

Beitrag zur Kenntnis des Boeckschen benignen Sarkoid.

Von

Dr. E. Galewsky (Dresden).

(Hiezu Taf. X.)

Die Zahl der Fälle von Boeckschem Sarkoid, die bisher in der Literatur publiziert sind, ist immer noch ganz unverhältnismäßig klein. Ich habe bis heute 33 Fälle zusammenstellen können und glaube daher berechtigt zu sein, einen Fall eingehender zu veröffentlichen, den ich Gelegenheit hatte, 5 Jahre zu beobachten und klinisch eingehend in seinen Rezidiven zu verfolgen. Der Fall ist von mir ganz kurz als Fall zur Diagnose 1907 auf der Naturforscherversammlung zu Dresden und voriges Jahr auf der Naturforscherversammlung in Königsberg als Boecksches Sarkoid demonstriert worden. Ich glaube umsomehr zu dieser Veröffentlichung Veranlassung zu haben, als gerade die Zahl der Fälle, die lange Zeit hindurch beobachtet worden sind, eine ziemlich geringe ist.

Im September 1906 suchte mich Frau X. auf, eine Witwe von 58 Jahren, von schwächtigem Körperbau, aber sonst, wie sie angab, stets gesund, die auch früher nicht an ernsteren Erkrankungen gelitten hatte. Krankheiten erblicher Art sind angeblich in der Familie nicht vorgekommen, insbesondere ist Tuberkulose nie beobachtet worden. Die jetzige Erkrankung begann im Frühjahr 1905 als kleiner roter Punkt auf der linken Wange, der allmählich immer größer wurde und sich flächenhaft vergrößerte. Die Erkrankung verursachte ab und zu Brennen und



Fig. 2.



Fig. 1.

Spannen, ab und zu Hitzegefühl und ein leichtes Jucken, sonst klagte Patientin nur darüber, daß die Geschwulst auf das untere Augenlid drücke und infolgedessen die Elastizität und Beweglichkeit desselben gelitten hätte. Irgendwelche sonstigen Beschwerden, Fieber etc. hat die Patientin nicht gehabt.

Status: Schwächliche, für ihr Alter aber sonst kräftige Frau, mäßig gut genährt, Hautfarbe gelblich, Gesicht ebenso, an den Schleimhäuten keine Veränderung.

Auf der linken Wange bemerkt man eine intensive Rötung, beginnend oberhalb der linken Augenbraue und sich fortsetzend bis zur linken Nasolabialfalte. Das Zentrum dieser Rötung liegt am linken Jochbogen; dieselbe beträgt ungefähr 4 Finger in der Breite und 5—6 Finger in der Länge. Die Farbe der geröteten Stelle ist rosa, an einzelnen Stellen mit einem starken Stich ins Bläuliche; sie ist ziemlich scharf nach oben und nach der Nase zu abgegrenzt, verläuft nach unten und nach der Haargrenze zu allmählich. Bei Fingerdruck fühlt man eine derbe Konsistenz, die Haut ist stark infiltriert, fest teigig ödematös, unterhalb des Auges ragt wie eine Mandel ein fester Plaque über die sowieso infiltrierte Haut hervor, ebenso ist über dem inneren Augwinkel in der Gestalt eines Zehnpfennigstückes die Haut derb und erhaben. Nach der Nase zu scheinen am Rande einzelne kleinere papulöse Stellen über das Niveau der Haut hervorzuragen; sie sind auch mit dem Finger deutlich fühlbar. Die Stelle ist bei Druck nicht schmerzhaft. Mit der Unterlage ist die Geschwulst nicht verwachsen. Die Lymphdrüsen in der Nähe (submaxillar) sind nur ganz schwach vergrößert. An den übrigen Stellen des Körpers sind die Drüsen unverändert.

Am Thorax ist etwas Anormales nicht zu konstatieren; die Brusthälfen dehnen sich bei der Atmung gleichmäßig aus, an den Lungen findet sich normaler Lungenschall, auch sonst ist am Körper nichts pathologisches zu konstatieren. Der Urin ist eiweiß- und zuckerfrei.

Als ich die Patientin die ersten Male sah, konnte ich eine sichere Diagnose nicht stellen. Ich habe zunächst an ein in der Abheilung begriffenes Erysipel oder Erysipeloid gedacht, bin jedoch bald von dieser Diagnose abgekommen, als ich mir überlegte, daß die Erkrankung bereits 1½ Jahre bestand. Die Behandlung bestand in Jechthyolkapseln innerlich und Jechthyolthiosinaminsalbe äußerlich. Unter dieser Behandlung wurde die Affektion ganz allmählich besser. Die Patientin blieb dann aus der Behandlung weg, weil, wie sie mir sagte, die Erkrankung langsam abheilte.

Ich bat sie dann vor der Naturforscherversammlung 1907 noch einmal zur Untersuchung, und fand, daß die Erkrankung fast abgeheilt war. Als ich sie in der Sektion für Dermatologie vorstellte, waren nur noch die schwachen Anzeichen einer Erkrankung zu sehen, eine kaum fühlbare Resistenz in der Haut und eine leichte, gelbbraunliche Pigmentierung zeigte an, an welcher Stelle die Erkrankung gesessen hatte. In der Diskussion hierüber wurde von verschiedenen Seiten die Diagnose

auf chronisch rezidivierendes Erysipeloid gestellt, eine Diagnose, die ich nicht für richtig ansehen konnte, wenn ich auch selbst nicht in der Lage war, eine sichere Diagnose zu stellen.

Im Sommer 1908 trat bei der Patientin ein erneuter Rückfall auf. Es zeigte sich ein derber Knoten auf der Oberlippe und ein ebensolcher über der linken Augenbraue. Beide Knoten waren ungefähr Zehnpfennigstückgroß, der Rand scharf abgegrenzt gegen die Umgebung, die Farbe lebhaft bläulichrot, der Rand mit einzelnen leicht erhöhten, wie papulösen Effloreszenzen besetzt; die ganze Affektion fühlte sich derb an. Die Affektion auf der Stirn war ebenfalls über Zehnpfennigstückgroß, in der Mitte bereits in der Regression begriffen, während der Rand noch ziemlich hoch und wallartig sich gegen die gesunde Umgebung abhob. Über dieser zehnpfennigstückgroßen Stelle war eine isolierte papulöse Erhebung, die sich ebenfalls gegen die Umgebung scharf abhob. Die Patientin suchte mich am 12. Januar 1909 mit dieser Affektion auf und ich konstatierte bereits an der oberen Stelle, die also bereits $\frac{1}{2}$ Jahr bestand, die Rückbildung, das Einsenken in der Mitte. Gleichzeitig hatte die Patientin an der rechten oberen Haargrenze bis in das Haar hinein einzelne runde, flache Plaques, die am Rande papulös erhaben waren, während das Zentrum flacher war und sich ebenfalls bereits in der Regression befand. Diese Stellen waren rötlich bis blaurötlich, die Mitte zeigte einen schwach atrophischen Glanz, der vielleicht an Lupus erythematodes erinnerte. Sonst war ebenfalls an der Patientin nichts Abnormes zu entdecken. Ich verordnete Ichthyolsalbe äußerlich und, da ich in der Diagnose zwischen Boeckschem Sarkoid und Lupus erythematodes wegen der leicht atrophisierenden Stelle an der Haargrenze schwankend war, Chinin innerlich. Gleichzeitig injizierte ich zweimal 0.1 und 0.3 Tuberkulin, um über den Zusammenhang mit Tuberkulose sicher zu sein. Beide Tuberkulinproben fielen negativ aus.

Am 9./X. 1909 suchte mich die Patientin wieder auf, nachdem sie monatelang aus meiner Behandlung fern geblieben war, und zwar deshalb, weil an diesen alten Stellen am Rande neue miliare derbe Knoten aufgetreten waren. Die einzelnen zehnpfennigstückgroßen Stellen waren viel derber und viel deutlicher erhaben wie früher, das Blaurote und Knotige trat noch mehr hervor, und da sich in mir immer mehr die Diagnose Boecksches Sarkoid befestigte, gab ich innerlich Arsen in Pillenform und exzidierte ein kleines Stück aus einer der miliaren Randpapeln. Dieses Exzisionsstück ist leider zu oberflächlich gewesen — die Patientin bat dringend, ihr keine entstellende Wunde im Gesicht zuzufügen — so daß die mikroskopische Untersuchung gerade das für die Diagnose Sichernde nicht ergeben hat. Der Schnitt reicht nur bis in die obersten Schichten der Kutis, die tieferen Schichten fehlen vollständig.

Die Patientin nahm dann bis Ende 1909 Arsen und als ich sie Anfang 1910 sah, war die Affektion abgeheilt. Es bestand auf der Haut eine leichte, gelbbräunliche Pigmentierung, auf der Oberlippe und an der

Haargrenze war ein leichter atrophischer Schein zu konstatieren, während auf der Wange dieser Schein fast ganz fehlte.

Am 26./VI. 1911 habe ich die Patientin wieder untersucht, von neuem eine absolute Abheilung konstatiert; der atrophische Schein auf der Haut ist an sämtlichen Stellen sichtbar, wenn er auch nur ganz schwach und nur bei ganz scharfem Ansehen zu konstatieren ist. Die Patientin fühlt sich wohl und hat seit 1½ Jahren keinen Rückfall mehr gehabt. An dem mikroskopischen Schnitt war nur zu bemerken, daß die Epidermis normal über die Kutis hinwegzog; die einzelnen Schichten der Epidermis waren unverändert. In den obersten Schichten — es war wie gesagt nur der Rand der Kutis getroffen — schien ein starkes Infiltrat vorhanden zu sein, welches aus epitheloiden Zellen bestand.

Eine genauere Diagnose war bei der Oberflächlichkeit des Schnittes nicht möglich.

Wir haben es also zu tun mit einer Erkrankung benigner Art, die aus drei Formen besteht: flächenhaft infiltrierte, großknotigen und kleinknotigen Hauterscheinungen, einer Erkrankung, die sich über Jahre hinaus hinzieht, chronisch ist und auf Arsen abheilt.

Boeck unterscheidet bei seiner Erkrankung ebenfalls diese drei Formen entsprechend dem Namen der Erkrankung: multiples, benignes Sarkoid. Er gibt als Lokalisation das Gesicht in erster Reihe (dann Rücken und Streckseiten der oberen Extremitäten) an. Das Abheilen in unserem Falle trat ebenfalls mit leichter Pigmentierung und verhältnismäßig schnell unter Arsen auf. Differenzialdiagnostisch kam in Frage *Mycosis fungoides*, *Lupus erythematodes* und *Erythema indurée*.

Die *Mycosis fungoides* war wohl ohne weiteres auszuschließen, es fehlte völlig das Wuchernde und Mammellonierte, die Knoten waren nicht hervorgewölbt genug, namentlich die flächenhafte Erkrankung auf der linken Wange konnte überhaupt an *Mycosis fungoides* nicht denken lassen.

Der *Lupus erythematodes* konnte wohl bei der Erkrankung an der oberen Haargrenze in Frage kommen, aber nicht bei den anderen Formen auf Wange und Oberlippe. Hier waren die papulösen Randeffloreszenzen zu charakteristisch, ebenso war bei flächenhafter Erkrankung auf der Wange diese Diagnose ausgeschlossen.

An *Lupus pernio* konnte man wohl bei der flächenhaften Erkrankung auf der Wange, aber nicht bei den kleineren Stellen

denken. Ebenso war das Erythema indur  durch die oberflächlichen Knoten auszuschließen.

Es blieb also tatsächlich keine andere Diagnose übrig als Boecksches Sarkoid, wenn auch 'mit Bedauern konstatiert werden muß, daß der mikroskopische Nachweis, der sofort die Diagnose sichergestellt hätte, fehlte. Aber ich glaube, die Chronizität des Falles, die Multiplizität der Form, der gutartige Verlauf, das Abheilen unter Arsen, sind völlige Beweise für die Richtigkeit der Diagnose.

Ganz interessant ist, daß auch hier die Erkrankung wieder eine Frau betraf, da diese Krankheit zu zwei Dritteln das weibliche Geschlecht bef llt. Ebenso von Bedeutung ist, daß die 2 Tuberkulinproben negativ ausfielen. Auch das besagt ja nichts, da bei verschiedenen F llen in einem Teil die Probe positiv, in dem anderen negativ ausfiel. Nur für die Auffassung der Krankheit ist der negative Tuberkulinbefund von Bedeutung. Er würde mehr für die Ziellersche sprechen, der die Sarkoide zu den infektiösen Granulomen, zusammen mit dem Erythema indur  und dem Lupus pernio, rechnet. Ich selbst wage in dieser Frage nicht zu entscheiden, da ich zu wenig Fälle von Boeckschem Sarkoid gesehen habe. Auch dieser Fall vermag eine Klärung in dieser Frage nicht zu bringen, wenn er auch durch den negativen Ausfall des Interesses wert ist.

Literatur.

1. Bis 1910 in Urban: Zur Kasuistik der Boeckschen Sarkoide. Archiv f. Dermat. u. Syph. Bd. CI.
 2. Index Capelli: 1 Fall von subkut. Sarkoid Darier. Giornale ital. 1910. Heft 6. p. 881.
 3. Behring: Zur Kenntnis des Boeckschen Sarcoid. 1910. Derm. Zeitschrift.
 4. Audry: Sur une maladie noueuse et symmetrique de la face. Annales 1910. p. 137.
 5. Pohlmann: Zur Frage des sog. benignen Miliarlupoid. Arch. f. Derm. Bd. CII. 1910.
-

Erklärung der Abbildungen auf Taf. X.

1. Im Jahre 1906 flächenhafte Form.
 2. Im Jahre 1909 kleinknotige und großknotige Form.
-