

Aus der Klinik für Syphilidologie und Dermatologie in Wien.  
(Vorstand: Prof. Finger.)

---

## Beitrag zur Kenntnis des Lichen nitidus (Pinkus).

Von

**Dr. Josef Kyrle,**  
Assistent der Klinik.

und

**Dr. J. E. R. Mc. Donagh,**  
London,  
z. Z. Hospitant an der Klinik.

(Hiezu Taf. III.)

---

Pinkus hat in der Festschrift für Neisser über eine knötchenförmige Hauteruption berichtet, die er mit dem Namen Lichen nitidus belegt hat. Er will damit ein Krankheitsbild kennzeichnen, das sich ihm in 9 Fällen präsentiert hat und das sich klinisch durch „dicht nebeneinander angeordnete, gleichmäßige, stecknadelkopfgroße, flache, rundliche oder polygonal begrenzte Knötchen, welche flach hervorragen und scharf von der Umgebung abgesetzt sind, in ihrer Farbe von der umgebenden Haut nicht differieren“, kennzeichnet. Histologisch handelt es sich dabei um ein Granulom, das einem Tuberkel vollkommen gleicht und der Epidermis, die eigentümlich verändert ist, außerordentlich innig anliegt. Hierbei fehlen entzündliche Veränderungen in der Cutis vollkommen. Die Eruption wurde ausschließlich bei Männern beobachtet mit einer Lieblingslokalisation am Penis; in einzelnen Fällen fanden sich auch Effloreszenzen am Bauch, Brust und Armen, doch durchwegs recht spärlich.

In der letzten Zeit hatten wir zufällig Gelegenheit, an der Klinik bei einer Patientin, die wegen Bartholinitis in Behandlung stand, ein Krankheitsbild zu beobachten, welches

offenbar in diese Gruppe gerechnet werden muß. Es weist in klinischer Beziehung bedeutende Differenzen gegenüber den Fällen von Pinkus auf, und erscheint vielleicht gerade im Hinblick hierauf im Vergleiche mit diesen geeignet, unsere Kenntnis von dieser Krankheitsform wesentlich zu erweitern.

Im folgenden sei die Krankengeschichte des Falles wiedergegeben:

Am 30. Juni 1908 wurde unter Journal Nr. 18.302 die 18jährige Hilfsarbeiterin J. K. mit der Diagnose Bartholinitis dextra acuta iam sponte apperta cum oedemate labii majoris et minoris aufgenommen.

Die Patientin zeigte als zufälligen Befund ein knötchenförmiges Exanthem ohne jeden entzündlichen Charakter, welches fast über den ganzen Körper disseminiert war und folgende charakteristische Merkmale darbot: Was zunächst die Lokalisation des Exanthems anlangt, so wäre zu erwähnen, daß vor allem die Beugeflächen der Gelenke betroffen sind, die Handgelenke, die Fossa cubiti, die Achselhöhle und vordere Achselfalte, die Leistengegend, Genitokruralfalte, Fossa poplitea, beide Malleolargegenden. Es sei gleich bemerkt, daß die später zu beschreibenden Knötchen hier außerordentlich dicht angeordnet sind. Außer diesen Prädilektionsstellen findet man dieselben noch um den Hals, am Thorax, hauptsächlich an den seitlichen Partien desselben bis zur Höhe der Mamilla, ferner an der Haut des ganzen Bauches mit Ausnahme einer Zone von 3—4 cm um den Nabel herum. Auch die Haut der Schamlippen ist von solchen Knötchen besetzt. An den Extremitäten findet man neben den schon früher erwähnten vorzüglich betroffenen Stellen auch noch Knötchen unregelmäßig in die Haut hauptsächlich der Beugeflächen eingestreut, in der hinteren Schweißrinne bis zum VIII. Halswirbel und in der Gegend des Kreuzbeines werden gleichfalls solche Knötchen angetroffen. Die Kopfhaut ist vollkommen frei, desgleichen beide Hand- und Fußflächen.

Was nun das Aussehen der einzelnen Knötchen betrifft, so zeigt sich, daß es sich dabei durchwegs um gleich große und zwar stecknadelkopfgroße Effloreszenzen handelt, welche, von gleicher Farbe wie die normale Haut, nur wenig über das Niveau derselben hervorragen. Sie zeigen durchwegs einen wachsartigen matten Glanz und erscheinen gelegentlich polygonal begrenzt; in der Hauptsache hat man es aber wohl mit rundlich begrenzten Formen zu tun. Einzelne der Knötchen machen den Eindruck des zentral leicht gedellten, die Mehrzahl aber ist flach, einzelne von konischer Form. Bei der Palpation zeigen sie sich ziemlich konsistent und dort, wo sie, wie oben erwähnt, am zahlreichsten sind, vorzüglich an den Beugeflächen, aber auch an den seitlichen Thoraxpartien und in der Bauchgegend, wo sie zu größeren Gruppen zusammentreten, entsteht in solchen Hautbezirken dadurch ein ganz eigenartiges Bild; hier ist von der normalen Haut fast gar nichts mehr

erübrigt; Knötchen liegt neben Knötchen, was beim Darüberstreichen mit der Hand den Eindruck des Geriffen hervorruft. An solchen Stellen ist auch die Farbe eine wesentlich andere. Hier trifft man im Bereiche des ganzen Hautareales eine eigentümlich rotbraune mit violett vermischte Färbungszone an, die sich am ehesten vielleicht mit jener, die wir bei *Cutis marmorata* zu sehen gewohnt sind, vergleichen läßt.

An den Gelenksbeugen grenzen sich diese durch Konfluenz der Knötchen entstandenen größeren Plaques oft recht scharf gegen die angrenzende, von Knötchen freie Haut ab.

Schuppung im eigentlichen Sinne des Wortes zeigen die Effloreszenzen wohl nicht: man gewinnt jedoch gelegentlich den Eindruck, daß beim Darüberwischen mit der Hand Hornlamellen abgestreift werden können, aber eine Ausbildung von Hornschuppen, wie wir sie sonst bei schuppenden Hauterkrankungen antreffen, kann nicht konstatiert werden. Krusten- und Borkenbildung an der Kuppe der Effloreszenzen als Ausdruck eines bestehenden Juckreizes ist nicht zu sehen.

Drüenschwellungen irgendwelcher Form waren nirgends nachweisbar. Die Untersuchung der inneren Organe zeigte durchaus normale Verhältnisse.

Anamnestisch ließ sich erheben, daß dieses knötchenförmige Exanthem, soweit das Erinnerungsvermögen der Patientin zurückreicht, unverändert besteht. Rückbildung oder intensivere Nachschübe waren ihr bisher niemals aufgefallen.

Am 4. Juli wurde der Patientin, da das Exanthem doch etwas an Lichen scrophulosorum erinnerte, eine Injektion von 1 mg Kochs Alttuberkulin gemacht, worauf Temperatursteigerungen bis höchstens 38,3 auftraten; von einer lokalen Reaktion, im Sinne einer Rötung und eines deutlicheren Hervortretens der knötchenförmigen Effloreszenzen war nichts zu bemerken.

Behufs genauer Untersuchung wurde der Patientin ein reichlich mit Knötchen besetztes Hautstückchen unter der rechten Mamma excidiert; ein kleines Stückchen davon wurde einem Meerschweinchen intraperitoneal verimpft; der Rest zu histologischen Zwecken nach Fixierung und Härtung in Alkohol steigender Konzentration in Paraffin eingebettet. Die Schnitte wurden nach den gewöhnlichen Methoden gefärbt.

Es soll nun gleich eine genaue histologische Schilderung der soeben beschriebenen klinischen Veränderungen folgen:

Die Haut zeigt zunächst in der ganzen Erstreckung, soweit nicht die im späteren zu beschreibenden Veränderungen, welche für die knötchenförmigen Effloreszenzen charakteristisch sind, angetroffen werden, nichts pathologisches. Die Epidermis ist vielleicht stellenweise in der Basalzellschicht etwas stärker

pigmentiert. Hierbei handelt es sich um feines, körnchenförmiges Pigment, welches die Zellen erfüllt. In dem den untersten Epidermisschichten anliegenden Papillarkörper wurden keine Pigmentzellen, etwa im Sinne von Melanoblasten, angetroffen. Die Epidermis weist im übrigen einen normalen Bau auf, ist in ihren Schichten durchaus voll entwickelt; von einem abnormen Verhornungsprozeß ist nichts zu konstatieren.

Der Papillarkörper ist ganz normal entwickelt, mit entsprechend ausgebildeten Zapfen versehen. Die Gefäße in demselben durchaus normal, nirgends Wandverdickungen, gelegentlich um sie herum Rundzellen, doch nicht so, daß vielleicht ganze mantelförmige Bildungen entstehen würden, sondern nur spärlich angeordnete Zellen.

Cutis und Subcutis verraten nichts abnormes.

Dieses also eigentlich von dem normalen histologischen recht wenig abweichende Bild erfährt nun stellenweise eine ganz beträchtliche Veränderung durch die folgenden pathologischen Erscheinungen:

Man sieht teils nebeneinander liegende, teils weiter von einander entfernte, recht scharf begrenzte Zellverbände mit folgenden Charakteristicis: es handelt sich um Zellhaufen, die fast durchwegs aus epitheloiden Zellen mit großen bläschenförmigen, wenig tingierten Kern bestehen, die neben denselben recht spärlich Rundzellen vom Typus der mononucleären Leukocyten erkennen lassen, nämlich Zellen mit außerordentlich stark gefärbtem Kern und wenig Protoplasma. Hierbei ist die Anordnung dieser zwei Zellformen nicht etwa so, daß die leukocytären Elemente an der Peripherie, die epitheloiden im Zentrum der Formation zu treffen sind, sondern es läßt sich hierin kein Typus erkennen, sie liegen zwischen den epitheloiden Rundzellen eingestreut, nur sind die epitheloiden numerisch weitaus in der Überzahl. Neben diesen beschriebenen Zellformen sind, u. zw. ziemlich reichlich Riesenzellen vom Typus der Langhanschen Riesenzellen zu beobachten. Dieselben liegen stets in den zentralen Anteilen dieser Zellansammlungen. Zu erwähnen ist noch, daß diese junge Gewebsbildung durchwegs stark ödematös durchtränkt erscheint, wenigstens in deren peripheren Anteilen sind die aufbauenden Zellelemente oft ziem-

lich weit auseinander gedrängt, zwischen sich geronnene Ödemmassen einschließend. Von Verkäsungsvorgängen in ihrer Mitte kann in der untersuchten Hautpartie nichts gefunden werden.\*

Erwähnenswert, weil für alle zur Untersuchung gelangten Knötchen charakteristisch, ist die Lage dieser Zellverbände. Man findet sie nämlich ausnahmslos in den obersten Papillarkörperanteilen ganz enge an die Epidermis angefügt, ja diese Beziehung der Knötchen zur Epidermis ist gelegentlich eine so innige, daß es Schwierigkeiten bietet, im histologischen Bilde eine scharfe Grenze zwischen beiden zu finden. Es wurde schon früher bemerkt, daß diese Zellkomplexe sich recht scharf gegen die Umgebung absetzen.

Die meisten von diesen Zellverbänden haben eine ziemlich streng kugelige Form, wie sie an Serienschnitten durch solche Knötchen nachzuweisen ist. Natürlich findet man auch wieder die eine oder andere Stelle, wo diese Form als mehr konisch imponiert. Doch immer ist ein Merkmal anzutreffen: daß sich diese Zellen nämlich in einer streng geschlossenen Form gruppieren und nicht vielleicht mit irgend welchen Fortsätzen oder Ausläufern mit einander in Verbindung stehen. Das Verhalten der Gefäße im Bereiche dieser pathologischen Formationen ist ein auffälliges für weitaus die größte Zahl der im Präparate getroffenen Knötchen konstantes. Man findet nämlich die Papillarkörpergefäßchen in jenem Bereiche außerordentlich dickwandig und enge, gelegentlich auf größere Erstreckungen vollkommen lumenlos. Eine perivaskuläre Infiltration im Verlaufe der Kapillaren kann nicht konstatiert werden; es zeigen sich wohl stellenweise leukocytaire Elemente längs der Gefäßwand, doch nicht ununterbrochen und etwa in Form von mantelartigen Bildungen. Die so veränderten Gefäßchen treten in innige Beziehungen zum Granulom. Bei Verfolgung eines Knötchens in der Serie bemerkt man, wie die Kapillare anfänglich am unteren Pol des Granuloms, außerhalb desselben hinzieht, um im weiteren Verlaufe bis in das Zentrum der Bildungen einzudringen. Dieser Befund ist bei den untersuchten Knötchen ein so konstanter, daß man den Eindruck gewinnen muß, diese Granulationsbildungen seien geradezu an diese Gefäßveränderungen gebunden; daß letztere also viel-

leicht ursächlich für das Zustandekommen derselben herangezogen werden müssen. Es wird im späteren noch auf diese Verhältnisse hingewiesen werden. Eine bindegewebige Begrenzung der ganzen Formation etwa im Sinne einer Kapsel kann nicht gefunden werden.

Diese Granulationsbildungen sind nun, wie schon erwähnt, durchschnittlich der Epidermis so nahe gelagert, daß es dadurch tatsächlich des öfteren zu einer Läsion der untersten Epidermiszellreihen kommt. Die Zellen derselben scheinen gelegentlich von ihrem Mutterboden ganz abgetrennt, in dem Infiltrate gelagert, so daß man sich vorstellen muß, der Prozeß in der Cutis komme bei seinem peripheren Wachstum an die Retezapfen heran, durchwache dieselben und kappe sie gewissermaßen von der Epidermis ab.

Dabei bekommt man öfters ein Bild zu beobachten, wo recht viele Retezellen in diesem Infiltrat gelegen sind und zwar in einer ziemlichen Tiefe desselben. Für das Zustandekommen dieses Bildes ist vielleicht folgende Vorstellung zugänglich: offenbar wird im Anfang der Granulationsbildung in der Cutis auf die angrenzenden, untersten Reteschichten ein Reiz ausgeübt, welcher zu einer ganz mächtigen Wucherung derselben gegen die Cutis und zwar in den Infiltrationsbereich geführt hat. Erst in der weiteren Entwicklung des infiltrativen Prozesses kommt die Abtrennung der so nach abwärts gewucherten Retezellen vom Mutterboden durch Einwachsen des spezifischen Granulationsgewebes in den Retezapfen zustande. Ein Beweis für die richtige Deutung dieses Vorganges scheint in folgendem gegeben zu sein. Man beobachtet durchschnittlich, daß die Wucherung der Epidermiszapfen, welche dieser Granulationsbildung unmittelbar benachbart sind, stellenweise eine recht exzessive ist. Es kommt hier zur Ausbildung einer ganz ausgesprochenen Akanthose, die Leisten dringen recht tief in die Cutis ein und bilden hier so gewissermaßen einen Abschluß für diese pathologische Bildung in der Cutis. Hieraus resultiert auch sicherlich das streng knötchenförmige Aussehen im klinischen Bilde. Entfernt von diesen Granulationsbildungen aber sind die Reteleisten, wie schon eingangs erwähnt, durchaus von normalem Aussehen.

Die so verlagerten Retezellen verändern hier ihr histologisches Aussehen, der Kern wird schlechter färbbar, das Protoplasma erscheint ganz blaß, die Zellen befinden sich also in einem Stadium der Degeneration. Bei der Untersuchung mehrerer solcher knötchenförmiger Bildungen kann man alle Übergänge dieser Degeneration bis zum völligen Schwund der Zellen verfolgen.

Die oberen Epidermisanteile zeigen eine normale Konfiguration, vom Stratum granulosum nach aufwärts zu, findet man durchaus kernhaltige Epidermiszellen, so daß über dieser Granulationsbildung in den obersten Epidermisschichten das Bild einer ausgesprochenen Parakeratose gegeben ist.

Die unteren Anteile des Papillarkörpers, die Cutis und Subcutis sind frei von solchen Zellanhäufungen. Es sei nochmals betont, daß letztere nur in der allerobersten Papillarkörperschichte, ganz unmittelbar vor der Epidermis vorgefunden werden können. Die elastischen Fasern sind im Bereiche dieser Zellverbindungen vollständig zugrunde gegangen. Auf Bakterien, besonders Tuberkelbazillen gefärbte und untersuchte Schnitte ergaben in dieser Richtung ein vollständig negatives Resultat.

Überblicken wir nun den hier mitgeteilten histologischen Befund, so ergibt sich, daß hier in einer im großen ganzen als normal bezeichneten Haut, an umschriebenen Stellen Veränderungen anzutreffen sind, welche mit ihren charakteristischen Merkmalen — epitheloide Zellen mit Riesenzellenbildung — zweifellos als tuberkulöse aufgefaßt werden müssen. Differentialdiagnostisch gegenüber diesen Bildungen in Betracht käme hier vor allem anderen der Lichen ruber planus. Schon Pinkus hat in seiner Arbeit in erschöpfender Weise den Unterschied zwischen der uns vorliegenden Affektion und dem Lichen planus erledigt, so daß es hier wohl unterbleiben kann, auf diese Frage näher einzugehen. Nur das eine sei erwähnt, daß in unserem Falle von den Effloreszenzen, der der Tuberkulose zukommende charakteristische Bau eingehalten wird, während bei Lichen planus-Effloreszenzen ein solcher nur in den weitesten Grenzen nachgeahmt erscheint. Allerdings muß hier zugegeben werden, daß das histologische Bild unseres Falles auch nicht das für die Hauttuberkulose charakteristische ist, und daß es sich von

typischen Formen derselben, wie z. B. von *Lupus vulgaris* und *Lichen scrophulosorum* wesentlich unterscheidet. Es fehlt hier vor allem das entzündliche Moment, was für die übrigen reinituberkulösen Formen so überaus charakteristisch ist und immer schon klinisch das typische Merkmal der entzündlichen Rötung verleiht. Es fehlt auch jedes weitere Zeichen für eine typische Umformung des Granuloms, wie wir es bei tuberkulösen Bildungen zu finden gewohnt sind, nämlich eine zentrale Erweichung des Herdes; wenn auch letzteres Charakteristikum einer tuberkulösen Bildung, gerade bei *Lupus vulgaris*, nicht zu den regelmäßig, voll ausgeprägten Erscheinungen zählt, so findet man doch auch bei ihm dasselbe zumindest in rudimentärer Form stets angedeutet, in vorliegendem Falle fehlt es gänzlich.

Es handelt sich offenbar hier um einen tuberkulösen Prozeß, der in jene Kategorie gehört, auf die einer von uns (Kyrle) in letzter Zeit erst hingewiesen hat, nämlich tuberkulöse Bildungen, denen jede entzündliche Komponente fehlt, und die in ihrem klinischen Aussehen doch verschiedene Varianten aufweisen können, aber das eine gemeinsame Merkmal haben, daß sie den Eindruck des wenig veränderlichen, nicht entzündlichen machen, und vor allem nicht den Gedanken aufkommen lassen, daß es sich hierbei um eine schwere Erkrankungsform handelt. Es muß doch unwillkürlich daran gedacht werden, welch schweres Krankheitsbild ein Individuum darbieten würde, das eine tuberkulöse Affektion mit dem geläufigen histologischen Bilde in dem ausgedehnten Maße aufweist, als unsere Patientin, nämlich die Effloreszenzen über die Haut des ganzen Körpers disseminiert. Der Grund hiefür liegt offenbar in der Noxe, die entweder in beiden Fällen eine so modifizierte ist, daß der Effekt ihrer Schädigung ein so differenter ist, oder der Organismus des jeweiligen Individuums ist befähigt, so verschieden auf den Insult zu reagieren, daß daraus ein so großer Unterschied im klinischen Krankheitsbilde entsteht; dabei doch wieder eine so weitgehende Übereinstimmung im histologischen Befunde, daß nach den bestehenden Grundsätzen ohne allen Zweifel die Diagnose Tuberkulose gestellt werden muß. Es besteht so eigentlich ein großes Mißverhältnis bei diesen Formen der Tuberkulose zwischen



den allgemeinen klinischen Symptomen und dem histologisch-pathologischen Befund. Das Individuum erscheint bei der vorliegenden Form der Tuberkulose nicht krank im gewöhnlichen Sinne des Wortes. Es sei dieser Überlegung hier Raum gegeben, ohne im Detail näher auf sie einzugehen. Es wird seinerzeit über diese Formen der Tuberkulose und histologisch ähnliche, ihr nahestehende zusammenhängend und eingehend berichtet werden.

Vergleichen wir den in unserem Falle gewonnenen klinischen und histologischen Befund mit den von Pinkus beschriebenen Fällen, so ergeben sich auf der einen Seite viele übereinstimmende Merkmale, allerdings sind andererseits ziemlich weitgehende Differenzen zu verzeichnen. Das histologische Bild ist für beide Formen ein wohl ganz gleiches. Dort wie hier handelt es sich um, wie Pinkus sagt, „kleine, mit der Oberfläche an der Epidermisunterseite angepreßte Tuberkel, die nirgends Verkäsung zeigen“. In beiden Fällen wird die Epidermis sekundär geschädigt, es kommt einerseits zum Zugrundegehen der unteren Epidermiszellreihen, und andererseits spielen sich in den oberflächlichen Hautschichten abnormale Verhornungsvorgänge im Sinne einer Parakeratose ab. Die Granulombildungen sind streng umschrieben, und verraten in beiden Fällen nirgends ein miteinander in Verbindungtreten, so daß hieraus ein mehr infiltrativer Prozeß entstehen würde. Der alleinige Unterschied, der im histologischen Bilde beider Prozesse zu erheben ist, bezieht sich auf das Verhalten der Gefäße, wenigstens wird von Pinkus in dieser Richtung nicht so eingehend berichtet, daß man daraus auf eine vollständige Übereinstimmung beider Prozesse schließen dürfte. Pinkus erwähnt nur, daß zu „dem Granulom starke Gefäße mit Rundzelleneinscheidung und auffallend reichlicher Endothelzellenumgebung“ hinziehen, äußert sich aber darüber nicht, ob diese Gefäßchen mit dem Granulom selbst in Beziehung treten, beziehungsweise in dasselbe eindringen. Letzteres Verhalten ist vielleicht gerade von wesentlicher Bedeutung für das Zustandekommen dieser Granulombildung überhaupt, wie schon angedeutet worden ist. Man müßte in diesem Falle dann vielleicht an einen embolischen Prozeß denken, doch muß natürlich

diese Annahme mit großer Reserve gegeben werden. Das histologische Aussehen der Granulationsbildungen wird dadurch allerdings nicht gegen das der Pinkuschen Fälle geändert, immerhin aber meinen wir, ist in dem Verhalten der Gefäße eine wesentliche Differenz gelegen.

Der Vergleich des klinischen Aussehens beider Erscheinungen führt nun zu weiteren Unterschieden der in Betracht gezogenen Fälle. Es ist wohl nicht zu viel gesagt, wenn man diesen Fall als ganz einzig in der Literatur dastehend bezeichnet. Es ist, soweit uns letztere zugänglich war, seit Pinkus in der Richtung nichts mitgeteilt worden und in den Pinkuschen Fällen handelt es sich um eine der Hauptsache nach am Genitale lokalisierte, die benachbarten Hautbezirke ergreifende Affektion, während wir es in unserem Falle mit einem universellen Exanthem zu tun haben, das nur insoferne eine Lokalisation zeigt, als gewisse Prädilektionsstellen, die Beugeflächen nämlich, die Knötchen in ganz besonderer Masse erscheinen lassen. Außerdem ist in unserem Falle ein weibliches Individuum die Trägerin dieser Erkrankung im Gegensatze zu den 9 männlichen Patienten, die Pinkus anführt. Wenn auf die Anamnese der Patientin irgendwie Wert gelegt werden darf, eigene Erfahrung mangelt uns infolge zu kurzer Beobachtungszeit, so ist der Prozeß in unserem Falle ein stabiler, wogegen Pinkus in seinen Fällen wenigstens zum Teile von einer Rückbildung, sowie von einem zeitweise stärkeren Auftreten der Erscheinungen berichtet. Es sei nun hier gleich bemerkt, daß diese Angabe der Patientin bezüglich Stationärbleiben der Erkrankung, wohl mit großer Reserve aufgenommen wurde; der histologische Befund nämlich läßt es kaum wahrscheinlich erscheinen, daß wir es hier mit einer unveränderlichen Bildung zu tun haben. Für eine solche Annahme ließe sich wohl schwer eine Analogie finden, andererseits ist es doch leicht zu denken, daß bei diesem reichlichen Exanthem, das von Kindheit an bestanden hat, der Patientin das Wahrnehmungsvermögen, für das Verschwinden, Altern oder das Kommen neuer kleiner Effloreszenzen vollkommen mangelt. Noch in einem Punkte liegt eine wesentliche Differenz zwischen unserem Falle und Pinkus-Fällen vor. Hier ist eine tuber-

kulöse Affektion des Organismus nicht auszuschließen. Allerdings ergab die physikalische Untersuchung keinen nachweisbaren tuberkulösen Herd, immerhin muß aber auf die Fieberbewegung bis 38.3 nach Tuberkulininjektion Rücksicht genommen werden, indem letztere nach den allgemein geltenden Normen für das Vorhandensein einer tuberkulösen Affektion sprechen würde. Hierbei sei nochmals erwähnt, daß neben dieser allgemeinen Reaktion das Knötchenexanthem selbst keinerlei Reaktionserscheinungen erkennen ließ. Pinkus konnte unter seinen Patienten unter keinem Falle „einen Anhaltspunkt für innere Tuberkulose, geschweige eine tuberkulöse Hautaffektion“ finden. Er berichtet hierbei allerdings nicht überall über aufgestellte Tuberkulinreaktionen, so daß vielleicht hierauf allein der Unterschied zurückzuführen ist.

Das Tierexperiment ergab in unserem Falle ein für Tuberkulose negatives Resultat.

Resumieren wir nun das bei der Betrachtung unseres Falles Gewonnene, so liegt hier eine Erkrankung vor, welche nach dem Vorschlage von Pinkus als Lichen nitidus bezeichnet werden muß. Das größte Unterscheidungsmoment gegenüber den bisher beschriebenen Fällen liegt darin, daß hier die knötchenförmigen Effloreszenzen generalisiert auftreten, nicht auf gewisse Körperstellen beschränkt sind, wie dies Pinkus mitgeteilt, sondern über den ganzen Körper zerstreut, allerdings mit Prädilektion der Beugeflächen, wo das Vorkommen als gehäuftes bezeichnet werden muß.

Die Trägerin der Affektion muß als latent tuberkulös bezeichnet werden, worin gleichfalls ein Unterschied gegenüber den Fällen von Pinkus gelegen ist. Das klinische Aussehen der einzelnen Effloreszenzen und der histologische Befund — bis auf das Verhalten der Gefäße — stimmen vollkommen überein mit jenen Fällen, nach welchen Pinkus der Affektion den Namen gegeben hat.

### Literatur.

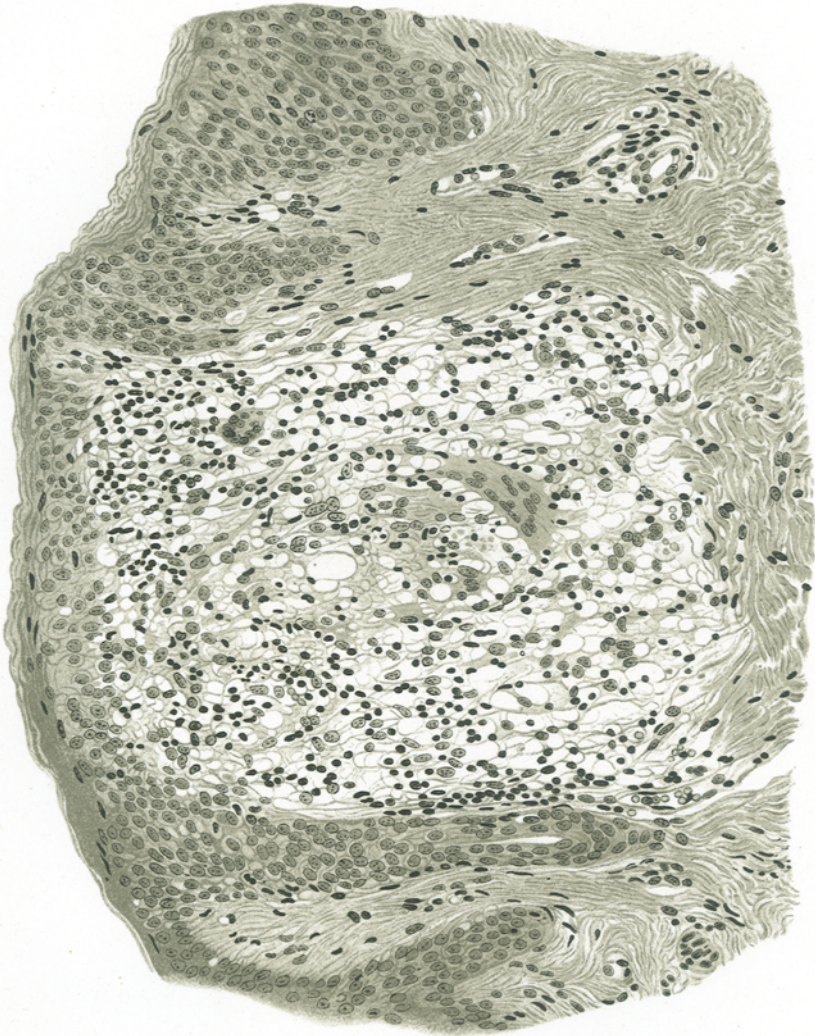
Pinkus, Felix. Über eine neue knötchenförmige Hauteruption: Lichen nitidus. Festschrift für Neisser. II. Teil.

---

### Erklärung der Abbildung auf Taf. III.

Schnitt durch ein Knötchen (Haemalaun-Eosin). Der Epidermis außerordentlich eng angepreßter Tuberkel. Epitheloidzellen mit Langhansschen Riesenzellen. In den Randpartien ödematöse Durchtränkung. Akanthose der angrenzenden Reteleisten.

---



Kyrle u. Mc Donagh: Beitrag zur Kenntnis des Lichen nitidus (Pinkus).