

ZB MED - Informationszentrum Lebenswissenschaften

Beiträge zur Kenntnis der Psoriasis vulgaris und ihrer Behandlung

Kerckhoff, Johan H. van

Leipzig, 1929

ZB MED - Informationszentrum Lebenswissenschaften

Shelf Mark: Ui VI 1776

III. Beitrag zur Kenntnis der Klinik der Störungen in der Pigmentation beim
psoriatischen Prozeß

[urn:nbn:de:hbz:38m:1-123225](https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:hbz:38m:1-123225)

III.

Beitrag zur Kenntnis der Klinik der Störungen in der Pigmentation beim psoriatischen Prozeß

Das mikroskopische Bild der Pso.-Papeln, wie es im vorigen Kapitel besprochen wurde, zeigt deutlich, daß die Melaninbildung in der Umgebung der Pso.-Papeln augenscheinlich normalerweise vorhanden ist; in diesem Sinne kann man also nicht sprechen von einer Störung im Pigmentations- resp. Oxydationsprozeß der psoriatischen Haut als Ganzes betrachtet. Die scharfe Grenze zwischen der Papeln und dem normalen Hautgewebe wird ja gerade durch das plötzliche Aufhören der Melaninabscheidung innerhalb des Gebietes der Papeln gekennzeichnet.

Quantitative Schätzungen durch das Mikroskop sind in casu jedoch schwierig. Zur Beurteilung von Pigmentdefekten außerhalb der Pso.-Papeln muß man das Organ als Ganzes betrachten. Man gelangt denn auch zu einem andern Ergebnis, wenn man bei Psoriatikern die Haut bei guter Beleuchtung genau beobachtet: dann entdeckt das beobachtende Auge in der Tat quantitative Differenzen zwischen verschiedenen Teilen der Haut. Diese Differenzen liegen nicht mehr innerhalb der Grenzen des Normalen.

Klinisch ist das Bild des *Leucoderma psoriaticum* bekannt; jedoch muß man meines Erachtens bei dem Pso.-Patienten unterscheiden zwischen folgenden Zuständen:

1. Das kombinierte Vorkommen von echter Vitiligo und *Leucoderma psoriaticum*, eine Kombination, welche, obwohl selten, doch vorkommt¹⁾ und die ich selbst nur zweimal beobachtete;

2. die *Cutis marmorata* bei Pso.-Kranken, was häufig vorkommt;

3. das eigentliche *Leucoderma psoriaticum*, welches vorkommt an den Stellen, wo vorher Eruptionen stattfanden;

4. ein Zustand, den man das *Leucoderma psoriaticum spurium* nennen könnte. Hiermit ist der entfärbte oder geringer gefärbte Hautfleck gemeint, welcher an den Stellen auftritt, an denen vorher Eruptionen der Erkrankung auftraten, wo jedoch infolge der Behandlung des Kranken mit Mitteln, wie Chrysarobin, Pyrogallol u. a., eine starke Färbung der Umgebung der vorher vorhandenen Papeln vorübergehend aufgetreten ist; sie ist oft verbunden mit verminderter Anhäufung von Melanin im Zentrum des Fleckens. Nicht zu verwechseln ist dieser Zustand mit:

5. einer Erscheinung, die bisher niemals die allgemeine Aufmerksamkeit erregte und — mit einer einzigen Ausnahme — klinisch noch nie beschrieben wurde.

¹⁾ Bettmann, Über Vitiligo und Psoriasis, Arch. f. Dermatol. u. S., Bd. 113, S. 121.

Diese Erscheinung besteht in dem Vorkommen von mit dem bloßen Auge kaum erkennbaren, leicht depigmentierten Flecken, die über Brust, Rücken und beide Flanken und über die Lendengegend verbreitet sind, öfters auch über Bauch, Arme und Oberschenkel. Diese Flecken sind unabhängig von vorhergehendem Vorkommen von Pso.-Papeln an diesen Stellen und sind nur bei sehr guter Beleuchtung (bei Tageslicht) zu beobachten.

Die Unterscheidung dieser fünf Zustände ist nicht schwierig:

1. Das Vitiligo ist leicht zu erkennen, weil es öfters bereits bestand, bevor die Pso.-Eruption selbst auftrat, zudem permanent vorhanden und progredient ist, manchmal mit Poliosis kombiniert und häufig am Rande eine Hyperpigmentation zeigend.

2. Die bei Psoriatikern vorkommende Cutis marmorata. Das Erkennen dieses Zustandes ist ebenfalls nicht schwierig. Beim Entblößen der bedeckt gehaltenen Hautteile tritt das Gefäßnetz deutlich hervor; öfters macht dann das Zentrum — hier die „Maschen“ des Netzes — den Eindruck einer helleren Färbung als der Rest der Haut, auf dem die Erscheinung als Ganzes nicht vorkommt.

Nach wenigen Augenblicken, wenn die durch das Entblößen entstandene vasomotorische Reaktion vorüber ist, kehrt die Farbe wieder und fällt besonders bei seitlicher Beleuchtung die Marmorierung durch das Gefäßnetz auf.

Es ist mir nicht gelungen, eine Gesetzmäßigkeit festzustellen in dem Befund, ob die psoriatische Papele — wenn sie an dieser Stelle vorkommt — innerhalb des Ringes oder auf demselben liegt; manchmal schiebt der Ring gewissermaßen unter der papulösen Eruption durch, und scheint deren Sitz also unabhängig vom Gefäßnetz zu sein.

3. Das Leucoderma psoriaticum (verum). Die Bedingungen für die Entstehung sind zugleich die Momente für die Feststellung dieser Abweichung; sie bleibt oft geraume Zeit bestehen. Es gibt keinen besseren und deutlicheren Beweis für die beträchtlichen Störungen im oxydativen Prozeß innerhalb der Pso.-Papele als die sehr helle Rosa-Farbe dieser Flecken: durch das (nicht pigmentierte) Rete Malpighi scheint das darunter liegende Blutgefäßnetz deutlich hindurch¹⁾.

4. Das Leucoderma psoriaticum spurium wird bezeichnet durch die Umstände, unter denen es entsteht; es ist mehr als eine Differenz in der Hautfarbe zu betrachten, die entsteht durch den Kontrast zwischen der Stelle, wo die Pso.-Papele oder der Fleck saß, und der (vorübergehend) stark gefärbten Umgebung.

Die Stelle dieser Flecken deckt sich vollständig mit vorher vorhandenen Papeln. Waren größere Eruptionsstellen vorhanden (Pso. annulare oder gyrata), dann kann man öfters beobachten, daß gerade auf der Grenze zwischen dem weißen Flecken des Leucoderma spurium und der (durch Chrysarobin-Einwirkung) noch dunkel gefärbten umringenden Haut bereits neue Papeln auftreten, eine Erscheinung, die eigentlich vollkommen übereinstimmt mit dem wiederholt genann-

¹⁾ Siehe S. Ehrmann, Die Pigmentanomalien, in: Mraček, Handb. d. Hautkrkh., Bd. 2, S. 779.

ten Köbnerschen Phänomen. Nach dem Schwinden der dunklen Hautfarbe und der Rückkehr zur Norm wird an der Stelle, wo die Papel ursprünglich saß, öfters das Auftreten des soeben genannten Leucoderma verum beobachtet.

5. Das Bestehen einer Abweichung in der Pigmentation der Haut von Psoriatikern, welche bisher noch niemals die allgemeine Aufmerksamkeit erregte und die meines Erachtens in der übergroßen Mehrzahl der Fälle zu beobachten ist.

Diese Erscheinung ist nur bei guter Beleuchtung festzustellen und Tageslicht ist dabei eine Hauptbedingung. Man sieht dann, wie oben gesagt wurde, daß auf der Brust, an den Flanken, in der Lendengegend, der Schultergegend, dem Bauch, in geringerem Maße auch an den Armen und Schenkeln runde Flecken vorkommen, die sich durch geringere Pigmentation deutlich von der Umgebung abheben, diffus begrenzt sind und deren Größe zwischen einem und mehreren Zentimeter Durchmesser abwechselt.

Der geringere Pigmentgehalt ist im photographischen Bilde äußerst schwierig festzuhalten, und dies gelang oft nur durch künstliche Mittel.

Erstens kann man den Patienten mit einer künstlichen Höhensonne leicht bestrahlen, so daß nach einigen Tagen nur eben eine leichte Hyperpigmentation auftritt. Man muß jedoch das Entstehen einer stärkeren Hyperämie vermeiden.

Unter den genannten Bedingungen bleiben die beschriebenen Flecken gewissermaßen „etwas zurück in der Pigmentation“.

Diese Erscheinung erinnert einigermaßen an das bekannte Bild des Leucoderma syphiliticum, das im Nacken und an den seitlichen Flächen des Halses oft bei Frauen beobachtet wird. Nur ist bei Psoriasis die Farbschattierung viel geringer (Fig. 31—34).

Wie groß die Gleichnis zwischen beiden Leukodermien sein kann, geht deutlich hervor beim Vergleich mit den verschiedenen Abbildungen der nachher zu besprechenden Störungen im Lipoidhaushalt bei Psoriasis vulgaris (s. Kap. VIII), und der Bilder zur Illustrierung des Köbnerschen Phänomens (s. Kap. IX).

Die Abb. 84, 93 u. 94 gehören ein und derselben Patientin an, mit sehr ausgeprägtem Leucoderma psoriaticum; nebst typischer Erscheinungen des genannten Phänomens.

Im Bilde 84 wurde die Aufnahme absichtlich der Nacken- und Schultergegenden vorgenommen, um die täuschende Ähnlichkeit zwischen dem psoriatischen und demluetischen Leukoderma hervortreten zu lassen, auf einer Körpergegend, wo die letztgenannte Depigmentierung am häufigsten vorkommt; denn jede Gegend der Körperoberfläche hat oft sozusagen „etwas individuelles“, welche Tatsache wiederum hervortritt, wenn man Abb. 84 vergleicht mit den Abb. 93 u. 94 derselben Patientin, und wo es die beiden Oberarme betraf. Gleichzeitig sind hier die Erscheinungen des Köbnerschen Phänomens nach Injektionen mit Vakzin zu sehen.

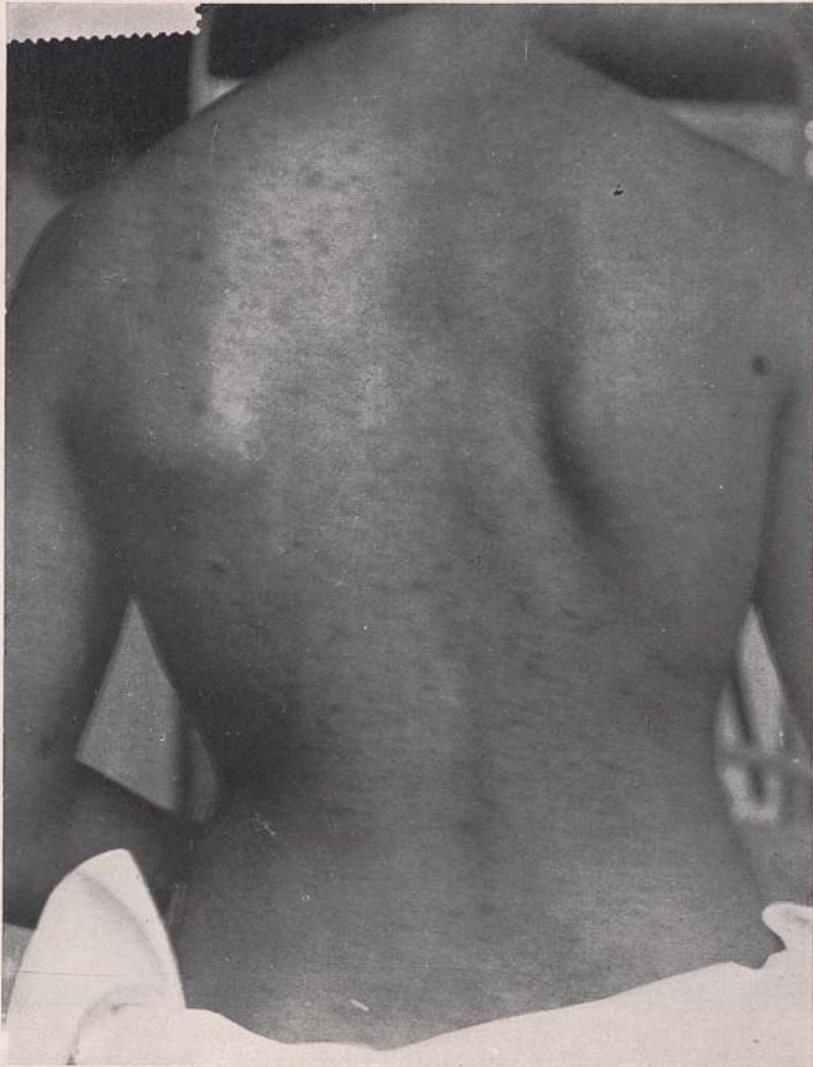


Fig. 31(a). *Psoriasis vulgaris*. J. B., Fabrikarbeiterin (Packerin). Nr. B 3995. Hinter den Ohrmuscheln auf der rechten Backe, dem behaarten Kopf, in den Ellbogenwinkeln, beiden Kniescheibengegenden areolare, nummulare und papulo-squamöse Pso.-Eruptionen. Bilder vom 3. November 1924 vom Rücken und den Knien (Fig. 32 u. 33); die Pigmentabweichungen sind deutlich zu sehen. Zur Kontrolle der Art und Weise, wie die Flecken sich verhalten bei künstlicher Hyperpigmentation, wurde mit Höhensonne bestrahlt am 3., 4., 5. und 6. November.



Fig. 32 (31 b). Psoriasis vulgaris (dieselbe Patientin wie Fig. 31). Plaques an beiden Patellargegenden und Unterschenkeln.

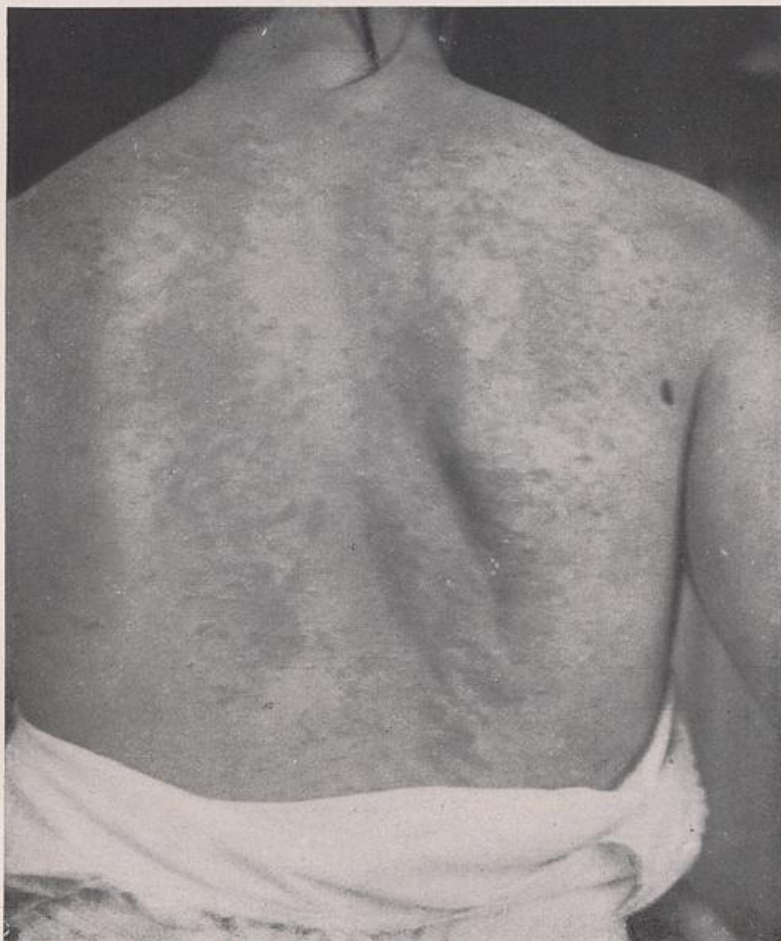


Fig. 33 (31c). Patientin J. B., Nr. B. 3995. Am 7. November wurde eine neue Aufnahme gemacht, auf der die Röte auf dem Rücken deutlich sichtbar ist. Von dieser Bestrahlungshyperämie blieb Pigmentanomalie zurück; vgl. Aufnahme vom 28. November 1924 (Fig. 34).

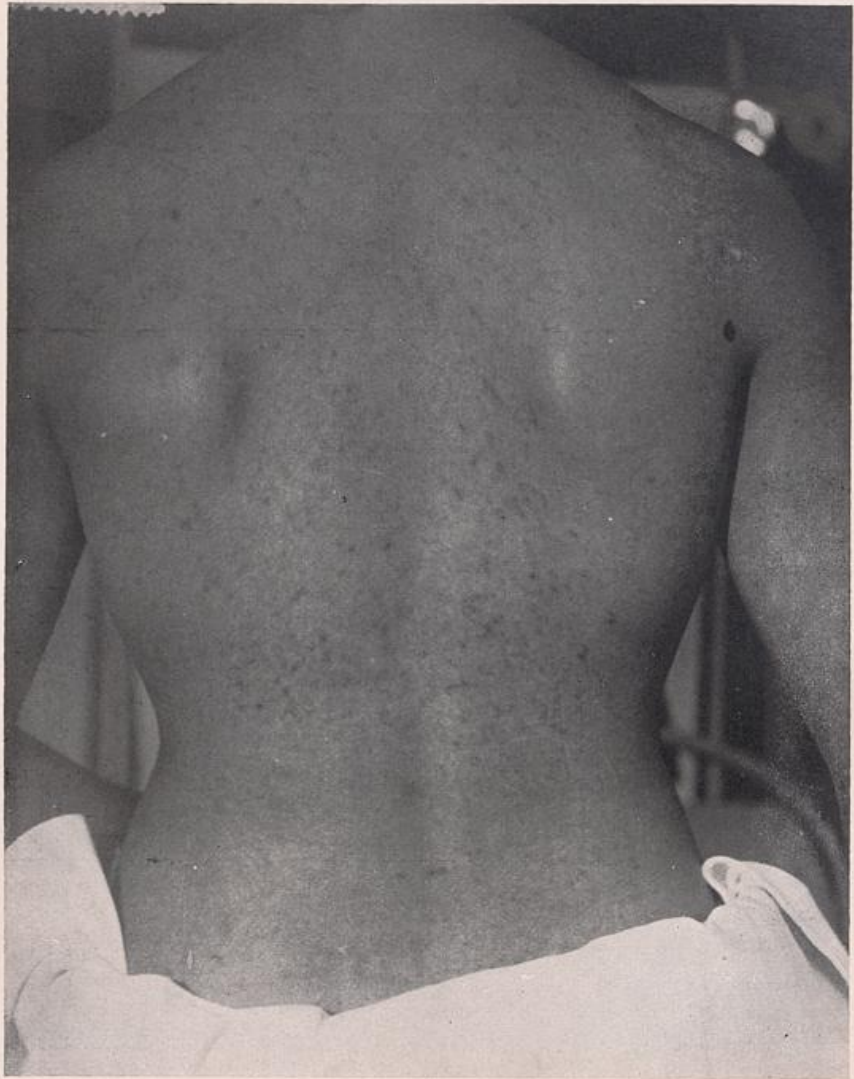


Fig. 34 (31 d). Neben Pigmentationen sind zahlreiche weiße Flecken deutlich wahrnehmbar.
Aufnahme vom 28. November 1924.

Drei Jahre später wurde die Patientin zur Kontrolle wieder photographiert, es waren nur die hellen leukodermatischen Flecken übriggeblieben, sowie Eruptionen an Ellbogen und Kniescheibengegenden. Die Patientin hatte bei ihrer Heirat am 22. Oktober 1926 die regelmäßige (14tägige) Behandlung mit Kolloidalmangan unterbrochen.

Auch die übrigen Bilder, welche das genannte Phänomen zeigen, (Kap. IX) bringen alle zu gleicher Zeit die Pigmentationsabweichungen zur Anschauung.

Zweitens kann man auch bei natürlicher Sonnenbestrahlung dieselbe Erscheinung oft wahrnehmen.

Zufälligerweise sah ich einen typischen Fall bei einem jungen Mediziner (s. Fig. 35 und 36).

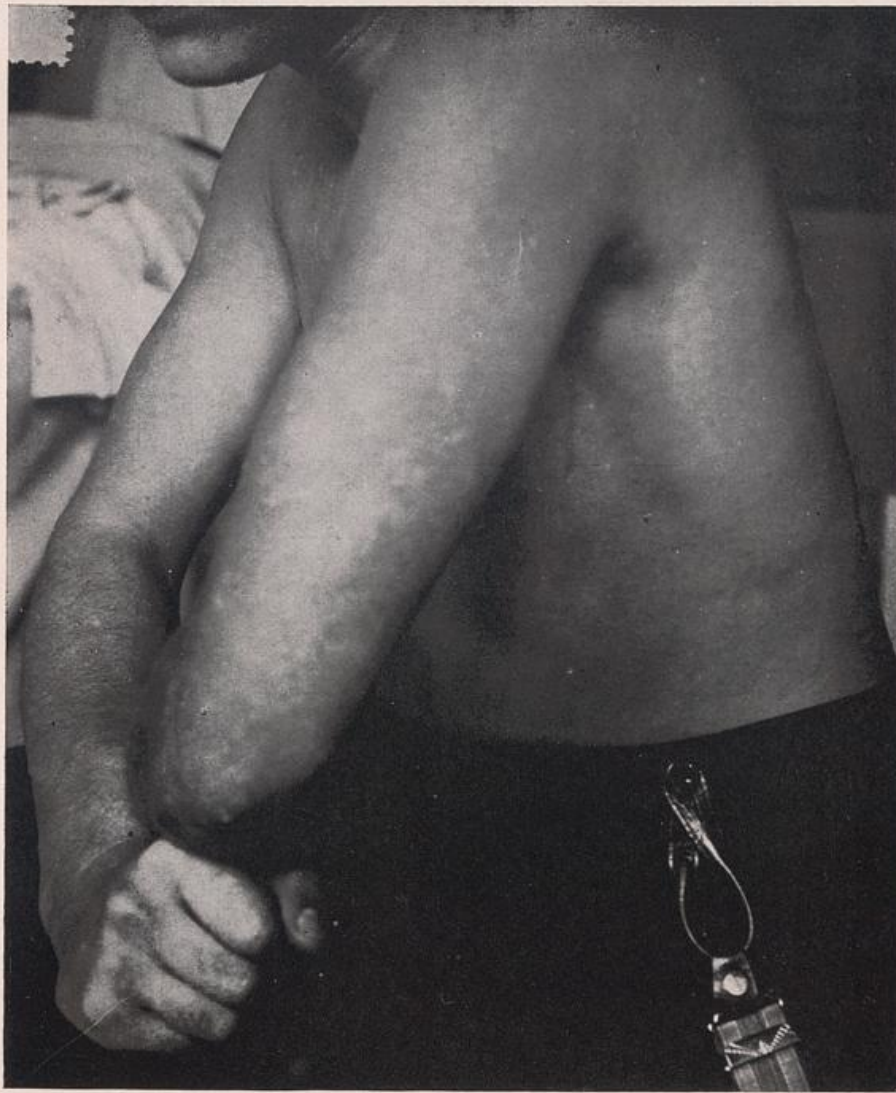


Fig. 35 (a). *Psoriasis vulgaris*. Junger Mann, 25 Jahre, Mediziner, leidet seit langer Zeit an Pso. vulg., die sich stets im Winter zeigte und im Sommer wieder verschwand. Sehr deutliche Depigmentation der beiden Arme, die im Sommer durch Sportübungen dem direkten Sonnenlicht ausgesetzt waren. Auch auf dem Rumpf sind zahlreiche wenig pigmentierte Teile wahrnehmbar, wo mit Bestimmtheit niemals psoriatische Eruptionen vorgekommen sind.

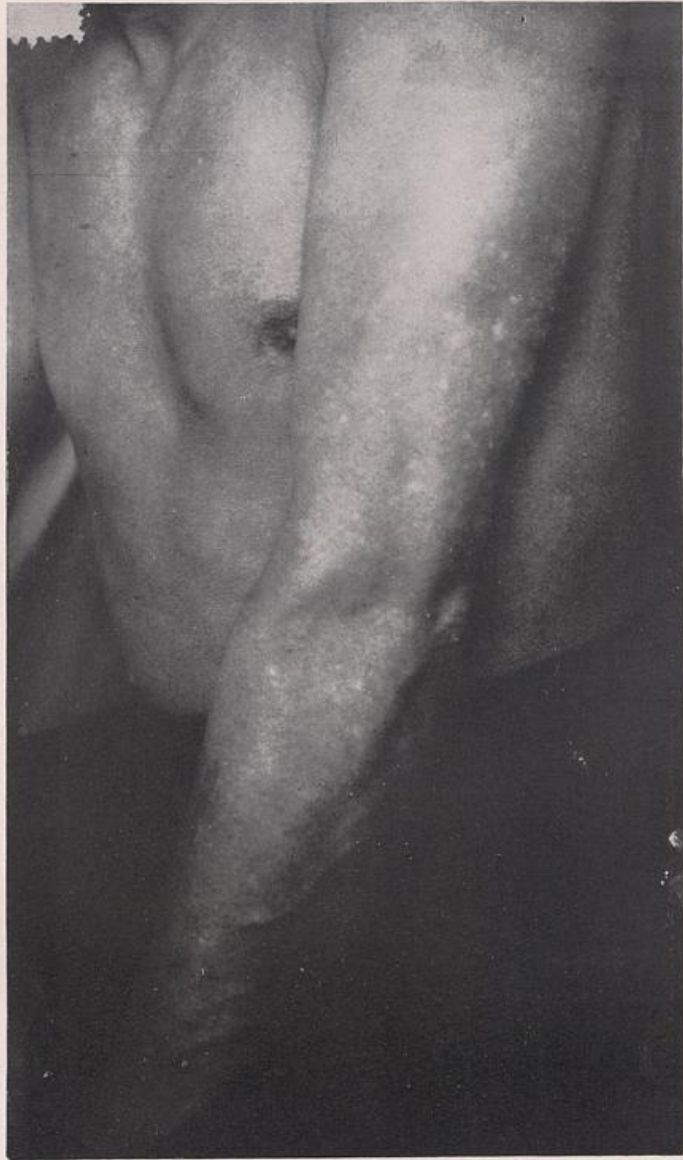


Fig. 36 (35b). Psoriasis vulgaris. Derselbe Patient wie vorige Figur.

Er litt seit einigen Jahren an Psoriasis und ging während einiger Sommermonate viel in die Sonne, ruderte usw., hatte also in gewissem Sinne ein „Sonnenbad“: ich sah nun dieses Zurückbleiben der Pigmentation deutlich, in diesem Falle kombiniert mit Leucoderma psoriaticum verum an Stellen, wo noch einige Schuppung stattfand.

An den leicht depigmentierten Stellen — der Kranke hatte sie selbst nicht bemerkt — waren keine Pso.-Papeln vorgekommen; dies konnte mit Bestimmtheit festgestellt werden.

Die normale, meist vorhandene, leichte Hyperpigmentation in der Gürtelgegend liefert in den meisten Fällen schon genügende Kontrastfärbung, wenigstens für das einmal geübte, scharf beobachtende Auge des Untersuchers.

Drittens kann das Zurückbleiben in der Pigmentation durch photographische Aufnahme bewiesen werden, bei gleichzeitiger Beleuchtung mit dem ultravioletten Licht einer Kromayer-Lampe.

Ich machte die Aufnahmen bei vollem Tageslicht durch direkte Bestrahlung mit Sonnenlicht, oft mit gleichzeitiger Beleuchtung der zu photographierenden Stellen mittelst der Kromayer-Lampe, mit anderen Worten also mit Sonnenlicht, das sehr reich an ultravioletten Strahlen ist.

Der Deutlichkeit halber lasse ich hier einige Abbildungen derartiger Aufnahmen folgen zum Vergleich. Sie illustrieren das beschriebene Symptom vollkommen (s. Fig. 37—40).

Absichtlich wurden bei diesen und anderen der folgenden Aufnahmen eine direkte Beleuchtung des zu photographierenden Teiles vorgenommen und wurde kein reflektiertes Licht gebraucht¹⁾. Immerhin besteht die Möglichkeit, daß beim Gebrauch einer Wand zum reflektieren des Lichtes, durch die Bespannung mit Papier oder mit Leinwand, dem ultravioletten Licht einige Bündel entnommen werden, durch Resorption des Lichtes, welche von der Bespannung ausgeht wird.

Der Abstand zwischen Lichtquelle und Patient betrug immer mehr als 1 Meter, denn die Kromayer-Lampe wurde etwas rückwärts, mit kleinem Zwischenschirm neben den photographischen Apparat, so aufgestellt, daß direkter Einfluß des Lichtes auf das Objektiv der Kamera vollkommen ausgeschlossen war.

Die nachstehenden Abbildungen geben eine Übersicht der Art und Weise, wie die hier beschriebene Erscheinung der verminderten Pigmentation bei Pso. vulg. sich zeigt.

Den besten und überzeugendsten Eindruck dieser Erscheinungen erhielt ich durch Vergleichen der zahlreichen photographischen Aufnahmen von Pso.-Kranken. Wenn „poliklinische“ Umstände es gestatten (und besonders wenn die Patienten dazu bereit waren), habe ich, früher nicht regelmäßig, jedoch in

¹⁾ S. Stümpke: Die medizinische Quarzlampe 1912, Berlin: H. Meutter; Bibliothek d. Physikal.-Medizinische Techniker, Band 3.

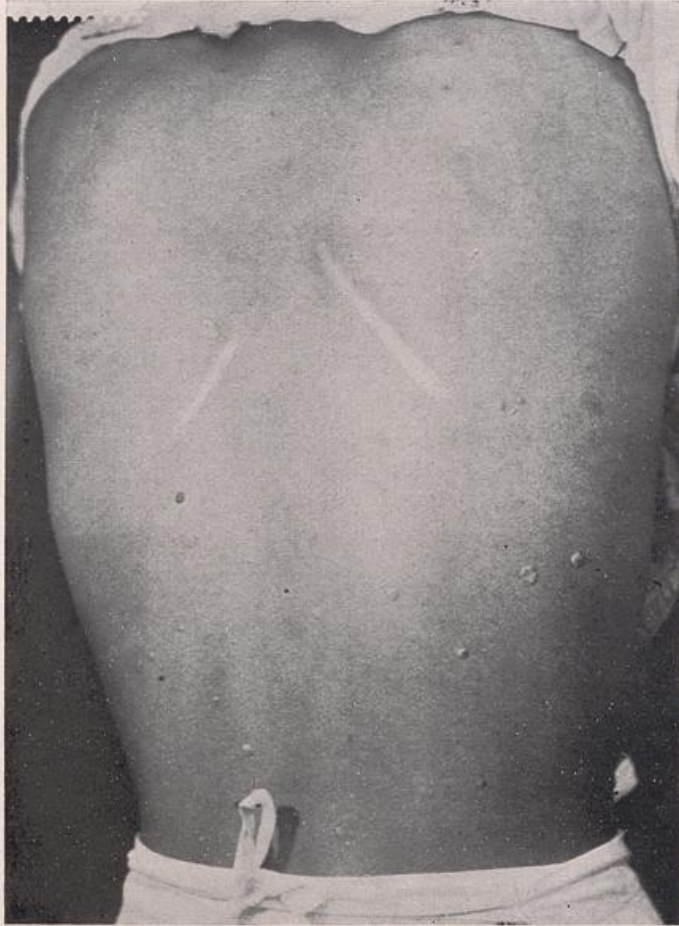


Fig. 37(a). Psoriasis vulgaris. Nr. B3076. Joh. d. K. ♀, 17 Jahre, unverheiratet. Aufnahme ohne Extrabelichtung durch Kromayer-Lampe. Die Patientin hat Hautleiden seit dem 6. Jahre. Vater gesund, Mutter bereits gestorben; keine Hautkrankheiten. An Ellbogenwinkeln und in Kniescheibengegenden eine Pso. vulg. ostra cea; an den Schenkeln Pso. vulg. guttata, ebenso auf den Armen. Auf dem Rücken eine Pso. vulg. guttata. Behaarter Kopf: Erythemato-squamöse Flecken. Deutliche Dermographie auf dem Rücken. Urin normal. Lange Zeit an anderer Stelle behandelt. Behandlung mit T.O.A. vom 9. Oktober 1923 bis 4. Juli 1924; Zunahme der Eruption und Injektion von Kolloidalmangan. Photogr. Aufnahme vom 30. November 1923; Nr. 338.



Fig. 38 (37 b). Dieselbe Patientin wie Fig. 37. Aufnahme mit gleichzeitiger Kromayer-Belichtung. Photogr. Aufnahme vom 30. November 1928; Nr. 339.



Fig. 39 (a). Nr. B 3185. ♀ Frau v. St., Alter 50 Jahre, verheiratet; 4 Kinder. Aufnahme ohne Extrabelichtung. Die Krankheit besteht seit 4 Jahren. Vater der Patientin vor 4 Jahren gestorben, hatte ebenfalls (dieselbe?) Hautkrankheit. Eine Tochter der Patientin (26 Jahre) hat (dieselbe?) Hautkrankheit auf dem behaarten Kopf. Urin normal. Es besteht eine erythematopapulo-squamöse Eruption, mit einer dicken Lage Schuppen bedeckt, mit stark erythematösem Boden. Starke Dermographie (s. Fig.), welche sich nach einer resp. zwei Wochen noch zeigt durch leicht pigmentierte Stria, mit einigen fühlbaren Verdickungen in der Epidermis, ohne papulöse Erhöhung. Auf dem Rücken deutlich sichtbare, heller tingierte, fleckenweise verbreitete Depigmentation. Behandlung mit T.O.A. Photogr. Aufnahme vom 30. November 1923; Nr. 336.



Fig. 40 (39 a). Dieselbe Patientin wie Fig. 39 a mit Extrabelichtung mit Kromayer-Lampe. Auffallend ist die deutliche Depigmentation in den Inter- resp. Supraskapulargegenden beiderseits. Photogr. Aufnahme vom 30. November 1923; Nr. 337.

der letzten Zeit regelmäßiger, diese Aufnahmen machen lassen; auf diese Weise erhielt ich gewissermaßen eine Ikonographie, die das so gut wie konstante Vorkommen dieser Pigmentdefekte bei Pso. vulg. zeigt.

Nicht nur auf dem Rumpf, sondern ebenso auf den Extremitäten kommt dieses Leukoderma vor. Daß im allgemeinen die photographische Platte mehr geben kann, als das normale Auge entdeckt, ist eine dem Photographen bekannte Erscheinung. Teilweise kommt dieses Resultat auf Rechnung der größeren Empfindlichkeit der photographischen Platte für die „mehr rechts liegenden“ Strahlen des Sonnenspektrums, also die Strahlen, die im Blauviolett resp. Ultraviolett liegen.

Unter normalen Umständen hemmt die Glasbedeckung unserer Wohnungen viel (nicht alles) ultraviolettes Licht. Wird nun in obengenannter Weise mit der Kromayer-Lampe das Sonnenlicht in dem photographischen Atelier — in der Dermatologischen Poliklinik der Universität ein gewöhnliches Zimmer — relativ reich an ultravioletten Strahlen gemacht, dann nimmt es nicht wunder, daß die Platte soviel mehr geben kann, als das Auge wahrnimmt (s. Fig. 41—51).

Die Bilder sind denn auch durchaus nicht eine „Auswahl“ von ausgesuchten Fällen. Die genannte Ikonographie zeigt das deutlich.

Es sei bemerkt, daß alle Aufnahmen gemacht sind entweder sofort beim Anfange der Behandlung oder nachher, ohne daß Chrysarobin-, Cignolin- oder andere Behandlungen vorangegangen waren.

Diagnostische Fehler zwischen den verschiedenen der obengenannten Depigmentationen, welche bei Pso. vulg. vorkommen, sind also ausgeschlossen.

Die Aufnahmen wurden entweder mit oder ohne Beleuchtung mittels Kromayer-Lampe angefertigt, abhängig von der Tageshelligkeit; immer wurde die beste Beleuchtung ausgesucht; oft mit beinah vollkommener Abschließung der Blende; oft ohne; die Aufnahmezeit war deshalb verschieden. Durch längere Expositionszeit sind einige Bilder einigermaßen verwischt. Der Raum, wo die Aufnahmen gemacht wurden, war, wie oben schon bemerkt, nicht besonders dafür geeignet; es war zu gleicher Zeit der Raum, wo die täglichen Belichtungen mittels der „Höhensonne“ und „Kromayer“ stattfanden. —



Fig. 41. Pso. vulg. nummularis et confluens. Nr. 7065. ♂ A. v. d. W., Arbeiter. Alter 31 Jahre, unverheiratet. In Behandlung am 25. März 1919. Hat eine maximale Eruption über der ganzen Körperoberfläche, besonders stark im Gesicht. Starkes Leucoderma psoriat. Wa.R. negativ. Am 26. Februar 1920 und 18. Januar 1924 bestand jeweils noch ein sehr starkes Leucoderma psoriat. auch an den Stellen, wo seit Jahren keine psoriatischen Eruptionen vorgekommen waren. Photog. Aufnahme vom 16. Mai 1919; Nr. 18.

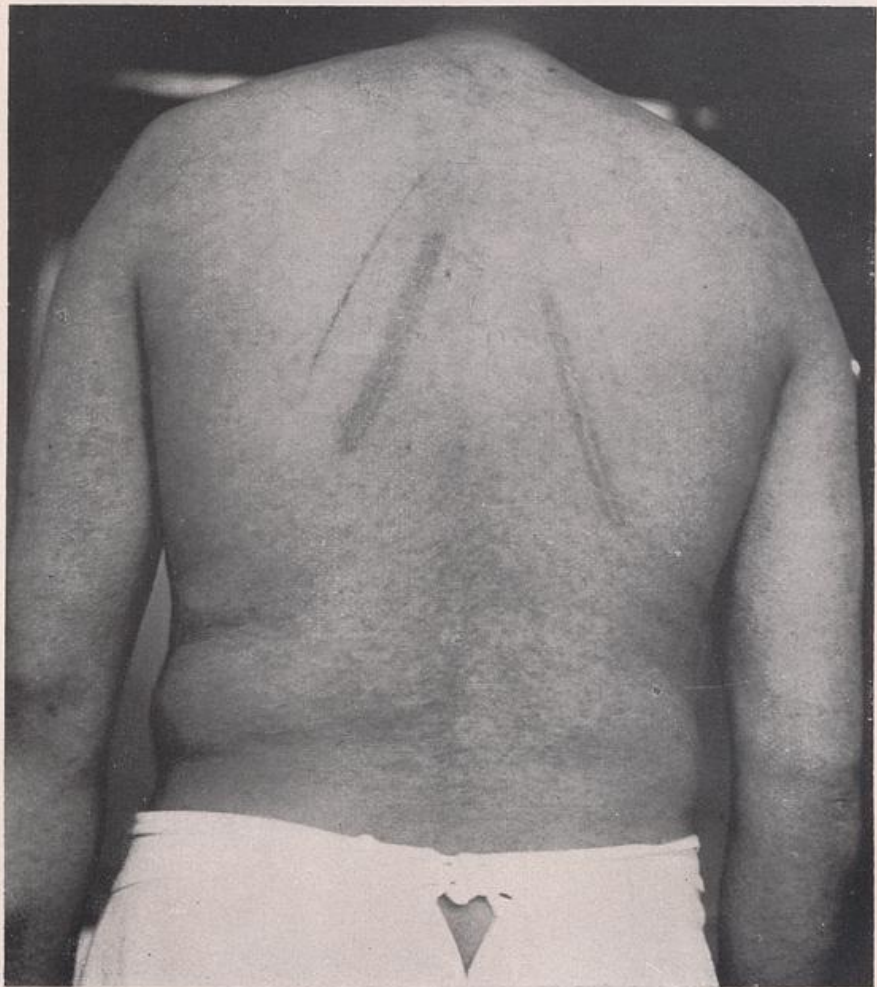


Fig. 42. Nr. B 3287. ♂ J. L. K., Alter 28 Jahre, verheiratet. 1 Kind (2. folgt). Aufnahme mit gleichzeitiger Kromayer-Belichtung. In Behandlung am 16. Januar 1924. Krankheit besteht seit 1917 (Militärzeit). Mutter des Patienten ebenfalls Pso. vulg., hat angefangen 1 Jahr vor Beginn beim Patienten. Sitz der Krankheit an den Ellbogen, Streckseite des Unterarmes und beiderseitiger Schienenfläche, papulo-squamöse erythematöse Eruptionen. Deutliche Dermographie. Es besteht auf Brust und Rückenfläche, besonders am Schultergürtel eine deutliche, fleckweise auftretende, leicht tingierte verminderte Pigmentation, welche besonders deutlich wird bei gleichzeitiger Belichtung mit Kromayer-Lampe. Behandlung mit T.O.A. und danach mit Kolloidalmanganinjektionen. Photogr. Aufnahme vom 17. Juni 1924; Nr. 354.

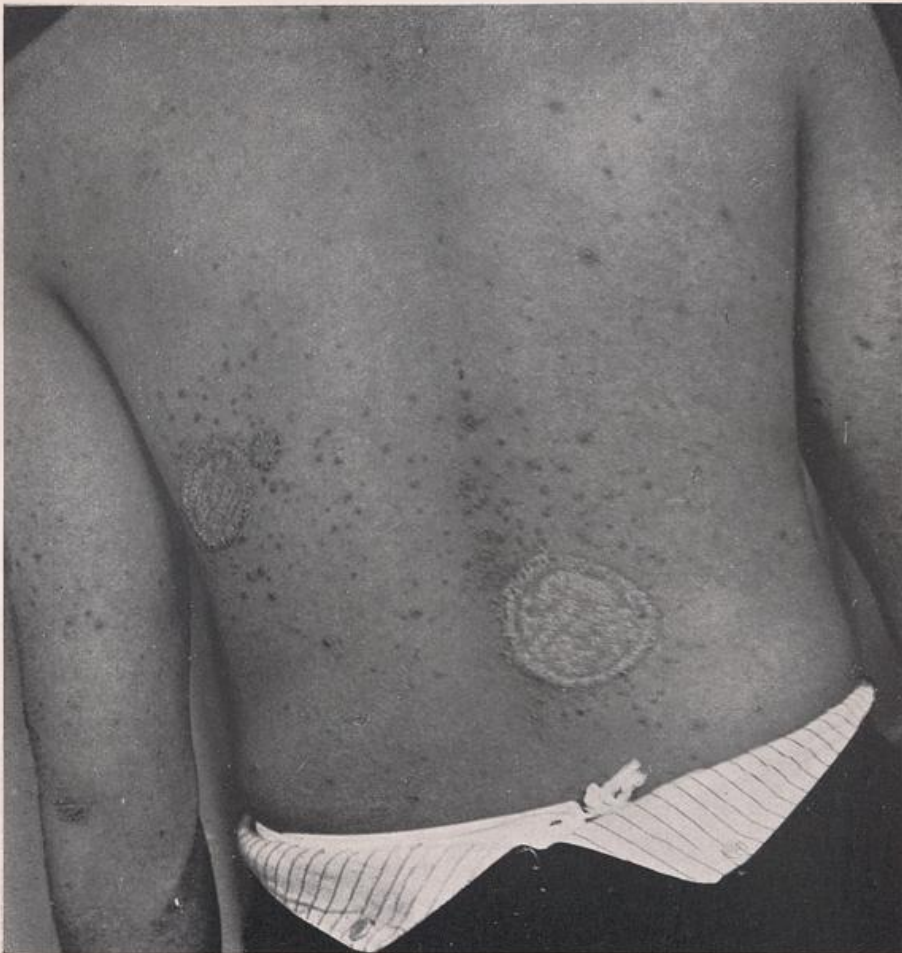


Fig. 43. Pso. vulg. punctata et orbicularis. p. P. ♂ K., Dir. einer Waschanstalt. Krankheit besteht seit etwa $1\frac{1}{2}$ Jahren. Eltern, Brüder und Schwestern keine Hautkrankheiten. Ein Onkel (von Vaters Seite) ebenfalls Pso. vulg. Patient ist, abgesehen von der ausgedehnten Hautkrankheit, übrigens gesund. Wurde im Haag behandelt. Universelle Pso. vulg. als erythemato-papulo-squamöse Eruption; an mehreren Stellen selbst Pso. ostracea; übrigens: guttata, nummularis (in der Sakralgegend), ostracea (Knie). Starke Dermographie und sehr deutlich wahrnehmbares Leucoderma psoriat. Nach 2 Jahren bestand noch deutliche Pigmentabweichung, obwohl sich die Eruption in den letzten Jahren auf einige Papeln beschränkt hatte. Photogr. Aufnahme vom 14. Juni 1922; Nr. 218.

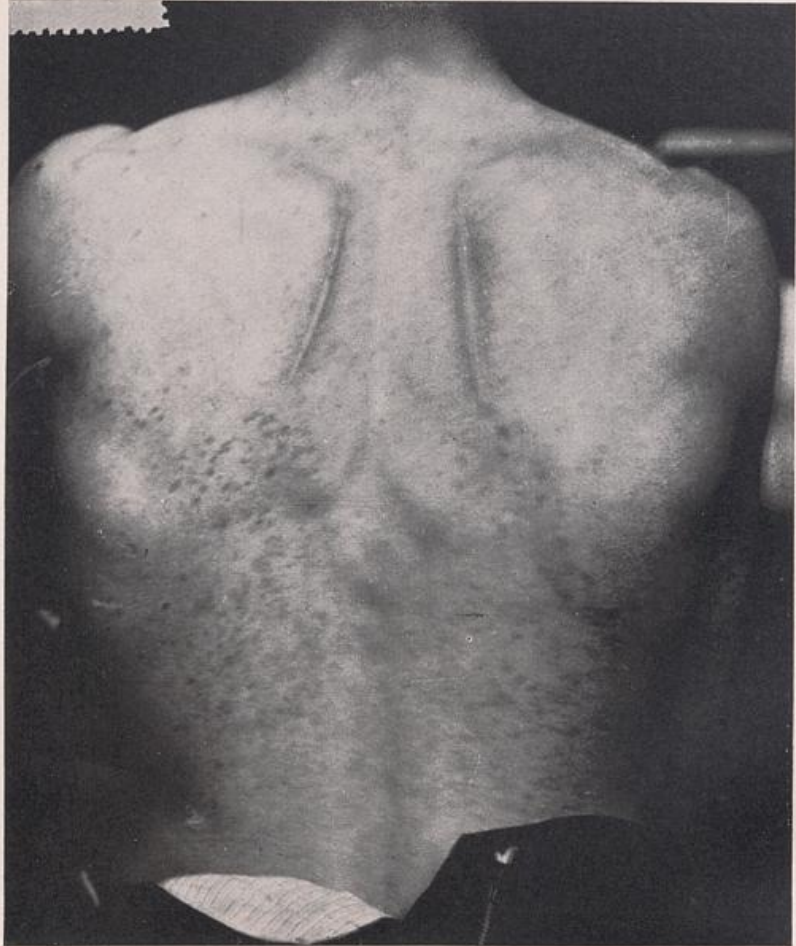


Fig. 44. Pso. vulg. punctata et guttata. Nr. B 3078. ♂ W. G., Alter 19 Jahr, unverheiratet. Patient ist Bauernknecht. Krankheit besteht seit 3 Jahren. Eltern und weitere Familienmitglieder gesund. Pso. vulg. guttata universalis; an beiden Ellbogen und Knie-scheibengegenden bestehen größere Plaques, die stark schuppen. Deutliches Leukoderma; deutliche Dermographie. Behandelt vom 8. Oktober 1923 bis 3. Mai 1924 mit T.O.A. ohne viel Resultat. Am 6. Juni 1924 mit Kolloidalmanganinjektionen angefangen.

Photogr. Aufnahme vom 17. Dezember 1923; Nr. 334.



Fig. 45. Nr. B 3422. ♀ Frä. L. M., Alter 31 Jahre, unverheiratet, Kellnerin. In Behandlung am 11. März 1924. Krankheit besteht seit dem 13. Jahre. Mit Bestimmtheit bekannt, daß kein Familienmitglied an Hautkrankheiten litt. Symmetrische, hyperämische Plaques im Gesicht, wie Lupus erythematosus desquamativus. Auf dem ganzen Körper papulöse, nummulare und areolare Plaques von Psoriasis vulgaris. Wegen der Möglichkeit von Lupus erythematosus eine Holländerkur; außerdem T.O.A.-Injektion. Am 23. Mai 1924 ist die Eruption im Gesicht bedeutend gebessert, jedoch hat sich an der Stelle der T.O.A.-Injektion ein Köbners Phänomen eingestellt. Leucoderma psoriat. auch an den Stellen, wo vorher keine Eruptionen anwesend waren, am 23. Mai noch deutlich bestehend. Behandelt mit Kolloidalmanganinjektion. Am 21. November ist die Eruption, bis auf einige Papeln an den Ellbogen, geschwunden.

van Kerckhoff, Psoriasis vulgaris

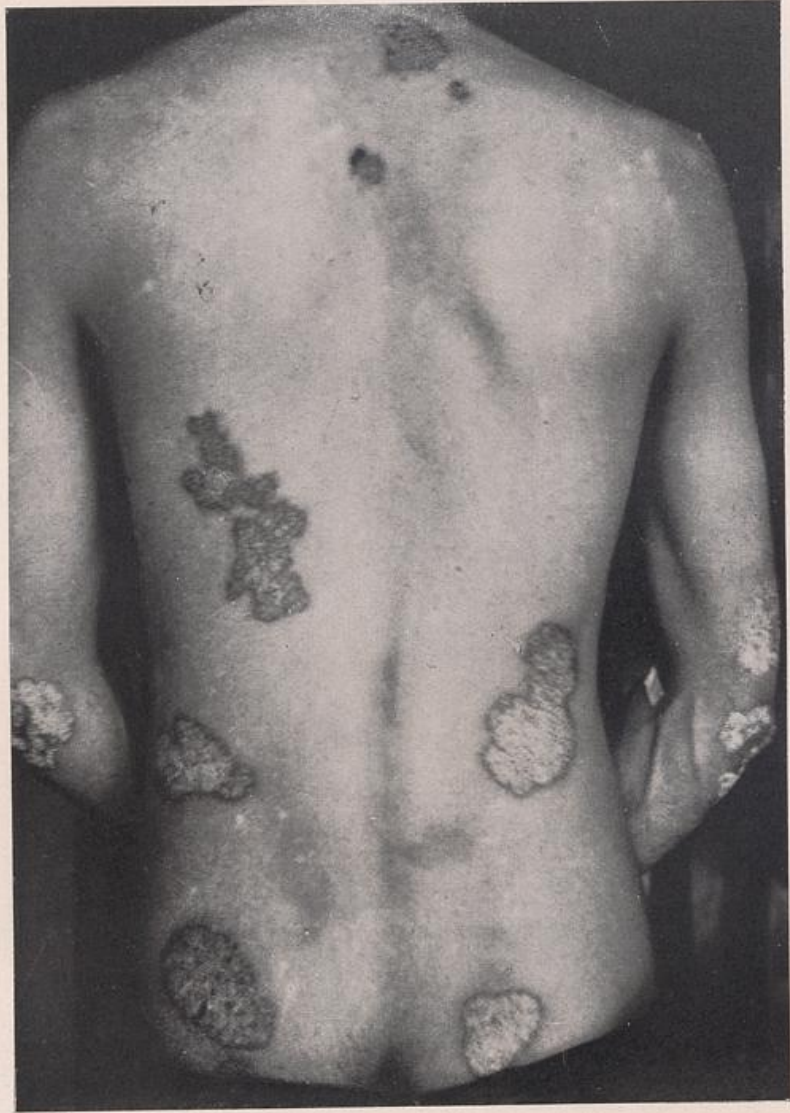


Fig. 46. Pso. vulg. areata et geographica. p. P. ♂ P. S., Alter 37 Jahre, verheiratet, 2 Kinder. Seit der Jugend bestehend, in Ellbogen- und Kniescheibengegenden. Jetzt auch auf dem behaarten Kopf, mit einer typischen Corona psoriatic. (s. Fig. 84). Ausdehnung: universal, als guttata, papulosa, nummularis; außerdem Klagen über rheumatische Schmerzen in den Muskeln. Außer den großen Plaques ein deutliches Leucoderma psoriatic. auf dem Rumpf wahrzunehmen, an Stellen, wo niemals Eruptionen der Krankheit anwesend waren. Bei Behandlung mit Kolloidalmangan sehr gebessert; am 12. Februar 1925 nicht geheilt. Photogr. Aufnahme vom 27. Mai 1924; Nr. 312.



Fig. 47. Pso. vulg. diffusa et gyrata. Nr. B 2486. ♀ C. v. W., Alter 24 Jahre, unverheiratet, Näherin. In Behandlung am 18. Januar 1923. Vater ebenfalls Pso. vulg.; auch ein Bruder. Vier Schwestern, alle gesund. Außerordentlich stark schuppende Pso. vulg. areolaris und papulosa universalis; auch auf dem behaarten Kopf. Die Haut der Patientin zeigt auffallendes Leukoderma, abwechselnd mit Hyperpigmentation. Weil jede therapeutische Maßnahme ohne Wirkung blieb, wurde am 16. Mai 1924 mit Injektionen von Kolloidalmangan angefangen, wobei die Eruption allmählich abnahm. Photogr. Aufnahme vom 18. Januar 1923; Nr. 259.



Fig. 48(a). Pso. vulg. areata et ostraeca. p. Patientin. ♀ C., 34 Jahre, verheiratet, keine Kinder. Seit vielen Jahren bestehende Pso. vulg. am Ellbogen, Unterarmen, Knien. Wurde vorher mit vielerlei Mitteln behandelt. Auf Armen und Unterschenkeln sehr deutlich die depigmentierten Stellen sichtbar. Photogr. Aufnahme vom 15. September 1922; Nr. 225.



Fig. 49 (48 b). Pso. vulg. papulosa et corneus hypertrophicus.
Dieselbe Patientin wie in Fig. 48. Deutlich wahrnehmbare Depigmentationen.



Fig. 50. Pso. vulg. orbicularis et areata. p. P. ♀ O., Alter 24 Jahre, verheiratet, 1 Kind. Photogr. Aufnahme vom 9. Oktober 1922; Nr. 238. Deutliche Depigmentationen.



Fig. 51. Pso. vulg. arcata et confluens. p. P. ♂ S., 24 Jahre, unverheiratet. Krankheit besteht schon seit Jahren. Anverwandte nicht krank. Patient ist Landarbeiter, gesund. Auf allen Extremitäten große Plaques von Pso. vulg. Die Depigmentationen auf den Armen sind deutlich wahrnehmbar. Photogr. Aufnahme vom 19. September 1922; Nr. 235.



Fig. 52(a). Pso. vulg. mit Melanodermia arsenicalis. Nr. 1893. ♀ J. V., 11 Jahre. Das Zurückbleiben der Pigmentation ist äußerst deutlich wahrnehmbar (s. Fig. 53).
Photogr. Aufnahme vom 14. Januar 1920; Nr. 49.



Fig. 53 (52 b). Dieselbe Patientin wie in Fig. 52. Aufnahme 2 Jahre später. Die Depigmentationen sind äußerst scharf sichtbar. *Melanoderma arsenicalis* noch bestehend. Verschiedene psoriatische Eruptionen sind am Rande von leukodermatischen Flecken aufgetreten.

Viertens (s. S. 55) will ich hier hinweisen auf noch eine Art, wie sich die gestörte Pigmentation zeigte, zumal da hier Hypopigmentation ganz spontan auftrat.

Es betraf den Fall von Pso. vulg. bei der etwa 12jährigen Patientin (s. Fig. 15), die vorher bereits geraume Zeit in Behandlung war und die mit einer sehr starken Melanoderma arsenicalis behaftet, sich zur Behandlung einfand (s. Fig. 52 und 53).

Außer den Pso.-Papeln zeigt das Bild die zahlreichen Hypopigmentationen auf Bauch und Brust sehr deutlich, und die Patientin erklärte mit Bestimmtheit, daß hier niemals Papeln vorgekommen seien. Die Flecken blieben während der langen Zeit, in der ich die Patientin beobachten konnte, bestehen.

Ich berichtete bereits oben, daß bei dieser kleinen Patientin das mikroskopische Bild der Papeln selbst ein Schwinden des Pigments zeigte (siehe Fig. 15—19).

Mir ist nur eine klinische Mitteilung bekannt, welche, wie es mir scheint, dieselbe Erscheinung der Hypopigmentation (keine vollständige Leukoderma) beschreibt, nämlich die von Rille aus dem Jahre 1912¹⁾. Dieser war auch einer der ersten, der auf das Bestehen des Leucoderma psoriaticum verum hingewiesen hat.

Auf der Abbildung, welche Rille gibt, sind in der Schläfen- und Wandbein-gegend heller gefärbte runde Flecken zu beobachten, die jedoch viel größer sind als die oben beschriebenen Flecken.

Merkwürdigerweise kamen bei dem Patienten Rilles — einem 12jährigen Knaben — diese Flecken innerhalb der Haargrenze an den Seiten des Kopfes vor, auf leicht hyperpigmentierter Umgebung, eine Erscheinung, die auf dem behaarten Kopfe nicht oft vorkommt und welche die Möglichkeit nicht ausschließt, daß in casu eine beginnende Vitiligo bestand (s. oben unter 1).

Nach der Beschreibung von Rille waren an den betreffenden Stellen keine psoriatischen scheibenförmigen Eruptionen vorgekommen.

Bei anderen in der Literatur beschriebenen Fällen läßt sich nicht mit Sicherheit feststellen, ob an den betreffenden Stellen psoriatische Eruptionen aufgetreten waren oder nicht; mit anderen Worten, ob sie nicht klinisch zu dem Bilde des Leucoderma psoriaticum verum gehören, dessen Bestehen infolge der oben mitgeteilten mikroskopischen Befunde jetzt wohl kaum mehr Staunen erregt.

Es fällt jedoch auf, daß sowohl klinisch der Mangel in der Pigmentation, der areolar über einen so großen Teil der Körperoberfläche verbreitet ist, als auch mikroskopisch das Fehlen von Pigment in der psoriatischen Papel niemals die volle Aufmerksamkeit erregt haben.

¹⁾ Rille, Über Leucoderma psoriaticum der behaarten Kopfhaut, Dermat. Zeitschr. 1912, Nr. 1, S. 11, mit Abbildung und Literaturangabe.

Eine Erklärung dieses Widerspruches in bezug auf die ausführlichen Beschreibungen der Symptomatologie der Pso. vulg. ist vielleicht zu suchen in der Tatsache, daß bei den Patienten eine permanente Dilatation der Hautkapillaren vorhanden ist. Unna sagte ja bereits vor Jahren (s. oben), daß die Eigentümlichkeit der Haut bei Pso.-Kranken darin bestehe, „daß es sich einerseits um einen schwachen Gefäßtonus handelt, welcher bei lähmenden Einflüssen die Kapillaren der Haut leicht unter hohen Blutdruck kommen läßt“.

Aus der großen Bedeutung, welche, von streng physiologischem Standpunkte aus betrachtet, dem Pigmentationsprozeß der Haut beizumessen ist, daß er nämlich eine primordiale Funktion der Keimzellenlage der Epidermis ist und als solche eine der frühesten Manifestationen des Metabolismus der „transmutation fonctionelle“ (Bouchard, s. Kapitel I) darstellt, folgt sogleich, daß man den Abweichungen, die oben beschrieben wurden, seine volle Aufmerksamkeit schenken muß.

Stellen mit verminderter Pigmentabscheidung in der Haut, die vielleicht mit den oben beschriebenen übereinzustimmen scheinen, trifft man entschieden wiederholt an, auch bei Patienten, bei denen von Psoriasis oder Veranlagung zu dieser Krankheit nicht die Rede ist. Ich bin jedoch der Ansicht, daß einerseits das absolute Fehlen von Melanin in der psoriatischen Papel und andererseits die Verminderung der Pigmentanhäufung, welche über große Teile der Körperoberfläche areolar verbreitet ist, beides zwar graduell verschiedene, doch unstreitig nahe verwandte Erscheinungen sind.

Nach dem heutigen Stande der Pigmentfrage weisen sie beide hin auf einen von der Norm abweichenden Oxydationsprozeß des funktionellen Metabolismus („transmutation de fonctionnement“, Bouchard) der Zellen im Stratum germinativum.

Im vorigen Kapitel bewiesen wir diese Änderung auf Grund der pathologisch-anatomischen Untersuchung der psoriatischen Papel selbst; nunmehr muß man diese Schlußfolgerung ziehen für das ganze Organ: Haut, beim Pso.-Kranken.

Ich bin der Ansicht, daß über diese Schlußfolgerung kein Zweifel bestehen kann. Wenn bei einem relativ großen Krankheitsmaterial die beschriebene Anomalie so gut wie konstant vorhanden ist, so erhebt sich die Frage, ob dieses Symptom nicht als eine Äußerung einer gewissen „Bereitschaft“ der Haut beim Pso.-Kranken betrachtet werden kann. Auf dem Boden dieser „Bereitschaft“ könnte dann unter Einfluß einer lokal vorhandenen Konstellation das Produkt der Krankheit selbst, die Papel, entstehen.

Mit Rücksicht auf den oxydierenden Einfluß, der den chemisch wirkenden Lichtstrahlen auf die Haut zukommt, muß diese Frage in bejahendem Sinne beantwortet werden, wenn man sich überlegt, daß eine Änderung oder ein Defizit in den oxydativen Prozessen der Haut einen Mangel an Einfluß des Lichtes

bedeutet, d. h. an derjenigen Form der Energie, welche die oxydativen Prozesse der Haut entweder bewerkstelligt oder fördert. In diesem Mangel könnte also die „Bereitschaft“ der Haut bestehen, und in diesem Sinne kann man also sagen, daß die „Bereitschaft“ ein Zustand des „Lichthungers“ ist. Dieser Lichthunger könnte einer der Faktoren einer ursächlichen Konstellation der Pso. vulg. sein, wenn:

1. Beweise erbracht werden können, daß die Störungen im Oxydationsprozeß wirklich eine universelle Eigenschaft der Haut des Psoriatikers sind;

2. zu erklären ist, wodurch dieser Mangel entstehen kann, und auch, wie er mit dem Auftreten der Krankheit oder mit der Eruptionsform der Krankheit zusammenhängt;

3. bewiesen werden kann, daß der Zusammenhang dieses Mangels an Oxydationsvermögen und des Auftretens einer psoriatischen Papel besteht, nicht nur bei der Pso. vulg. selbst, sondern auch bei denjenigen Krankheitszuständen, bei denen psoriatische Papeln auftreten.

Zu 1: Der Beweis wurde bereits teilweise erbracht durch die oben beschriebenen Änderungen im Pigmentgehalt der Haut.

Hinsichtlich dieser Schlußfolgerung sind noch Argumente anzuführen, welche der Therapie entnommen sind.

IV.

Schlußfolgerungen „ex juvantibus“ über die Art des Psoriasisprozesses

Es ist stets gewagt, „ex juvantibus“ zu folgern über die Art eines geheilten Krankheitssymptoms oder der Krankheit selbst; jedoch bei Pso. vulg. ist diese Schwierigkeit geringer als in anderen Fällen, und zwar aus nachstehenden Gründen.

Im allgemeinen kann man sagen, daß, je einfacher die krankheitserregende Wirkung ist — d. h. daß sie nur durch einige oder eine einzige Art Energie zustande gebracht wird —, desto einfacher auch der Typus des Effektes dieser Wirkung sein wird; und umgekehrt kann man auch sagen, daß, je einförmiger und konstanter ein Krankheitssymptom ist, desto mehr es die Folgerung zuläßt, daß nur wenige oder nur eine Form der Energie als Faktoren einer ursächlichen Konstellation wirksam waren oder sind. Wir haben bereits am Anfang unserer Ausführungen hierauf hingewiesen. Ferner wurde oben der „monotone“, „uniforme“ Charakter aller Pso.-Eruptionen betont: eine Papel, welche „ab ovo“ desquamiert. Diese Tatsache weist hin auf die Möglichkeit, daß in der ursächlichen Konstellation ein oder einige wenige und immer dieselben Momente stets vorhanden sind, wie kompliziert diese Konstellation übrigens auch sein möge.

Nun ist es zwar richtig, daß die Umstände, unter denen das sichtbare Krankheitsprodukt — in casu die Papel — auftritt, nicht in allen Teilen dieselben zu sein brauchen wie die, unter denen die Krankheit selbst hervorgerufen wird, aber in casu decken sich beide Begriffe.

Wenn man diese Erwägungen im Auge behält, dann ist es ganz gewiß möglich, „ex juvantibus“ etwas mehr zu erfahren über die Art eines Krankheitsprozesses selbst, wenn es nämlich gelingt, durch Anwendung einer bestimmten Energieform das Krankheitsprodukt resp. die Krankheit selbst zum Verschwinden oder zur Genesung zu bringen: in diesem Falle können „post“ und „propter“ zusammenfallen.

In diesen glücklichen Umständen befinden wir uns nun bei der Pso. vulg. durch zwei Behandlungsweisen:

1. die medikamentöse Therapie;
2. die Lichttherapie. Die Bestrahlung mit der Kunstsonne und mit Röntgenstrahlen vertritt ein und dieselbe Sorte Energie: diejenige des Lichtes.