

Originalarbeiten.

XXXVII.

Zur Kasuistik seltener Nagelerkrankung¹⁾.

Von

Privatdozent Dr. JULIUS HELLER

in Charlottenburg-Berlin.

IV.

Lupus erythematosus der Nägel.

Der Lupus erythematosus darf heute, wo überall in den Kulturländern wissenschaftlich geschulte Dermatologen den Einzelfällen Interesse entgegen bringen, nicht mehr als eine seltene Erkrankung angesehen werden. Auch Fingererkrankungen sind oft beschrieben und noch viel häufiger beobachtet worden (nach Jadassohn die dritthäufigste Lokalisationsstelle). Trotzdem sind Nagelveränderungen so wenig festgestellt worden, dass ich in meiner 1900 erschienenen Monographie über die Krankheiten der Nägel keinen Fall aus der Literatur anführen konnte. Jadassohn sagt in seiner trefflichen Arbeit über den Lupus erythematosus in Mraček's Handbuch: „Über die Erkrankungen der Nägel wissen wir noch sehr wenig. Sie treten wohl speziell auf, wenn die Finger und besonders wenn die Endphalangen erkrankt sind, und scheinen etwas Charakteristisches nicht zu haben.“

Der erste, der dem Verhalten der Nägel beim Lupus erythematosus etwas mehr Aufmerksamkeit widmet, ist Rille.

Sein erster Fall (am 3. und 14. VI. in der Innsbrucker wissenschaftlichen Ärztegesellschaft [Wiener klin. Wochenschr. 1901. No. 34 und 38] vorgestellt, in der Dissertation von Otto Löser, 1904, Leipzig, ausführlich publiziert) betrifft einen fünf Jahre lang beobachteten, sehr ausgedehnten Fall von Lupus erythematosus bei einem gesunden, hereditär nicht belasteten, beim Krankheitsbeginn 16 Jahre alten Menschen. Die Affektion trat als Lupus erythematosus discoides in Schüben auf, die nacheinander die ganze Körperhaut sowie den weichen und harten Gaumen befielen. Die Krankheit war durch eine rechtsseitige Pleuritis und parenchymatöse Nephritis kom-

¹⁾ Vergl. Dermatologische Zeitschrift 1897, 1901, 1904.

pliziert. Eine linksseitige krupöse Pneumonie führte den Exitus herbei. Die Sektion wies eine an der Bifurkationsstelle der Trachea liegende tuberkulöse, käsig veränderte Lymphdrüse nach. Bei diesem Kranken nun wurden zuerst Januar 1901 Lupus erythematosus-Plaques an den Fingern festgestellt. Februar 1902 fanden sich an den Dorsal- und Seitenflächen der Finger, sowie auch an den Volarflächen, in der Nähe der Nägel verschwommene, undeutliche Flecke von Linsen- bis Halbbohnengrösse, die sich mehr durch ihren Farbenton, weniger durch narbige Oberfläche differenzierten. Die Nägel zeigten nur einen „verminderten matten Glanz“. Mai 1902 wurden an den Dorsalflächen der Finger überall ringförmige Infiltrate, besonders im Bereiche der Endphalangen um die Nägel herum (also auf den Nagelwällen), festgestellt, die Nägel selbst erscheinen hart, matt gelblichweiss gefärbt. Ihre Flächen sind mit hornigen, schmutzig-gelblichen Auflagerungen versehen, an ihren Rändern stellenweise aufgefasernt und durch querverlaufende Leisten geriffelt. Am Zeigefinger ist der Nagel mit seinem freien Rande nach abwärts gekrümmt. An den Füssen sind die Nägel verdickt uneben, brüchig, schmutziggelb.

In einem zweiten Falle Rilles (für die persönlichen Berichte und Literaturnachweise sage ich Herrn Prof. Rille meinen Dank) handelte es sich um einen 14jährigen, an Lupus erythematosus des Gesichts, der Ohrmuscheln, der Hände leidenden Knaben. An den Fingerkuppen zeigten sich deutlich Lupus erythematosus-Infiltrate. Die Nagelwälle mehrerer Finger sind diffus geschwollen und gerötet und mit grubchenförmigen Narben besetzt. Die Nagelsubstanz ist in ihrem Wachstum gestört, zeigt leichte Verdickungen, Unebenheiten und auffallende Längsrillinge.

Der von mir beobachtete Fall ist insofern besonders interessant, als er ein Anfangsstadium darstellt. Bei ihm bewährt sich wieder ein Grundgesetz der Nagelpathologie. Nur die primäre Nagelerkrankung an einer bestimmten Dermatoze ist charakteristisch, im weiteren Verlauf verliert die Nagelaffektion die für die einzelnen Dermatosen spezifischen Merkmale. Eine Tüpfelsoriasis (Psoriasis punctata unguinum), eine isolierte syphilitische Papel des Nagelbettes, eine subunguale Skorbutblutung sind charakteristisch und für sich diagnostizierbar. Im weiteren Verlauf treten alle dystrophischen Veränderungen ein, die die Nagel diagnose so schwer machen. Es ist, als fehle dem Nagelorgan die Möglichkeit, auf verschiedene Krankheitsreize verschieden zu reagieren. Um so wichtiger ist das Studium des Krankheitsbeginnes.

Die Patientin ist ein 17jähriges, in einem Anwaltsbureau beschäftigtes Mädchen, das weder hereditär noch anamnestisch tuberkulös belastet ist. Vor 3—4 Jahren will sie an „Herzerweiterung“ gelitten haben, von der zurzeit objektiv nichts nachweisbar ist. Vor einem halben Jahr entwickelte sich auf ihrer linken Wange ein kreisförmiger Fleck, der auf etwas erhabener roter Basis festhaftende Schuppen zeigte. Der in der Mitte spontan heilende Fleck hat zurzeit Zweimarkstückgrösse. Auf der Rückseite der ersten Phalanx des rechten Mittelfingers fand sich ein $\frac{1}{2} : \frac{3}{4}$ cm grosser roter Fleck, der mit festhaftenden Schuppen bedeckt war. Deutlich waren die Fortsätze der Schuppen in die Haarfollikel zu verfolgen. An der linken Hand waren auf dem hinteren Nagelwall des II., III., IV. Fingers in verschieden grosser Ausdehnung schuppene, tiefrote, charakteristische Infiltrate zu konstatieren. Am IV. waren auch die seitlichen Nagelwälle, am III. nur der radiale seit-

liche Nagelwall befallen. An dem am stärksten erkrankten IV. Finger war also die ganze Nagelplatte von einem zirkulär erkrankten Nagelwall umgeben. Dieser Nagel war auch am intensivsten erkrankt. Die der Lunula entsprechende Stelle war erhaben, lag beinahe in demselben Niveau wie die Nagelwälle; vor ihr, durch ein Stück gesunder Nagelplatte getrennt, lag eine 1,5 mm breite, deutliche Vertiefung. Durch diese vertiefte Stelle schimmerte das Nagelbett tiefrot hindurch, gleich als wenn an dieser Stelle eine Lupus erythematosus-Plaue auf dem Nagelbett sich entwickelt hätte. Derselbe Prozess, weit weniger ausgebildet, war am V. Nagel festzustellen. Am interessantesten aber ist die Tatsache, dass am V. Nagel zwei, am II. ein wenige Quadratmillimeter grosses Stellchen sich fanden, an denen bei völlig intakter Nagelplatte das Nagelbett tiefrot durchschimmerte. Die Deutung dieses von mir noch nicht gesehenen Symptoms ist nur in dem oben angegebenen Sinne (Lupus erythematosus — Plaue des Nagelbettes) möglich.

Auf eine Abbildung musste verzichtet werden, weil die Feinheiten in einer Photographie nicht zur Darstellung gekommen wären.

V.

Abfall fast aller Nägel der Finger nach einer Gehirnerschütterung.

Der Zusammenhang der Nagelerkrankungen mit Affektionen des zentralen Nervensystems ist zwar häufig festgestellt, aber noch lange nicht genügend erschöpfend behandelt worden. Das bis 1900 bekannte Tatsachenmaterial habe ich in meinem Buche zusammengestellt. Die Gehirnerschütterung gehört zu den häufigen Gehirnerkrankungen; trotzdem sie in forensischer Beziehung und vom Standpunkte der Unfallbegutachtung symptomatisch besonders gut studiert ist, sind rein trophische Hautsymptome selten beschrieben worden. Insbesondere fand ich für die trophischen Erkrankungen der Anhangsgebilde der Haut, infolge gutartig verlaufener Gehirnerschütterung nur ein Literaturbeispiel. Nach Behrend (Eulenburgs Realencyklopädie) hat Cooper Todd nach Gehirnerschütterung Ausfallen der Haare beobachtet. In einigen Fällen wird berichtet, dass Verlust der Nägel im Anschluss an Blitzschläge, die in der Nähe der Patienten einschlugen (vergl. Heller, Krankheiten der Nägel), eingetreten sei. Ob hier eine leichte Gehirnerschütterung gleichzeitig vorgelegen hat, ist nicht festzustellen.

Die geringe Ausbeute aus der Literatur rechtfertigt die Veröffentlichung eines Falles, der eigentlich stringent die Abhängigkeit der Nagelerkrankung von der Gehirnerkrankung beweist.

Die zur Zeit der Beobachtung, 1904, 11 Jahre alte Patientin glitt als Mädchen von sechs Jahren beim Spielen auf der Treppe ihres Wohnhauses aus, fiel mehrere Stufen herab und schlug mit dem Hinterkopf auf die mit Eisen beschlagene Treppe auf. Sie hatte zwar starke Schmerzen, konnte aber ihre Wohnung aufsuchen. Am nächsten Tage wollte sie um 8 Uhr aufstehen, fühlte sich aber sehr müde, legte sich auf den Boden eines Zimmers

und wurde bewusstlos. Nachdem sie erwacht war, merkte sie, dass ihr rechter Arm und die rechte Brusthälfte gefühllos waren, der Umgebung fielen Zuckungen im rechten Arm auf. Die Empfindung im Arm kehrte nach einigen Stunden zurück. Einige Tage später traten Krämpfe in der rechten Gesichtshälfte, Schluckkrämpfe, Unmöglichkeit, zu sprechen, auf. Der Zustand soll $\frac{1}{2}$ Stunde bestanden haben. Die Krämpfe wiederholten sich noch einmal. Einige Wochen später begannen die Fingernägel „sich einzuspalten“ und schliesslich abzugehen.

Wenn auch die Krankengeschichte im wesentlichen auf der Darstellung der kleinen Patientin und ihrer Mutter beruht, so ist doch kein Grund vorhanden, Übertreibungen oder Simulation anzunehmen. Die Patientin fühlte sich zur Zeit bis auf die Nagelaffektion völlig wohl, sie hat nie den Versuch gemacht, das Interesse, das ich für die Krankheit hatte, materiell zu bewerten. Ich habe nicht ganz wenige Fälle von Hysterie im Kindesalter beobachtet und glaube, für die Hysterischen ein besonders scharfes Auge zu haben; ich darf versichern, dass bei dem verständigen Kinde auch keine Spur von Hysterie zu konstatieren war.

Der Nagelstatus ist einfach. Die Nagelplatten an allen Fingern, mit Ausnahme des linken V., fehlen völlig. Die Nagelwälle waren normal, nirgends ein Zeichen noch bestehender Entzündung festzustellen. Die Nagelbetten boten das Bild dar, das man nach dem Verlust der Nägel infolge Entzündung zu sehen gewohnt ist. Das freiliegende Nagelbett hat an einzelnen Stellen den Versuch zu einer pathologischen Hornbildung gemacht. In den Abbildungen tritt die Gleichmässigkeit dieser Ersatzhornbildung vor allem an den Fingern der rechten Hand deutlich hervor. Einen ähnlichen Fall von Anonychie habe ich nach Erfrierung der Hände¹⁾ gesehen und abgebildet.



Rechte Hand.



Linke Hand.

Besteht wirklich ein Zusammenhang zwischen der Gehirnerschütterung und der Nagelveränderung? Eine genaue Anamnese ergab, dass weder vor dem Trauma noch nach demselben eine Erkrankung der Haut oder der Nagelorgane bestand. Lues ist auszuschliessen. Entzündliche Nagelerkrankungen sind so schmerzhaft, dass eine neun Nägel nach und nach befallende Onychie dem Gedächtnis der Patientin und ihrer Umgebung

¹⁾ Der Unfall erfolgte im Juli. Ich hebe das Datum hervor, um ätiologisch Erfrierung auszuschliessen.

kaum verschwunden wäre. Zweifellos wäre auch wohl ärztliche Hilfe nachgesucht worden; nur der Umstand, dass nach und nach die Nägel ausfielen, ohne dass die Kranke Schmerzen empfand oder durch entzündliche Erscheinungen im Gebrauch ihrer Hände behindert war, macht ihr Verhalten verständlich. Die Eltern des Kindes haben wohl das Wiederwachsen der Nägel erwartet; als diese Reproduktion der Nagelplatten ausblieb, hat wohl der Mangel an Beschwerden das frühere Nachsuchen ärztlicher Hilfe verhindert.

Da ich bei dem jahrelangen Bestand der Anonychie keine Hoffnung auf Besserung hatte, eine Therapie für erfolglos hielt, entzog sich die Patientin meiner Beobachtung. Sie wurde dem internationalen Dermatologen-Kongress, Berlin, September 1904, vorgestellt.

XXXVIII.

Aus der Hautkrankeinstation des städtischen Krankenhauses zu Frankfurt a. M.
(Oberarzt Dr. K. Herxheimer.)

Neuere Arbeiten über die Spirochaete pallida.

Bericht über das zweite Halbjahr nach der Entdeckung.
Oktober 1905 bis April 1906.

Von

Dr. HANS HÜBNER,
Sekundärarzt.

Das überaus grosse Interesse, das die Entdeckung der Spirochaete pallida allerorts erregt hatte, hat eine derartig grosse Zahl von Mitarbeitern bei der Erforschung dieses Mikroorganismus auf den Plan gerufen, dass ich bereits wenige Monate nach der ersten Publikation an dieser Stelle¹⁾ über annähernd 100 Arbeiten aus diesem Gebiete berichten konnte. Und da das Interesse an diesem Gegenstande auch in der Folgezeit nicht nachgelassen hat, mag es jetzt, da ein Jahr seit den ersten Mitteilungen Schaudinns und Hoffmanns vergangen ist, nicht unangebracht erscheinen, nochmals einen Rückblick auf das bisher Geleistete zu werfen.

Die Aufgabe der Untersucher in der ersten Zeit nach der Entdeckung war es vornehmlich, das konstante Vorkommen der neuen Spirochaetenart bei Syphilis zu zeigen. Die grosse Zahl der diesbezüglichen Publikationen, die ich bereits in meiner ersten Zusammen-

¹⁾ Dermatologische Zeitschrift. XII. S. 718.