadium des Ekzems stets gewarnt wird, den Prozeß stark hätte aufflackern lassen und das Verlassen der eingeschlagenen Therapie indiziert hätte.

Bezüglich des Verlaufs des Lichen ruber planus acutus sei noch erwähnt, daß das rasche Abklingen des Prozesses bei unserer Patientin durchaus nicht die Regel ist; meist verläuft trotz ganz akuten Beginns der Lichen ruber planus späterhin chronisch wie die gewöhnliche Form und heilt erst völlig nach einigen Monaten ab.

IV.

In jüngster Zeit ist von Roscher „ein Fall von Lichen ruber planus verrucosus mit atypischem Verlauf“ beschrieben worden, der sich dadurch auszeichnete, daß der Lichen unter dem Bilde

einer papulösen Dermatoze mit ausnehmend starkem Nässen begann und auch längere Zeit in dieser Weise weiter verlief.

Diese Hautaffektion bei einem neunundvierzigjährigen, sonst völlig gesunden Ziegelfbrenner bot kurz folgende Erscheinungen dar:

Am rechten Unterschenkel fanden sich zwei stark gewucherte, derb infiltrierte Plaques, die mit dicken braunen Borken belegt waren, und an denen Einzeleffloreszenzen nicht unterschieden werden konnten. Am übrigen Teile des Unterschenkels, ebenso wie an verschiedenen anderen Körperstellen, waren nässende Ekzeme vorhanden. Acht Tage nach der Aufnahme in die Klinik trat an der Hinterseite des rechten Oberschenkels eine frische Eruption stecknadelkopfgroßer roter Knötchen hervor.

Da der Ausschlag nichts Charakteristisches bot, wurde die Diagnose „lichenoide Hautaffektion“ gestellt; auf dem zu dieser Zeit in Berlin stattfindenden internationalen Dermatologenkongress hingegen, bei dem der Kranke vorgestellt wurde, wurde von den meisten Teilnehmern das Leiden als eine Mykosis fungoides angesprochen, und das Ekzem selbst als eine Dermatitis praemykotica aufgefasst.

Im weiteren Verlaufe hörte allmählich das Nässen auf und das Ekzem heilte ab.

Die Knötchen am Oberschenkel jedoch hatten sich weiter ausgebildet und die infiltrierte Platte am rechten Unterschenkel waren in immer mehr einzelne Papeln zerfallen. Die warzigen Gebilde wurden trocken und bildeten sich allmählich unter Röntgenbehandlung zurück. Nach diesem Verlaufe wurde nun die Diagnose Lichen ruber planus verrucosus gestellt, die auch durch die histologische Untersuchung bestätigt wurde.

Nach fünfmonatlichem Aufenthalte verlief Patient gebessert die Klinik.

Die Therapie bestand in der typischen Lichenbehandlung und viermaliger Röntgenbestrahlung.

Roscher hält diesen Fall für ungemein selten, er kann aus der Literatur nur einen einzigen, von Jadassohn mitgeteilten Fall in Parallele zu dem seinen setzen; bei diesem wurde ebenfalls ein Lichen ruber planus ganz durch ein akutes Ekzem verdeckt.

Diesen beiden erwähnten Fällen möchte ich jetzt einen Fall anreihen, der in unserer Beobachtung stand.

Zuerst die Krankengeschichte:

Der Patient ist ein kräftiger, gut genährter Mann.

An den oberen und unteren Extremitäten und in der Kreuzbeingegend finden sich mehr minder große, bis zwei flachhandgroße Herde, in deren Bereich die Haut mit gelblich-bräunlichen Borken belegt ist; an einzelnen Stellen ist die nächste Umgebung dieser Herde auf etwa 2—3 mm von einer derb infiltrierten, leicht bläulichen Zone umsäumt. An den borkenfreien Stellen der Herde zeigt die Oberfläche rote Farbe, der zum Teil eine deutlich livide Nuance beigemischt ist. Dieser livide Farbenton ist nicht nur an den Herden der Unterextremitäten, sondern in gleichem Maße an den übrigen Teilen des Körpers vorhanden.

Die beiden Ohren sind mäßig gerötet, teils schuppen, teils nässen sie.

Am Penis bestehen kleine rötliche Infiltrationsherde.

Die Beschwerden bestehen in starkem Jucken.

Therapie: Umschläge von essigsaurer Tonerde, nach Abfall der Borken wird zunächst eine Tumenol-, später eine Teerzinkpaste angewandt.

Unter weiterer Beobachtung heilt die Ohrenaffektion zwar schnell ab; doch stellen sich an den Beugeseiten der Handgelenke Licheneffloreszenzen ein; zu gleicher Zeit kommt nach Aufhören der akut-entzündlichen Erscheinungen (Borkenbildung, starke Rötung) an den vorher borkig belegten Stellen ein Infiltrat zum Vorschein, das eigenartig verfärbt ist.

Die Diagnose wird jetzt auf einen Lichen ruber planus gestellt; es wird die Lichentherapie, bestehend in Verabreichung asiatischer Pillen und örtlicher Anwendung der Unnaschen Salbe, eingeleitet.

Da aber im weiteren Verlaufe die Rückbildung außerordentlich langsam ist, so wird zur Arseninjektion geschritten; die Salbe wird ersetzt durch Quecksilberpflastermull. Wegen Varizenbildung werden die unteren Extremitäten mit Benderschen Binden gewickelt.

Nachdem Patient längere Zeit tägliche Arseninjektionen bekommen hat, treten an verschiedenen Körperstellen ekzemartige Eruptionen auf, die jedoch nicht die Lichenherde befallen. Die Arseninjektionen werden infolgedessen ausgesetzt, das Quecksilberpflaster aber weiter gegeben.

Das Ekzem heilt unter Tumenol-Trockenpinslung sehr schnell ab; auch die Licheneffloreszenzen sind bald darauf mit zum Teil starker Pigmentierung abgeheilt.

Unser Patient bietet also im wesentlichen das gleiche Krankheitsbild wie der Roschersche Fall; nur mit dem Unterschiede, daß es sich bei diesem um einen Lichen ruber planus verrucosus, bei uns um einen einfachen Fall von Lichen ruber planus handelt.

Nach der ersten Untersuchung imponierte das Bild zunächst in der Hauptsache als ein nässendes, borkiges Ekzem.

Allerdings hatten wir gleich im Anfang an die Möglichkeit eines versteckten Lichen gedacht, weil eine Infiltrationszone von oben geschilderter Beschaffenheit, die einzelne Teile der Borkenherde umgrenzte, vorhanden war.

Während der Behandlung traten dann wirkliche typische Lichenknötchen auf, an Stellen, an denen irgendwelche Veränderungen vorher nicht bemerkt waren, und zwar an den Beuge-seiten der Handgelenke.

Wie sollen wir nun den Fall deuten?

Ganz allgemein kann man sagen, daß wir es bei unserem Patienten mit einer Kombination von einem Lichen ruber planus mit einem Ekzem zu tun haben. Wir finden im Krankheitsbilde rein ekzematöse Partien neben solchen, wo unter einer ekzematösen Oberfläche der Lichen bereits entwickelt war. Hinsichtlich der Genese der letzteren Herde kann man im Zweifel sein, ob das Ekzem oder die Licheninfiltration das Primäre gewesen ist, das heißt, ob wir es mit einem ekzematösen Prodromalstadium oder mit einer sekundär ekzematösen Veränderung der Lichenherde zu tun gehabt haben. Beobachtungen hierüber konnten wir nicht anstellen, ebensowenig waren die anamnestischen Angaben des Patienten zu verwerten.

Für ein ekzematöses Prodromalstadium mit nachträglicher Lichenentwicklung sprechen die reinen Ekzemherde an den übrigen Teilen des Körpers. Ausdrücklich sei an dieser Stelle hervor-

gehoben, daß Patient vor unserer Untersuchung kein Arsen genommen hatte.

Die praktische Bedeutung dieser Fälle beruht darauf, daß die Diagnose Schwierigkeiten bereitet und deshalb in Verkenntung des Prozesses die Therapie oft eine nicht spezifische ist.

Fehlen typische Licheneffloreszenzen im Krankheitsbilde, wie es zeitweise der Fall sein kann, so ist eine sichere Diagnose zunächst nicht zu stellen. Differentialdiagnostisch kommt unseres Erachtens neben dem Lichen ruber planus nur noch die Mykosis fungoides in Betracht. Entscheidung für eine dieser beiden Dermatosen liefert der Verlauf und die histologische Untersuchung.

Im übrigen möchten wir uns der Ansicht Neubergers anschließen, daß die Lichenfälle, die teilweise unter dem Bilde eines Ekzems sich einleiten und auch eine Zeitlang so weiter verlaufen, nicht so selten sind, wie man im allgemeinen annimmt.

Zum Schlusse sei noch auf die günstige Wirkung des von den Franzosen empfohlenen Quecksilberpflastermulls bei unserem Patienten hingewiesen; unter der lokalen Anwendung dieses Pflasters bildeten sich die derben Infiltrationen in der Haut sehr gut zurück.

Literatur.

- Besnier, L. Brocq, L. Jacquet, La Pratique Dermatologique. Paris 1901.
- Bulkley, Akuter Lichen. Arch. of Dermat. II, 4. 1876.
- Cloetta-Filehne, Lehrbuch der Arzneimittellehre und Arzneiverordnungslehre. 10. Auflage. 1901.
- Eichhoff, P., Behandlung des Lichen, aus Penzoldt-Stintzing, Handbuch der Therapie. VII. 3. Auflage. 1903.
- Hamburger, R., Die Therapie des Lichen ruber mit besonderer Berücksichtigung seiner Arsenbehandlung. Inaugural-Diss. Straßburg 1895.
- Harwaday, The question of the value of arsenic in diseases of the skin. Ref. Arch. f. Dermat. 1886. XVIII. pag. 866, 867.
- Heller, Kann Lichen ruber planus eine Unfallfolge sein? Mediz. Klinik 1907. Nr. 7.
- Herxheimer, Zur Behandlung des Lichen ruber planus. Ref. Arch. f. Dermat. 1889. XXI. pag. 103.
- Jarisch, A., Die Hautkrankheiten. 1901. Bd. XXIV. 1. Teil der speziellen Pathologie und Therapie, herausgegeben von Nothnagel.
- Joseph, M., Lehrbuch der Hautkrankheiten. 4. Auflage. 1902.
- Kaposi, M., Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. 5. Auflage. 1899.
- Kionka, H., Grundriß der Toxikologie mit besonderer Berücksichtigung der klinischen Therapie. 1901.
- Lesser, E., Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. 1. Teil. 11. Auflage. 1904.
- Mader, Ausgedehnte Atrophia muscularis, kombiniert mit Lichen ruber universalis. Wiener medicin. Blätter. VII. 1884.
- Morris, M., Diseases of the skin. London 1872.
- Morris, M., The treatment of generalized lichen planus by biniodide of Mercury Ref. Arch. f. Dermat. u. Syphilis 1897. XLI. pag. 298.
- Morris, M., The British Journal of dermat.; dec. 1900. pag. 439.
- Moritz, Fr., Die Krankheiten der peripheren Nerven, des Rückenmarkes und des Gehirns. Lehrbuch der inneren Medizin, herausgegeben von v. Mering. 3. Auflage. 1905.

- Neisser u. Jadassohn, Krankheiten der Haut, im Handbuch der prakt. Medizin. Herausgegeben von Ebstein u. Schwalbe. III. Bd. 2. Teil. 1901.
- Riecke, E., Lichen ruber, in Mraček, Handbuch der Hautkrankheiten. Bd. 2. Wien 1905.
- Roscher, Ein Fall von Lichen ruber planus verrucosus mit atypischem Verlauf. Charité-Annalen. XXIX. Jahrgang.
- Seifert, Beitrag zur Therapie des Lichen ruber planus. Arch. f. Dermat. u. Syphilis. LXXX, 2. 1906.
- Taylor, On the value of arsenic in the treatment of diseases in the skin. Ref. Arch. f. Dermat. 1887. XIX. pag. 549.
- Unna, Über Heilung des Lichen ruber ohne Arsenik. Arch. f. Dermat. 1882. XIV.
- Vörner, Zur Therapie des Lichen ruber. Arch. f. Dermat. u. Syphilis. LXXXII, 3. 1907.
- v. Zeiszl, Lichenin, „Die deutsche Klinik“, herausgegeben von E. v. Leyden. X, 2.

Lebenslauf.

Ich wurde am 19. August 1882 als ältester Sohn des praktischen Zahnarztes Joh. Dunzelt in Dresden geboren. Von Ostern 1889 besuchte ich die 1. Bürgerschule meiner Vaterstadt und trat Ostern 1893 in die Sexta des Gymnasium „zum heiligen Kreuz“ in Dresden ein, das ich Ostern 1902 mit dem Reifezeugnis verließ. Ich wandte mich darauf dem Studium der Medizin zu und ging zunächst im Sommer 1902 nach Heidelberg, im folgenden Wintersemester nach Berlin. Von Ostern 1903 studierte ich in Leipzig und bestand hier im Juli 1904 die ärztliche Vorprüfung. Vom 1. Oktober 1904 bis 31. März 1905 genötigte ich den ersten Teile meiner Militärpflicht als Einjährig-Freiwilliger beim 8. sächsischen Infanterie-Regiment „Prinz Johann Georg“ Nr. 107. Ostern 1905 nahm ich meine Studien wieder auf, und zwar in diesem Sommersemester in Leipzig; von Oktober 1905 endlich studierte ich in Jena und bestand hier Anfang Mai 1907 die ärztliche Prüfung.

Während meiner Studienzeit besuchte ich die Vorlesungen und Kurse folgender Herren Professoren und Dozenten:

v. Bardeleben, Beckmann, Binswanger, Boehm, Chun, Curschmann, K. Fischer, Franz, Füth, Gärtner, Garten, D. Gerhardt, Giese, Glockner, Göppert, Grober, Gumprecht, Heinecke, Held, Hering, Hertel, Hirsch, W. Ilis, Jacobsthal, Kessel, Kionka, Krafft, Lommel, Marchand, W. Müller, Pfitzer, Gg. Quincke, Riedel, Rolly, Röpke, F. E. Schulze, Siegfried, Spalteholz, Spiethoff, Stintzing, H. Thode, Wagenmann, Waldeyer, Warburg, Wiener, Wilms, Woltereck.

Jena, den 6. Mai 1907.

Hans Dunzelt.



15864