

(Aus der akuten psychiatrischen Männerabteilung des Provinzial-Krankenhauses
Jekaterinoslaw [Ukraine]. [Dir. Arzt: Dr. med. V. Krumbmiller].-)

Ein Fall von Acanthosis nigricans bei Debilitas mentis.

Von

Dr. Hermann Goldblatt,
ehem. leit. Arzt der Abteilung.

(Eingegangen am 3. August 1923.)

Im Jahre 1911 berichteten *Parhon* und *Dan*¹⁾ über einen Fall von „Ichthyosis bei angeborenem Schwachsinn“.

Es handelte sich um einen 31jährigen Patienten, der neben den Erscheinungen geistiger Debilität diffuse Ichthyosis in typischer Form, fernerhin Bradykardie und das Blutbild einer ausgesprochenen Mononucleose aufwies. *Parhon* ist der Ansicht, daß dieser Symptomenkomplex auf Dysfunktion der Schilddrüse zurückzuführen wäre, und weist darauf hin, daß die Hypothese einer thyreogenen Pathogenese der Ichthyosis bereits existiere und daß bei letzterer die Thyreoidintherapie, die auch in diesem Falle eingeleitet wurde, bisweilen glänzende Erfolge erzielt.

Als ich im Jahre 1918 bei einem geistig-debilen Patienten eine diffuse, pigmentierte Hautabschuppung wahrnahm, die den Eindruck einer Ichthyosis nigricans machte, fiel mir die obige Mitteilung ein. Auch bei meinem Pat. bestand Bradykardie, und die Blutuntersuchung ergab gleichfalls (allerdings schwach ausgeprägt) Mononucleose. Der pathologisch-anatomische Befund, nach Untersuchung eines exzidierten Hautstückchens, lautete jedoch: Acanthosis nigricans (*Unna*), s. Dys-trophie papillaire et pigmentaire (*Darier*) und korrigierte somit die klinische Diagnose der Hautaffektion.

Das dermatologische Bild der Acanthosis nigricans wäre nach *Joseph*²⁾ folgendes: „Man findet, über mehr oder weniger große Körperteile verbreitet, die Haut schmutzigbraun bis schwarz verfärbt. An diesen Stellen ist die Haut in eine große Zahl feiner Felder geteilt. Die Felder werden durch fein papilläre oder kolbige Erhabenheiten gebildet und voneinander durch feine Furchen getrennt, in deren Tiefe die

¹⁾ *Parhon, C. et C. Dan.* Note sur un cas d'ichthyose avec débilité mentales communique à la Soc. des Sciences medic. de Bucarest, séance du 16. Janv. 1911, Imprimerie „Universala“, Bucarest 1913.

²⁾ *Joseph, M.*: Lehrbuch der Hautkrankheiten. Leipzig, 9. Aufl. 1922, S. 103.

Haut normal oder hellrosa erscheint.“ Eine genaue Beschreibung des Leidens findet sich bei *Brocq*¹⁾.

Dieses Hautleiden gehört offenbar zu den Seltenheiten. So konnte *Bogrow*²⁾ in der Literatur von 1896—1907 bloß 51 Fälle ausfindig machen. Dieser Autor hebt mit Recht hervor, daß die *Acanthosis nigricans* nicht nur ihrer Seltenheit wegen das Interesse des Dermatologen beansprucht, sondern daß es sich um einen Krankheitsprozeß handelt, der ein allgemein-pathologisches Problem darstellt und verschiedene medizinische Grenzgebiete berührt.

„Zum Krankheitsbild der *Dystrophie papillaire et pigmentaire* gewissermaßen gehörig kann das Vorkommen maligner Neubildungen an irgendwelchen Organen oder der Bestand schwerer Allgemeinzustände erachtet werden . . . Es fehlt nicht an Beobachtung von Fällen, welche die genannten malignen Zustände vermissen lassen³⁾. Die Behauptung mancher Autoren, daß die *Acanthosis nigricans* in der Regel mit Carcinomatose der Abdominalorgane einhergehe, scheint zu weit zu gehen. So waren unter 31, genau auf Carcinom untersuchten Fällen von *Acanthosis*, 19 positive und 11 negative Befunde⁴⁾, „in nahezu einer Hälfte der bis 1900 veröffentlichten Fälle von *Acanthosis* war keine Spur von Neubildung oder Erkrankung innerer Organe vorhanden“⁵⁾.

Nach *Frankensteins*⁶⁾ Ansicht liegt diesem Leiden vermutlich eine Autointoxikation „von unbekanntem Ausgangspunkt“ zugrunde. Im Sinne einer innersekretorischen Grundlage der *Acanthosis* ließen sich die günstigen Erfolge, die bisweilen durch Thyreoidintherapie⁷⁾ erzielt wurden, verwerten; auch die Beobachtung *Bolcks*⁸⁾, der durch Darreichung von Nebennierenextrakt in einem Falle von *Acanthosis* gute therapeutische Erfolge sah, sei hier vermerkt. In innersekretorischer Beziehung verdient ferner Beachtung, daß *Bogrow*⁹⁾ in dem von ihm aus der Literatur gesammelten Material 3 Fälle von Amenorrhoe, je einen Fall von Klimakterium, eitrige Strumitis und Struma + Exophthalmus anführt.

1) *Brocq, Louis*: Traité élémentaire de Dermatologie pratique. 1907.

2) Siehe *Bogrow*: K utscheniju o papilljarno-pigmentarnoi dystrophii koshi (*Acanthosis nigricans*). Dissert. Moskau 1908 (russ.).

3) *Ricke, E.*: Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Jena: Verlag G. Fischer 1920, S. 459.

4) *Bogrow*: l. c., S. 164.

5) Encyklopädie der Haut- u. Geschlechtskrankh., herausg. von Prof. E. Lesser. Leipzig 1900, S. 3.

6) *Frankenstein*: Beitrag zur Kenntnis der *Acanthosis nigricans*. Inaug.-Diss. Heidelberg 1904 (zit. nach *Bogrow*: l. c., S. 242).

7) Siehe *Joseph*: l. c., S. 102.

8) Siehe *Brocq*: l. c., S. 531.

9) *Bogrow*: l. c., S. 164.

Was das Auftreten von Acanthosis bei oligophrenen Individuen (wie in meinem Falle) anbelangt, so konnte ich in der mir zur Verfügung gestandenen Literatur nur eine diesbezügliche Beobachtung von *Filser*¹⁾ ausfindig machen. Beim betr. geistig zurückgebliebenen Patienten, der leicht stotterte und an epileptiformen Anfällen litt, entwickelte sich das Hautleiden von Geburt an und wäre als „forme juvenile de l'acanthosis nigricans“ (*Darier*)²⁾ zu bezeichnen.

Die vorliegende Mitteilung ist somit nicht nur ein Beitrag zur Kasuistik eines verhältnismäßig seltenen Hautleidens, sondern beansprucht in Hinsicht der Kombination desselben mit Debilitas mentis — also zweiter diesbezüglicher in der Literatur festgelegter Fall — psychiatrisches Interesse, umsomehr als sich bei meinem Patienten eine pathogenetische Deutung des kombinierten Krankheitsbildes im Sinne einer innersekretorischen Störung aufdrängt.

Die genauere Beschreibung meines Falles wäre folgende:

Pat. Jefim Archipow, 23jährig, ledig, Ukrainer, Bauer, gebürtig aus dem Jekaterinoslawschen Gouvernement, seit Beginn des Weltkrieges Soldat. Aufnahme in die Abteilung Oktober 1918; Entlassung Januar 1919.

Anamnese (durch die Schwester des Kranken erhoben): Vater leidet seit vielen Jahren an Husten und Atemnot; Mutter gesund; Schwester Stotterin; Geisteskrankheiten, Epilepsie, Alkoholismus in der Familie und Ascendenz werden negiert; Pat., der außer den Kinderkrankheiten bis zum Militärdienst angeblich keine sonstigen — auch keine venerischen — Erkrankungen durchgemacht und nie Alkoholexzesse begangen, war von frühester Jugend her geistig unzulänglich: fing spät zu sprechen an, hatte von jeher ein schlechtes Gedächtnis, verstand bisweilen nicht den Sinn einfacher, an ihn gestellter Fragen; konnte in der Volksschule, die er allerdings — ohne in den einzelnen Klassen stecken zu bleiben — absolvierte, schwer mit den Mitschülern Schritt halten; lächelte zeitweilig blöde vor sich hin; suchte keinen Anschluß an Altersgenossen, liebte überhaupt keine Gesellschaft und war fast immer mürrisch. Mit 13 Jahren begann Pat. dem Vater beim Ackerbau behilflich zu sein, erwies sich dabei als träge, indolent, „ging wie im Schlaf herum“. Mit 18 Jahren wurde er zum Militärdienst einberufen und gelangte zur Front, wo er im Train eines Infanterieregiments angestellt wurde; machte 1917 „Typhus“ (?) mit „Pleuritis“ durch und wurde sodann als Rekonvaleszent nach Hause befördert. Die Angehörigen bemerkten nun, daß er zuweilen „dummes Zeug“ sprach, vollständig apathisch war und überhaupt ganz sonderbares Benehmen aufwies. Diese ausgesprochenen psychischen Veränderungen des Patienten veranlaßten die Angehörigen, ihn in der Irrenanstalt unterzubringen. Der Teint des Kranken soll von jeher dunkel gewesen sein, die Trockenheit und Abschilferung der Haut seien der Schwester erst nach seiner Rückkehr von der Front aufgefallen.

Somatischer Untersuchungsbefund. Körperbau — abgesehen von abgeflachtem Brustkasten — normal; Ernährungszustand schwächlich; Körperlänge 164 cm, Schädelmaße (in Zentimetern): Umfang 55, Sagittalbogen 24, Frontalbogen 35, Längendurchmesser 18, Querdurchmesser 16,5, Stirnhöhe 6, Gesichtslänge 19 cm.

¹⁾ *Filser*: Ein Beitrag zur Kasuistik der Acanthosis nigricans. Inaug.-Dissert. Würzburg 1908 (bei *Bogrow*: I. c., S. 91).

²⁾ *Brocq*: I. c., S. 530.

Abstehende, leicht deformierte Ohrmuscheln, angewachsene Ohrläppchen. Sonst keine körperlichen Degenerationszeichen.

Die Haut ist exquisit trocken und fast durchweg mit dunkelbraunen Schuppen bedeckt, die hie und da nahezu schwärzliche Färbung aufweisen. Frei von Schuppenlagerung und stärkerer Pigmentation sind nur folgende Stellen: Stirn und Nase, vordere Hals- und obere Brustpartie, Intrascapulargegend, die Glutaei, die vorderen Kniepartien. Aber auch an den nicht schuppenden Stellen ist der Teint der Haut dunkel-bräunlich. An manchen Körperteilen, besonders am Abdomen, besonders starke Schuppenauflagerungen.

Schilddrüse nicht vergrößert; Genitalien normal entwickelt. Von seiten der inneren Organe keine nachweisbaren Veränderungen. Puls voll, regelmäßig, verlangsamt (58—62, nach forcierten Bewegungen bis auf 70 Schläge in der Minute).

Stat. nerv. Deutlich ausgeprägter, langandauernder roter Dermographismus; merkliche Steigerung der mechanischen Muskeleirregbarkeit. Sonst keine Abweichungen von der Norm (prompte Pupillenreaktion, keine Sprachstörung). W.-R. (Blut) negativ.

Stat. psych. Pat. ist vollkommen ruhig, geordnet; zeitlich vollständig, räumlich ungenügend orientiert: glaubt sich in einem Militärhospital zu befinden, die Mitpatienten seien durchaus nicht psychisch krank. Stimmung leicht gedrückt; indifferentes Verhalten der Umgebung gegenüber. Gehörshalluzinationen: hört von Zeit zu Zeit Schüsse, drohende Stimmen. Keine Krankheitseinsicht. Erteilt auf die meisten einfachen Fragen, langsam und ungern, recht zutreffende Antworten, weist jedoch bei eingehender Intelligenzprüfung merkliche geistige Defekte auf; ist, trotz guter Schulkenntnisse, nicht imstande, 27 + 32, 37 + 18 im Kopf zu addieren, die Monate in umgekehrter Reihenfolge aufzuzählen; bejaht die Frage, ob es noch einen Kaiser in Rußland gäbe; auf die Frage, in welcher Stadt denn der Kaiser jetzt lebe, erfolgt die prompte Antwort: „In Rußland“; vermag auch nicht anzugeben, welche Staaten im europäischen Kriege gesiegt hätten, usw. Assoziative Tätigkeit deutlich verlangsamt; Gedächtnis, besonders Merkfähigkeit, geschwächt (was auch bei experimentell-psychologischer Untersuchung bestätigt wird). Gesichtsausdruck recht stumpf, Mimik fast unbeweglich.

Die im Dezember 1918 vorgenommene *Blutuntersuchung* (Bakteriolog. Institut der Jekaterinoslawischen Universität, Dr. *Sabatejew*) ergab folgendes Resultat: „Erythrocyten 4500000, Leukocyten 6800; leukocytaire Formel: neue trophile Zellen 52%, eosinophile 4%, basophile 0,8%, mononucleäre 8%, Lymphocyten 35%. Mäßige Mononucleose mit Überwiegen der Lymphocyten (also 43% einkerniger Zellen statt der Norm von 25—33%).“

Alsdann wurde ein Stückchen aus der schuppenden Haut der Bauchdecken exzidiert und dem *pathologisch-anatomischen* Institut der Jekaterinoslawischen Universität zur Untersuchung überwiesen. Die Untersuchung (Prof. *S. Saltykow*) brachte folgendes Resultat: Die Hautoberfläche ist mit einer Schicht verhornten Epithels von mäßiger Dicke bedeckt. Die den stark entwickelten Papillen entsprechenden Stellen der Hautoberfläche treten beträchtlich hervor. Das Epithel der tiefen Schichten ist mit einer großen Menge von braunem Pigment ausgefüllt. Auch in den Bindegewebszellen läßt sich Pigment nachweisen. In der Umgebung der, meist mit Blut gefüllten Gefäße, befinden sich beträchtliche Anhäufungen von runden Zellen und Leukocyten. Anatomische Diagnose: *Acanthosis nigricans* (*Unna*) s. *Dystrophie papillaire et pigmentaire* (*Davies*)¹⁾.

¹⁾ Dieser pathologisch-anatomische Befund veranlaßte mich natürlich, von der dermatologischen Literatur, die mir zur Verfügung stand, Kenntnis zu nehmen und sodann die Hauterscheinungen des Pat. genauer zu beobachten. Und da stellte

Krankheitsverlauf: Im Laufe von 2 Wochen — nach Einlieferung des Patienten — klangen die halluzinatorischen Erscheinungen, die auch zuweilen mit leichter motorischer Erregung einhergingen, vollständig ab. Darnach bot er bis zu seiner Entlassung ein typisches Bild geistiger Debilität dar: war vollkommen ruhig, geordnet, jedoch träge, kritiklos und ganz gleichgültig der Umgebung gegenüber, hielt sich von den anderen Patienten fern, äußerte keinerlei Interessen; die Intelligenzprüfung bestätigte den früheren Befund.

Die Hauterscheinungen zeigten — unter einer systematischen Behandlung mit Thyreoidin (0,3 pro dosi, 2 × täglich per os) — eine allmähliche, merkliche Besserung.

Die schon bei Aufnahme des Pat. nachgewiesene Bradykardie hielt im Verlauf des Anstaltsaufenthaltes unverändert an.

Es unterliegt wohl keinem Zweifel, daß das psychische Grundleiden des Pat. angeborene Geistesschwäche in Form der Debilität darstellt. Der vorübergehende Erregungszustand dürfte als episodische Komplikation aufzufassen sein, wie sie bei derartigen intellektuell unzulänglichen Individuen unter dem Einflusse besonderer Ereignisse (im gegebenen Falle der Kriegserlebnisse) vorzukommen pflegt.

Bei Vergleichung des vorliegenden Falles mit dem oben referierten Falle von *Parhon* und *Dan* ergibt sich der gleiche Symptomenkomplex mit Ausnahme der Hauterscheinungen: dort Ichthyosis nigricans, hier Acanthosis nigricans. Doch dieser Unterschied scheint nicht wesentlicher Art zu sein, da diese beiden Hautleiden klinisch zuweilen schwer differenzierbare Hyperkeratosen unbekannten endogenen Ursprungs darstellen. So äußert sich *Joseph*¹⁾ im betr. Kapitel seines Lehrbuches nach Besprechung der Lichen pilaris, der Ichthyosen und anderer Keratosen: „Auch die Acanthosis nigricans ist hier einzureihen“; *Oppenheim*²⁾ sagt: „Zur Ichthyosisgruppe gehören . . . ferner Acanthosis nigricans“; und nach *Bogrow*³⁾ stehen der papillär-pigmentären Dystrophie die „atypischen Ichthyosen“ recht nahe.

Die Pathogenese der Ichthyose, die bekanntlich in der Regel hereditär auftritt, ist noch keineswegs aufgeklärt. Zugunsten einer innersekretorischen Pathogenese dieses Leidens würde (außer den beobachteten Erfolgen der Thyreoidintherapie) auch die Tatsache sprechen, daß es sich bis zur Geschlechtsreife progredient entwickelt und sodann zum Stillstand kommt⁴⁾.

es sich heraus, daß mein ursprünglicher dermatologischer Befund recht lückenhaft war: der trockene Zungenbelag erwies sich als leicht bräunlich pigmentiert (sonst waren alle sichtbaren Schleimhäute frei von Schuppen und Belag); die Handflächen wiesen dagegen normales Aussehen auf. Eine felderartige Aufteilung der Schuppen konnte nur in leichtangedeuteter Weise am Abdomen festgestellt werden.

1) *Joseph*: I. c., S. 103.

2) *Oppenheim, M.*: Praktikum der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Leipzig u. Wien: Franz Deuticke 1920, S. 66.

3) *Bogrow*: I. c., S. 231.

4) Siehe *Jefner*: Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Bd. 1. (In der mir zugänglichen russischen Übersetzung.)

Die Besserung der Hauterscheinungen in meinem Fall wage ich nicht mit Bestimmtheit der Thyreoidintherapie zuzuschreiben, da Pat., wie die anderen Kranken in der Abteilung, wöchentlich ein Reinigungsbad bekam. (Warme Bäder sind bekanntlich bei Ichthyose und sonstigen Hyperkeratosen von therapeutischem Nutzen.) Es handelt sich also hier nicht um ein reines medikamentös-therapeutisches Experiment. Zu einer gewissen Reserve in der pathogenetischen Beurteilung derartiger therapeutischer Versuche mahnt auch die Bemerkung Vogts: „Es ist bekannt, daß die Thyreoidintherapie bei vielen Idioten, auch solchen nicht thyreogenen Ursprungs Besserung namentlich körperlicher Symptome hervorbringt“¹⁾. Auch ist bedauerlicherweise sowohl die hämatologische als auch die pathologisch-anatomische Untersuchung erst kurz vor Entlassung des Pat. vorgenommen worden, so daß eine Kontrolle der Wirksamkeit der Thyreoidintherapie durch weitere entspr. Untersuchungen fehlt. Charakteristisch sind allerdings bei meinem Pat. die Mononucleose und die Bradykardie. Dieselben scheinen zugunsten einer Schilddrüsendysfunktion zu sprechen, die in dermatologischer Beziehung eine Acanthosis, in psychischer eine geistige Debilität auslöst.

Sollte durch entsprechende Beobachtungen nachgewiesen werden, daß derartige dermatologisch-psychische Symptomenkomplexe keine vereinzeltten Erscheinungen sind, so wären wir einen Schritt weiter in der pathogenetischen Auffassung mancher Formen angeborenen Schwachsinn im Sinne innersekretorischer Störungen.

Seitdem mein Interesse in dieser Richtung rege geworden, fällt es mir als Anstaltspsychiater tatsächlich auf, daß Idioten und Imbezille überaus häufig exquisit trockene, mitunter leicht schuppende Haut aufweisen. Doch ist die Zahl meiner entspr. Kontrollbeobachtungen an anderen Kranken noch zu geringfügig, um irgendwelche bestimmte Schlüsse zu ziehen.

¹⁾ Vogt: Die mongoloide Idiotie. Klin. f. psych. u. verw. Krankh. 1, H. 4, 1906, S. 361.