

auf diese Weise ohne Benachteiligung der Patientin mit dem obersten Grundsatz aller ärztlichen Tätigkeit am wenigsten in Konflikt zu kommen. Er heißt noch immer *Primum nil nocere*.

Aus der dermatologischen Klinik in Basel. (Vorsteher: Prof. *Lewandowsky*.)

Ueber rosaceaähnliche Tuberkulide des Gesichtes.

Von F. *Lewandowsky*.

Auf eine Hautaffektion, die vielleicht schon der eine oder andere gelegentlich in seiner Sprechstunde gesehen hat, die mir aber bisher nicht sonderlich beachtet worden zu sein scheint, möchte ich die Aufmerksamkeit der Aerzte lenken. Als Beispiel diene folgende Krankengeschichte:

Erl. K., 30 Jahr alt, sucht am 16. Juli 1917 die Poliklinik auf wegen eines Hautleidens im Gesicht, das auf der Stirn bereits im vorigen Sommer, auf den Wangen erst in diesem Jahre aufgetreten ist.

Die Affektion macht nicht nur durch ihre Lokalisation auf Stirn und Wangen — die Nase ist nur wenig befallen — sondern auch durch den bläulich-rötlichen Farbenton auf den ersten Blick ganz den Eindruck einer Rosacea. Es finden sich auch auf den Wangen einzelne kleine Teleangiektasien, doch treten diese lange nicht so stark hervor wie bei den gewöhnlichen Rosaceafällen; vielmehr handelt es sich um eine diffuse Hyperämie der befallenen Gegenden. Bei näherer Betrachtung zeigt es sich nun, daß die erkrankten Partien übersät sind mit zahllosen Einzeleffloreszenzen, von denen die meisten kaum Stecknadelkopfgroße haben und nur einzelne etwa Hanfkorngröße erreichen. Die Effloreszenzen liegen teils im Niveau der Haut, teils überragen sie dasselbe um ein Geringes. Sie sind auf der Wange von bläulich-roter, auf der Stirn mehr von bräunlich-roter Farbe. Beseitigt man die Hyperämie durch Glasdruck, so bleiben an Stelle der Krankheitsherde feinste gelb-bräunliche Fleckchen zurück. Auch ohne Glasdruck zeigen die größeren Effloreszenzen zum Teil eine gelbliche Veränderung der Mitte gegenüber der rötlichen Randzone; ganz vereinzelt findet sich an den größten Herden der Beginn einer zentralen Pustelbildung. Die Hautoberfläche im Ganzen ist nicht verändert, nicht schuppig; streicht man mit der Fingerkuppe über die befallenen Flächen, so hat man das Gefühl zahlloser kleinster Unebenheiten; eine stärkere derbe Infiltration läßt sich dagegen nur an den vereinzelt größeren Effloreszenzen nachweisen.

Die Haut des übrigen Körpers ist vollkommen normal. Auch sonst bestehen keine Gesundheitsstörungen. Die Patientin weist eine rechts konvexe Kyphoskoliose auf, die im Alter von 6—9 Jahren entstanden ist. Ferner hat sie als Kind Augenentzündungen durchgemacht. In der Familienanamnese finden sich keine Anhaltspunkte für Tuberkulose.

Zur Vornahme einer mikroskopischen Untersuchung wird von der Stirn ein kleines Hautstückchen, enthaltend vier Knötchen, exzidiert. Fixierung und Härtung in absolutem Alkohol, Paraffineinbettung, Serienschritte. Färbung mit Hämatoxylin-Eosin, nach *van Gieson*, nach *Unna-Pappenheim*, *Unna-Tänzer* und nach *Ziehl* auf Tuberkelbazillen.

Histologischer Befund: Es finden sich kleine, sehr scharf abgesetzte Infiltrate unmittelbar unter dem Epithel, das obere bis mittlere Drittel der Cutis einnehmend. Sie bestehen überwiegend aus Epithelioidzellen und (zumal in den zentralen Partien) großen Riesenzellen, von denen viele ausgesprochen *Langhans'schen* Typus zeigen. Lymphocyten sind innerhalb des Knötchens nur spärlich, dagegen reichlich am Rande und besonders an der untern Grenze des Infiltrates wallartig angehäuft. Zwischen ihnen finden sich mäßig reichliche

Plasmazellen. Das Epithel ist über den Knötchen abgeflacht, zum Teil nur aus zwei bis drei Lagen platter Zellen bestehend; die Papillen sind verstrichen. In Zentrum von einem Knötchen findet sich ein intakter Haarfollikel mit stark erweitertem hyperkeratotischem Ausgang, zwei andere sind um Schweißdrüsenausführungsgänge gelegen. Elastische Fasern fehlen innerhalb des Knötchens vollständig; außerhalb der Infiltrate finden sie sich unter dem Epithel zu groben Geflechten und Klumpen zusammengeballt (kolloide Degeneration). Kollagenes Gewebe ist innerhalb der Infiltrate nur in ganz vereinzelt Resten vorhanden; einzelne kleine Gefäße lassen sich vom Rand her bis in das Knötchen verfolgen. Tuberkelbazillen waren nicht nachzuweisen.

Mit Rücksicht auf diesen histologischen und klinischen Befund wurde die *Pirquet*-Reaktion angestellt, die stark positiv ausfiel. Die *Moro'sche* Salbenreaktion gab auf der normalen Haut des linken Vorderarms ein schwach positives Resultat, ein starkes dagegen auf der erkrankten Stirnhaut. Die einzelnen Effloreszenzen traten 24 Stunden nach der Salbeneinreibung stark hervor, sind intensiv rot und fast etwas urtikariell verändert. Die Kontrolleinreibung mit gewöhnlicher Lanolinsalbe erzeugt auf der erkrankten Haut keine Reaktion.

Bei der Erörterung über die *Diagnose* des Falles kann man zunächst eine gewöhnliche *Rosacea* ausschließen. Dazu stimmt schon aus der Vorgeschichte nicht das ziemlich plötzliche Auftreten bei einer relativ jungen Patientin, noch weniger der klinische und am wenigsten der histologische Befund. Zwar kommen wohl auch bei *Rosacea* gelegentlich einmal tuberkuloide Bildungen vor, aber dann nur in alten infiltrierten Herden und nicht in so typischer Tuberkelanordnung.

Der histologische Befund zusammen mit dem Ausfall der Tuberkulinreaktionen läßt vielmehr auf ein Leiden *tuberkulösen* Ursprungs schließen.

Von bekannten Krankheitsbildern kommen hier *Lupus miliaris faciei* und die kleinknotig-disseminierte Form der *Brock'schen Sarkoide* in Betracht. Aber mit keinem von beiden will sich der eben beschriebene Fall ganz decken. Die Einzeleffloreszenz des *Lupus miliaris* ist größer, lupusähnlicher und überhaupt schärfer charakterisiert; ferner fehlen im histologischen Bild unseres Falles die zentralen Nekrosen, was allerdings daran liegen kann, daß nur ganz frische Knötchen zur Untersuchung kamen. Klinisch scheinen die Veränderungen des Zentrums in den größeren Knötchen auf beginnende Nekrosen hinzuweisen. Gegen Sarkoide spricht das histologische Bild, vor allem der Lymphocytenreichtum in der Randzone der Knötchen. Von beiden Affektionen unterscheidet sich unser Fall schließlich durch den stark positiven Ausfall der lokalen und allgemeinen Tuberkulinreaktion. Nach den neueren Mitteilungen von *Sadassohn* kann man darin fast ein Moment gegen die Diagnose Sarkoide erblicken, ohne allerdings deswegen gegen die tuberkulöse Ätiologie gerade dieser Krankheit etwas aussagen zu können.

Es bleibt also nichts übrig als diesen Fall und ähnliche ganz allgemein in die große Gruppe der *papulösen, resp. papulonekrotischen Tuberkulide* einzuordnen. Hier wieder stellen sie nach der Art der Einzelelemente sowie der Lokalisation einen *besonderen Typus* dar, der aber, soviel ich weiß, als solcher bisher kaum besonders hervorgehoben worden ist.

Nur *Blaschko* hat einmal in der Berliner dermat. Gesellschaft (8. Juni 1909) drei ähnliche Fälle vorgestellt. *Arndt*, der auch solche Fälle gesehen hat, hat sie auf Grund des histologischen Befundes zum *Lupus miliaris* rechnen wollen. Ich möchte mich aber lieber *Blaschko* anschließen, der sich damals schon unter Hervorhebung der Ähnlichkeit mit *Rosacea* für eine besondere Form von Tuberkuliden aussprach. Vielleicht hat auch schon *Kaposi* unter seiner „*Acne teleangiectodes*“ ähnliche Dinge verstanden.

Wenn man darauf achtet, so scheinen diese Fälle gar nicht so selten zu sein. Jedenfalls habe ich während des letzten Jahres meiner Hamburger Tätigkeit zwei klinisch und histologisch fast identische Fälle beobachtet, von denen ich leider das Material augenblicklich nicht zur Verfügung habe. In beiden Fällen handelte es sich um Frauen von 20—30 Jahren, deren Hautleiden auf den ersten Blick eine Rosacea vortäuschte. Von der Rosacea aber unterscheidet sich die Affektion durch das Vorhandensein zahlreicher kleinster Einzelfloreszenzen, die durch den bräunlichen Farbenton und das charakteristische Verhalten bei Glasdruck den Eindruck von „Granulomen“ machen. Sicher gibt es Fälle, wo die klinische Differenzierung von der Rosacea schwierig, ja unmöglich sein kann und wo nur die histologische Untersuchung die Entscheidung bringt. Aber es genügt dafür eine so kleine Probeexzision, daß sie wohl immer zu erreichen ist. Jedenfalls dürfte es sich lohnen, die Fälle von „Rosacea“, die sich nicht ganz in das gewöhnliche Bild dieser Krankheit fügen wollen, noch einmal genauer auf die Möglichkeit einer Tuberkulose anzusehen. Für die Therapie ist das sicher nicht gleichgültig, denn es ist nicht anzunehmen, daß die Tuberkulidfälle auf eine externe Behandlung so gut reagieren wie so viele Fälle von Rosacea. Vielmehr wird hier die allgemeine Behandlung der Tuberkulide, also Tuberkulin, Arsen, eventl. auch Röntgenbestrahlung in ihr Recht treten.

Aus der dermatologischen Klinik in Basel. (Vorsteher: Prof. *Lewandowsky*.)

Zur Kenntnis des chronischen Rotzes beim Menschen.

Von Privatdozent Dr. W. Lutz.

Vor zwei Jahren veröffentlichte ich im Arch. f. Dermatol. (Bd. 121, H. 4) einen eigentümlichen Krankheitsfall unter der Ueberschrift: Hämorrhagisches, papulo-bullöses und ulzeröses Exanthem, verursacht durch hämatogene Infektion mit gramnegativen Bazillen. Da die Beobachtung dieses Falles jetzt durch den inzwischen erfolgten Tod der Patientin zum Abschluß gelangt ist, verlohnt es sich, noch einmal darauf zurückzukommen, zumal der Gesamtverlauf jetzt andere Schlüsse zuläßt, als sie damals gezogen werden konnten. Dazu ist es notwendig den Inhalt jener ersten Publikation zunächst kurz zu wiederholen.

Eine 42jährige Frau erkrankt im Mai 1913 mit einer Hautaffektion am linken Zeigefinger, die zuerst sich als braunrote Verfärbung darstellte, aus welcher sich dann weiter ein Geschwür entwickelte. Im Verlauf der nächsten Jahre treten auf der Haut des ganzen Körpers schubweise Krankheitsherde auf neben geschwürigen Erscheinungen auf den Schleimhäuten der Nase, des Mundes und der Genitalien. Die einzelnen Hautherde beginnen als rote Flecken oder ganz flache Papeln, werden hämorrhagisch, während sie sich rasch vergrößern und können nun unter Hinterlassung eines braunen Pigmentfleckes zur Abheilung kommen, oder häufiger sich im Zentrum blasig umwandeln und dann sehr rasch geschwürig zerfallen. Diese Geschwüre können sich sowohl in der Fläche als auch in der Tiefe bedeutend ausdehnen und dadurch sowie durch Konfluenz Handtellergröße erreichen. Sie haben nekrotischen Charakter, sind schwierig belegt, kraterförmig mit wallartigem Randinfiltrat. Die Heilung dieser Geschwüre geht ohne therapeutisches Eingreifen nur sehr langsam von Statten. An ihrer Stelle bleiben Narben teilweise von keloidähnlicher Beschaffenheit zurück. Das Allgemeinbefinden war außer zeitweilig vorhandenen subfebrilen Temperaturen wenig gestört. Bemerkenswert waren schmerzhaft Gelenkschwellungen, die mehrfach zugleich mit neuen Schüben von Hauteffloreszenzen auftraten.