

**Atlas der Haut-Krankheiten : mit einem Grundriss der Pathologie und Therapie derselben / von Franz Mraček.**

**Contributors**

Mraček, Franz, 1848-1908.  
King's College London

**Publication/Creation**

München : J.F. Lehmann, 1899.

**Persistent URL**

<https://wellcomecollection.org/works/euka69zg>

**License and attribution**

This material has been provided by This material has been provided by King's College London. The original may be consulted at King's College London. where the originals may be consulted.

This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection  
183 Euston Road  
London NW1 2BE UK  
T +44 (0)20 7611 8722  
E [library@wellcomecollection.org](mailto:library@wellcomecollection.org)  
<https://wellcomecollection.org>



LEHMANN'S MEDICIN.  
HAND-ATLANTEN.

Bd.V  
Atlas  
der  
Hautkrankheiten  
von  
Fr. Mracek

MÜNCHEN  
Verlag von J. F. LEHMANN.



Acc. no. 86.

Q:

ischer Atlas der geburts-  
farbigen Abbildungen  
H. Auf. Preis M. 10

Bd. XV. Atlas  
In 68 farb

Class No.....

Medicin handatlanten v. 5. Acc. No. 86  
naut-krankheiten. 1899

[illegible]

INSTITUTE OF PSYCHIATRY, THE MAUDSLEY HOSPITAL, DENMARK HILL, LONDON, S.E.5.





Verlag von J. F. LEH

- Bd. XVI. **Atlas und Grundriss der chirurgischen Operationslehre.** Von Docent Dr. O. Zuckerkandl in Wien. Mit 24 farb. Taf. u. 217 Text-Abbildungen. Preis eleg. geb. M. 10.—
- Bd. XVII. **Atlas der gerichtlichen Medicin** v. Hofrat Prof. Dr. E. v. Hofmann in Wien. Mit 56 farbigen Tafeln und 193 Textabbildungen. Preis eleg. geb. M. 15.—
- Bd. XVIII. **Atlas und Grundriss der äusseren Erkrankungen des Auges.** Mit 76 farb. Abbild. auf 40 Tafeln u. zahlr. Textillustrationen Von Prof. Dr. O. Haab in Zürich. Preis eleg. geb. M. 10.—

Von **Lehmann's medicin. Handatlanten** befinden sich in Vorbereitung:

- Bd. XIX. **Atlas und Grundriss der Unfallheilkunde.** Circa 48 farbige Tafeln, 200 Textabbildungen und ca. 25 Bogen Text. Von Dr. Ed. Golebiewski in Berlin. Preis eleg. geb. circa Mk. 10.—
- Bd. XX. **Atlas und Grundriss der orthopädischen Chirurgie.** Circa 100 Abbildungen. Von den Docenten Dr. Schulthess und Lüning in Zürich. Preis eleg. geb. circa Mk. 10.—
- Bd. XXI. **Atlas und Grundriss der allgem. Chirurgie** von Professor Dr. A. Hoffa. In circa 200 Abbildungen nach Originalgemälden von Maler A. Schmitson. Preis geb. circa Mk. 10.—
- Bd. XXII. **Atlas und Grundriss der Ohrenkrankheiten.** In circa 120 farbigen Abbildungen. Preis eleg. geb. circa Mk. 8.—

## Die Therapie

der

## Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Nach Recepten der Abteilung des Primararztes Prof. Dr. Mracek im k. k. Rudolphsspital Wien zusammengestellt

von

**Dr. A. Kafka.**

1898. 8°. 76. S. Preis M. 1.20.



# Lehmann's medic. Handatlanten.

**Band VI:**

## **Atlas der Syphilis**

und der

## **venerischen Krankheiten**

mit einem

## **Grundriss der Pathologie und Therapie derselben**

mit 71 farbigen Tafeln nach Originalaquarellen

von Maler A. SCHMITSON und 16 schwarzen Abbildungen

von

Professor Dr. **Franz Mracek** in Wien.

**Preis des starken Bandes eleg. geb. Mk. 14.—**

Nach dem einstimmigen Urteile der zahlreichen Autoritäten, denen die Originale zu diesem Werke vorlagen, übertrifft dasselbe an Schönheit Alles, was auf diesem Gebiete nicht nur in Deutschland, sondern in der gesamten Weltliteratur geschaffen wurde.

Die **Ungarische medicinische Presse** Nr. 41 vom 19. XI. 1897 schreibt:

„Es wird wohl genügen den Titel dieses Werkes niederzuschreiben den Autor und Verleger zu nennen, um in den weitesten Kreisen lebhaftes Interesse für dasselbe zu erregen. Bei der Besprechung des Werkes hört eigentlich jede Kritik auf und die beschreibende Schilderung tritt in ihr Recht. Mit dieser Bemerkung wollen wir aber unsere Schwäche eingestehen und die Unmöglichkeit anerkennen, die durchaus lehrreichen, frappant schönen und naturgetreuen Abbildungen durch Beschreibung vor den Augen der Leser auch nur annähernd begreiflich zu machen. Alles, was die bunten und zahlreichen syphilitischen Erkrankungsformen Lehrreiches nur bieten können, ist in diesem schönen Werke klassisch dargestellt, in einem leicht fassbaren System gruppiert. Die meisterhafte Hand des Malers spricht klar und decidiert zu dem Studierenden, so dass man durch diese Tafeln thatsächlich all das spielend erlernen kann, was man sich sonst auf diesem Gebiete nur durch viel Mühe, Zeit und Erfahrung anzueignen im Stande wäre. Um alles zu sehen, was man sehen muss, dient noch der erläuternde Text über Syphilis, aus welchem nicht nur der heutige Stand der Lehre, sondern gleichzeitig auch eine rationelle Therapie herauszulesen ist.“

N.



LEHMANN'S MEDICIN.  
HANDATLANTEN.

BAND V.  
(ZWEITE AUSGABE.)

---

ATLAS

der

Haut-Krankheiten

mit einem

Grundriss der Pathologie und Therapie derselben

von

Professor Dr. Franz Mracek in Wien.

---

Mit 63 farb. Tafeln nach Originalaquarellen von Maler A. Schmitson  
und 39 schwarzen Abbildungen.



MÜNCHEN.  
Verlag von J. F. Lehmann.  
1899.



*Alle Rechte, insbesondere das der Uebersetzung in fremde  
Sprachen vorbehalten.*

---

**Lieferanten:**

Lithographische Tafeln von Fr. Reichhold,  
Clichés der schwarzen Abbildungen von Meissenbach, Riffarth & Co.  
Druck des Textes von Kastner & Lossen.  
Papier von Otto Heck,  
Einbände von Ludwig Beer,  
Sämmtlich in München.



## Inhaltsverzeichnis.

	Seite
Vorwort . . . . .	IX
Einleitung . . . . .	XI
Anidrosis . . . . .	1
Hyperidrosis . . . . .	2
Dysidrosis . . . . .	2
Seborrhoea . . . . .	4
Comedo . . . . .	5
Milium . . . . .	7
Molluscum contagiosum . . . . .	8
Anämie der Haut . . . . .	9
Hyperämie der Haut . . . . .	9
Erytheme . . . . .	11
Er. exudat. multif. . . . .	11
Er. exudat. nodosum . . . . .	13
Urticaria . . . . .	15
Oedema circumscriptum . . . . .	17
Septische Erytheme . . . . .	18
Pellagra . . . . .	18
Arzneiexantheme . . . . .	19
Purpura rheumatica . . . . .	21
„ haemorrhagica . . . . .	21
Morbus maculosus Werlhofii . . . . .	22
Scorbut . . . . .	23
Acne vulgaris . . . . .	23
Acne Sycosis . . . . .	30
Acne rosacea . . . . .	32

### Phlyctaenosen.

Herpes zoster . . . . .	36
„ facialis et progenitalis . . . . .	40
Miliaria . . . . .	41
Impetigo herpetiformis . . . . .	42
Pemphigus acutus . . . . .	43
„ neonatorum . . . . .	44
„ chronicus . . . . .	44
„ vulgaris . . . . .	45
„ vegetans . . . . .	47
„ foliaceus . . . . .	48

### Entzündliche Dermatosen.

Dermatitis aus allgemeinen Ernährungsstörungen . . . . .	50
Trophoneurotische Dermatitis . . . . .	51



	Seite
Combustio . . . . .	53
Congelatio . . . . .	57
Erysipel . . . . .	59
Phlegmone . . . . .	61
Furunkel . . . . .	62
Carbunkel . . . . .	63
Pustula maligna . . . . .	63
Rotz . . . . .	64

### Squamöse Dermatosen.

Psoriasis . . . . .	64
Pityriasis rubra . . . . .	74
Lichen ruber acuminatus . . . . .	76
„ „ planus . . . . .	77
Lichen scrophulosorum . . . . .	81
„ pilaris . . . . .	82
Eczema acut. . . . .	82
Eczema chron. . . . .	86
Prurigo . . . . .	96
Sensibilitätsstörungen der Haut . . . . .	98

### Anomalien der Epidermis.

Callositas, Tyloma . . . . .	102
Clavus . . . . .	102
Cornu cutaneum . . . . .	103
Verruca . . . . .	103
Ichthyosis . . . . .	104
Acanthosis nigricans . . . . .	105
Psorospermosis . . . . .	106

### Anomalien der Haare.

Alopecia . . . . .	107
Hypertrichosis . . . . .	109
Trichorrhexis nodosa . . . . .	109
Ergrauen der Haare, Canities . . . . .	110

### Anomalien der Nägel . . . . . 110

### Pigmentanomalien.

Pigmentatrophie . . . . .	111
Pigmenthypertrophie . . . . .	112
Naevi . . . . .	112
Epheliden . . . . .	112
Chloasmata . . . . .	112
Melasma . . . . .	114
Vagantenkrankheit . . . . .	114



	Seite
Melanoicterus . . . . .	114
Morbus Addison. . . . .	115
Arsenicismus . . . . .	116
Argyrie . . . . .	117

### Neubildungen der Haut.

Warzen . . . . .	118
Naevus . . . . .	118
Narbe . . . . .	119
Keloid . . . . .	119
Pachydermie . . . . .	119
Scleroderma . . . . .	120
Scleroderma neonatorum . . . . .	123
Myxödem . . . . .	123
Anasarca . . . . .	123
Atrophiae cutaneae . . . . .	124
Xeroderma . . . . .	125
Lupus erythematosus . . . . .	126
Fibroma . . . . .	128
Lipoma . . . . .	129
Xanthoma . . . . .	129
Myoma . . . . .	131
Angioma (naevus vasculosus, Lymphangioma) . . . . .	131
Rhinosclerom . . . . .	133

### Tuberkulose der Haut.

Lupus . . . . .	136
Scrophuloderma . . . . .	142
Tuberkulöses Hautgeschwür . . . . .	144
Tuberculosa verrucosa cutis . . . . .	144
Fungus . . . . .	145

### Lepra. . . . .


### Maligne Geschwülste der Haut. . . . .

Sarcoide Geschwülste (Mycosis fungoides, Leukaemie, Pseudo-leukaemie) . . . . .	152
Sarcome . . . . .	155
Carcinome . . . . .	156

### Parasiten der Haut . . . . .

Favus . . . . .	159
Trichophytie . . . . .	162
Pityriasis versicolor . . . . .	166
Erythrasma . . . . .	166
Actinomycosis . . . . .	167
Tierische Schmarotzer . . . . .	168





Digitized by the Internet Archive  
in 2015

<https://archive.org/details/b21294549>



## Verzeichnis der Tafeln.

Tab.	1.	Hyperidrosis pedum mit Bläschenbildung.
"	2.	Milium.
"	3.	Adenoma sebaceum. Comedo. Acne follicularis.
"	4.	Morbilli (forma papulosa).
"	5.	Varicella.
"	6.	Erythema multiforme.
"	7.	{ Erythema bullosum.
"	7 a.	
"	8.	Erythema contusiforme et papulatum.
"	9.	Purpura haemorrhagica.
"	10.	" "
"	11.	Purpura rheumatica fulminans.
"	12.	Herpes zoster sacrolumbalis haemorrhagicus et gangraenosus.
"	13.	Herpes zoster supraorbitalis et palpebr. sup. o. s.
"	14.	Dermatitis factitia (Canthariden).
"	15.	Psoriasis vulgaris punctata et guttata.
"	16.	Psoriasis vulg. confluens
"	17.	{ " " nummularis et scutata.
"	18.	
"	19.	{ Psoriasis annularis.
"	19 a.	
"	20.	Psoriasis annularis serpiginosa.
"	21.	{ Psoriasis vulgaris. Cornua cutanea. Degeneratio
"	21 a. b.	
"	22.	{ Lichen ruber planus.
"	22 a.	
"	23.	{ Eczema artificiale vesiculosum.
"	23 a.	
"	24.	Eczema artificiale acutum.
"	25.	{ Eczema impetiginosum artificiale.
"	25 a.	
"	26.	Eczema marginatum.
"	27.	Eczema thoracis (mycoticum?).
"	28.	{ Eczema madidans et crustosum (mycoticum?).
"	28 a.	
"	29.	Prurigo.
"	30.	Acne vulgaris disseminata.
"	31.	Sycosis framboësioides.
"	32.	Furunculosis impetig.
"	33.	{ Pemphigus vegetans.
"	34.	
"	34 a.	
"	35.	Naevus verrucosus.
"	36.	Naevus pigmentosus unilateralis.
"	37.	Hyperchromatosis arsenicalis (ex usu Tinct. Fowleri).
"	38.	Lichen pilaris.
"	39.	Ichthyosis.
"	40.	Hyperkeratosis palmaris.



- Tab. 41. Vitiligo.
- " 41 a. Alopecia totalis neurotica.
- " 41 b. Alopecia areolaris. Canities.
- " 42. Lupus erythematodes nasi.
- " 43. " " disseminatus.
- " 44. } Xanthoma tuberosum.
- " 44 a. }
- " 45. Naevus vascularis ad nates dextras et in femore dextro.
- " 45 a. " " et verrucosus regionis temporalis sinistrae.
- " 46. Lupus vulgaris serpiginosus.
- " 47. " serpiginosus exulcerans.
- " 47 a. Chronische Tuberkulose der Hand nach Exartikulation des kariösen Mittelfingers.
- " 47 b. Chronisch tuberkulöse Ulcerationen am Handrücken. Bubonuli am Vorderarm, exulcerierte Bubonen am Ellbogengelenke, Schwellung der Axillardrüsen.
- " 47 c. Chronische Tuberkulose der Haut des Unterschenkels (Lupus tumidus).
- " 48. } Lupus. Phlegmone.
- " 48 a. }
- " 48 b. Lupus hypertrophicus faciei.
- " 49. Tuberculosis subacuta mucosae oris.
- " 50. Panaritium tuberculosum digiti tertii manus dextrae.
- " 51. Tuberculosis cut. man. sin.
- " 51 a. Lepra.
- " 51 b. "
- " 51 c. "
- " 52. Carcinoma lenticulare.
- " 53. Epithelioma labii maioris sinistri.
- " 54. Carcinoma penis.
- " 55. " "
- " 55 a. Epithelioma cicatrisans.
- " 56. Favus.
- " 57. Herpes tonsurans maculosus et squamosus.
- " 58. " " orbicularis mammae dextrae.
- " 59. Herpes tonsurans vesiculosus antibrachii sin.
- " 60. Pityriasis versicolor.
- " 61. Actinomykosis.
- " 62. } Scabies pustulosa.
- " 62 a. }
- " 63. Maculae caeruleae, Phthiriasis.
- " 64. Parasiten: a) Nisse, b) Kopflaus, c) Kleiderlaus, d) Filzlaus, e) Krätzmilbengang, f) Krätzmilbenei, g) Krätzmilbe von unten, h) Krätzmilbe von oben, i) Haarsackmilbe.
- " 65. Pilze: a) Strahlenpilz, b) Molluscumkörperchen, c) Trichophyton tonsurans, d) Haar bei Trichorhexis nodosa, e) Achorion Schönleini, f) Microsporon furfur.



## Vorwort.

---

Die gleichen Grundsätze, die mich bei der Herausgabe meines Atlas für Syphilis geleitet haben, waren mir auch bei der Abfassung des vorliegenden Bandes richtunggebend: den Bedürfnissen der Praxis Rechnung zu tragen und demnach auch die Auswahl des Materiales in diesem Sinne zu treffen. Eine gewisse Beschränkung war durch die äusseren Umstände gegeben. So konnten von acuten Exanthemen nur Morbillen und Varicellen eingereiht werden, da die exanthematischen Infektionskrankheiten auf meiner Abteilung nicht zur Aufnahme gelangen dürfen, sondern dem bestehenden Infectionsspital zugewiesen werden.

Wiederum verdanke ich dem lebenswürdigen Entgegenkommen von collegialer Seite einige Fälle, so den Herren Hofrat Prof. Albert, Prof. de Amicis (Neapel), Primararzt Dr. Eugen v. Bamberger, Primararzt Dr. Rudolf Frank, Prof. Lang, Prof. Kaposi, Primararzt Dr. Ludwig Winternitz.

Tafel 64 und Tafel 65 sind dem in gleichem Verlage erschienenen Atlas von Kopp entnommen. Die Aquarelle und Photogramme sind von Herrn Maler A. Schmitson in bekannter, mustergiltiger Weise ausge-

führt. Die Verlagsfirma hat auch diesmal das Werk in sorgfältigster Weise ausgestattet.

Die Abschnitte über allgemeine Therapie und Behandlung der einzelnen Hauterkrankungen stammen von meinem langjährigen Assistenten, Dr. Siegfried Grosz.

Allen den genannten Herren, die sich um die Förderung meines Werkes bemüht haben, sage ich auch an dieser Stelle meinen besten Dank.

Und so möge dieses Buch freundlich aufgenommen werden und als nützlicher Berater seinem Zwecke dienen.

Wien im November 1898.

Dr. Mraček.



## Einleitung.

Das erfolgreiche Studium der Hautkrankheiten setzt eine genaue anatomische Kenntnis der Haut, ihrer Adnexa, ihrer physiologischen Funktionen und Wechselbeziehungen zu den anderen Organen voraus. Wir müssen, unserem engen Rahmen zufolge, darauf verzichten, diesem Zwecke ein Kapitel zu widmen und können dies um so leichter, als die grösseren Werke über Dermatologie, die Handbücher über Anatomie und Physiologie etc. sich damit beschäftigen. Wir möchten nur besonders hervorheben, dass die Haut zu den wichtigsten Organen des Körpers gehört und an den Funktionen des Gesamtorganismus innig beteiligt ist, so dass krankhafte Erscheinungen auf der Haut wesentliche Störungen im Haushalte des Organismus veranlassen können, umgekehrt auch Erkrankungen innerer Organe pathologische Veränderungen der Haut zur Folge haben. Es ist somit die allgemeine Decke nicht allein als Schutz, nach Anschauung der Laien einem bedeutungslosen Lederüberzuge gleichzustellen.

Die Haut dient als Schutzorgan im mechanischen Sinne des Wortes, hat eine wichtige Funktion bei der Regulierung der Wärmeabgabe, sie ist ein Sekretionsorgan; wobei auch die Hautatmung (Abgabe von Kohlensäure und Wasser) eine Rolle spielt; ihr Resorptionsvermögen ist zwar minimal, aber doch unter gewissen Umständen nicht bedeutungslos.

Endlich fungiert die Haut als Tastorgan, wodurch das Gemeingefühl, der Orts- oder Raumsinn entsteht.

Die Aetiologie der Hautkrankheiten ist entsprechend der Stellung des Organs im Organismus eine sehr mannig-



faltige und vielfach, ob der Wechselbeziehungen in dem das Organ zum Gesamtorganismus steht, eine sehr komplexe. Mehr als bei irgend einem Organ werden alle „äusseren“ Krankheitsursachen mechanische, physikalisch-chemische der verschiedensten Art sowie parasitäre, an ihrer Schädigung teilnehmen, bei welcher letzterer die Haut nicht so selten die Eingangspforte abgibt; sie ist ferner beteiligt bei vielen den Gesamtorganismus befallenden Schädlichkeiten, seien es Infektionskrankheiten, von denen die klinisch-prononcierteste Gruppe (acute Exantheme) sich auf ihr besonders lokalisieren, seien es Intoxicationen durch im Organismus entwickelte oder bei mangelhafter Ausscheidung aus den Stoffwechselprodukten selbst im Körper angehäuften Gifte. Dadurch bietet die Haut eine grosse Zahl symptomatischer Erkrankungen dar; hieher zählen: Die acuten Hautexantheme, ferner Syphilis, Rotz, Thyphus, Cholera, Uräme u. s. w. Krankheiten einzelner Organe (Herz, Leber, Nieren, Nervenaffectionen) sind stets von Erscheinungen auf der äusseren Haut begleitet.

Die directen Schädlichkeiten, welche die Haut treffen, erzeugen die sogenannten idiopathischen Hautkrankheiten.

Diese Schädlichkeiten, seien sie infectiöser oder chemisch-physikalisch, traumatischer Natur, geben die Ursachen für viele acute und chronische entzündliche Processe der Haut.

Bei ihrer Zugänglichkeit für Auge und Tastsinn bilden dieselben ein äusserst wertvolles, vielleicht noch nicht genug gewürdigtes Object für die theoretisch-wissenschaftliche Beobachtung, die nicht so selten noch durch die mikroskopische Untersuchung vertieft werden kann. So verlockend es wäre, darauf, sowie auf die Folgezustände, Entwicklung des Granulationsgewebes, Narbenbildung etc. einzugehen, so müssen wir es uns mit Rücksicht auf den beschränkten Rahmen des Buches versagen.

Die Krankheitserscheinungen bei den Dermatosen



trennen sich in subjective und objective. Zu den subjectiven zählen die verschiedenen schmerzhaften, juckenden und brennenden etc. Empfindungen, ferner das Spannungsgefühl, die Störungen der Sensibilität, Anästhesie und Parästhesie zu rechnen. Weitaus wichtiger, weil sie für die Diagnose unentbehrliche Anhaltspunkte liefern, sind die sichtbaren Veränderungen an der Hautoberfläche selbst, die sogenannten Efflorescenzen der Haut.

Wir unterscheiden *Maculae*, Flecke, ganz grosse Flecke stellen die *Erytheme* dar; hieran wären die *Teleangiectasien*, auch *Naevi vasculosi*, Gefässmäler zu reihen, ferner die Blutaustritte, *Petechien*, *Vibices*, *Ecchymosen*. Pigmentflecke sind *Chloasmata*, Sommersprossen, Pigmentmäler, meist bräunlich gefärbt. Gelbe Flecke nennen wir *Xanthome*. Ferner unterscheiden wir Knötchen und Knoten, welche über das Hautniveau erhaben sind, wie *papulae* Knötchen, *tubercula* Knoten, *phyma* Kollen und *urtica* Quaddel; ferner bläschen- und blasenartige Epidermiserhebungen mit verschiedenem Inhalte: *vesicula*, Bläschen, *bullae* Blase, *pustulae* eitrige Blasen mit grösserer Entzündung, *Ecthyma* grössere Pusteln mit entzündlicher Infiltration in der Umgebung, *impetigo* Eiterpusteln mit angetrocknetem Inhalte. Als Hautverletzungen bezeichnen wir: *Excoriationen*, Hautabschürfungen; *Rhagaden* Hautschrunden. Heftigere Entzündungsprocesse mit Zerfall (*Necrose*) rufen *ulcera* Geschwüre der Haut hervor. Durch krankhafte Abstossung der Epidermis, *Desquamation* entstehen Schüppchen und Schuppen *squamae*. Trocknet der Inhalt der Pusteln oder Geschwüre ein, entstehen Krusten, Borken oder Grind, welche die wunden Stellen bedecken.

Die Efflorescenzen können einzeln stehen (*Efflorescentiae solitariae*) oder zerstreut (*dispersae*), in Gruppen beisammen (*aggregatae*), oder in Kreisen



und Ellipsen *E. annulares, circinatae*. Letztere entstehen häufig dadurch, dass der Process peripher fortschreitet und in der Mitte zur Involution kommt. Iris (Herpes) nennt man jene Form, bei welcher Efflorescenzen in mehrfachen Kreisen um einen primären Herd angetroffen werden. Gyri sind mehr oder weniger kreisförmige Linien, die durch Zusammenfliessen mehrerer Kreise und Ellipsen entstanden sind. Exanthem bezeichnet eine Hauteruption, welche über grosse Flächen oder den ganzen Körper ausgebreitet ist.

Es muss noch erwähnt werden, dass gewisse Hautkrankheiten ihre Prädilektionsstellen haben, die theils durch äussere Momente (Kleider), theils durch anatomische Verhältnisse — Verzweigungen der Nerven, Gefässbezirke, endlich durch Texturbedingungen der Haut selbst — z. B. der sogenannten Spaltrichtungen der Haut, die Voigt und Lang angegeben haben, bedingt sind.

Eine kurze Bemerkung über die Einteilung der Hautkrankheiten können wir nicht unterdrücken. Jedes System ist ein didaktisches Hilfsmittel und das Bestreben, ein solches in unserer eminent empirischen Wissenschaft zu begründen, erscheint natürlich. Die reiche Fülle ätiologischer Thatsachen, welche in den äusseren Krankheitsursachen gegeben sind, schien mit Hilfe des in den letzten zwanzig Jahren durch die bakteriologischen Forschungen gebotenen ein ätiologisches System zu ermöglichen. Doch sind wir anderseits bei vielen Krankheitsgruppen über die anatomischen Details noch nicht einig, geschweige denn über die Aetiologie, die häufig nicht über Hypothesen hinausgekommen ist. Welche Rolle spielen heute noch die trophischen Störungen in den Nervenbahnen und die sogenannten Reflexneurosen!

Wir haben in diesem Grundrisse es nicht für unsere Aufgabe gehalten, so weittragende Fragen zu tangieren, glauben auch, dass das Hebraische System heute noch zum Studium der Hautkrankheiten hinreicht, so wie es in vielen neueren Werken mit einigen Umänderungen thatsächlich auch verwendet erscheint.



## Allgemeine Therapie der Hautkrankheiten.

Von dem Endziele aller therapeutischen Bestrebungen, Krankheitsformen ätiologisch behandeln zu können, sind wir in der Dermatologie noch weit entfernt. Nur für wenige Erkrankungen der Haut ist die Frage nach ihrer letzten Ursache befriedigend gelöst, die grosse Mehrheit derselben behandeln wir bislang nach ihren Symptomen. Mit dem Wechsel derselben im Ablaufe einer bestimmten Erkrankung ändern sich also auch die therapeutischen Indikationen; die Erkenntnis eines jeden einzelnen dieser kritischen Stadien ist demgemäss von grosser Bedeutung für den Arzt, der nur dann mit Erfolg die zahlreichen Arzneibehelfe, die ihm die dermatologische Therapie zur Verfügung stellt, wird gebrauchen können.

Interne Behandlung. Die älteren Schulen haben eine Anzahl von inneren Mitteln bei Hautkrankheiten empfohlen und angewendet. Die allermeisten derselben sind heute vergessen, das Prinzip aber Dermatonosen unter Berücksichtigung diätetischer Vorschriften und interner Medication zu behandeln, tritt neuerlich wieder mehr in den Vordergrund. Thatsächlich sind diätetische Massnahmen für manche Hauterkrankungen nicht nur zweckmässig, sondern geradezu unabweisbar. Man erinnere sich z. B. an die durch den Genuss bestimmter Speisen hervorgerufene Urticaria, die ein andermal bei mangelhaft oder fehlerhaft ablaufender Darmgährung zum Ausbruch kommen kann, an die unter gleichen ursächlichen Bedingungen auftretenden Erytheme, an Eczemeruptionen bei Diabetikern, Nephritikern, Gichtikern u. s. w.

Es ist also gewiss fehlerhaft mit dem Salbentiegel allein dermatologische Praxis zu treiben, sowie es andererseits eine Utopie wäre, wollte man nur durch das Verbot gewisser Speisen schweren Veränderungen der Hautdecke begegnen.

Von innerlich zu verabreichenden Mitteln nennen wir: Arsenik, Quecksilber, Jod, Carbolsäure, Theer-



präparate, Pilocarpin, Atropin, Chinin, Natr. salicylicum die Thyreoideapräparate, Calciumchlorid, Menthol etc. In manchen Fällen thuen Brunnenkuren (Carlsbad, Franzensbad, Roncesgno, Hall, Lipik) gute Wirkung.

Externe Behandlung der Hautkrankheiten.

Bei dieser gelangen zur Anwendung:

1. Das Wasser. Als solches zu Waschungen, localen und Vollbädern, wobei das kalte Wasser adstringierend, das warme gefässerweiternd wirkt. Das protrahierte Bad (Hebra's Wasserbett) kommt bei Pemphigus foliaceus, Decubitus, ausgedehnten Verbrennungen, Psoriasis universalis, Lichen ruber, Pityriasis rubra Hebra zur Verwendung. Das medicamentöse Bad verwenden wir als Soolbad, Theerbad, Sublimatbad, Moorbad u. s. f.

2. Zur Erweichung von Krankheitsproducten, welche der Haut auflagern, dienen ausser dem Wasser vornehmlich die Fette. Wir verwenden mineralische, pflanzliche, tierische Fette u. z. in starrer und flüssiger Form; sie werden als solche, oder als Vehikel für Medicamente angewendet. Wir nennen als die häufigst zur Anwendung gelangenden: Vaselinum flavum americanum, die Vasogene (oxygenierte Kohlenwasserstoffe), Vasole (Hell), Butyrum Cacao, Ol. olivarum, Ol. amygdalarum dulcium, Ol. lini, Ol. rapae, Ol. ricini, Adeps suillus, Cetaceum, Oesypus, Adeps lanae seu Alapurin, Lanolin [kein Fett, besteht im wesentlichen aus Fettsäureäthern des Cholesterins und Isocholesterins, wie selbe sich in allen Keratingeweben und auch in der menschlichen Haut und in den menschlichen Haaren finden, und freien Fettsäuren (bis 30<sup>0</sup>/o)], Oleum jecoris Aselli, Oleum physeteris.

Ferner: Mollin (eine überfettete Seife aus reinem Nierenfett und feinstem Cochincocosöl, durch ein Gemisch von Kali- und Natronlauge unter Glycerinzusatz verseift), Myronin (aus vegetabilischem Wachs und Ol. physeteris dargestellt), Resorbin (aus Mandelöl, Wachs unter Zusatz von Gelatine und Seife und Adeps lanae), Glycerinum saponatum (H. v. Hebra), Epidermin (Kohn), Unguentum lanolini Paschkis: Lanol. anhydr. 65, Paraffin



liquid. 30, Ceresini 5, Aq. destill. 30; Vaselinum lanolinatum (Hell), Glycerin.

Salbenmulle (Beiersdorf) sind mit eigenen Salbenmassen getränkte Binden, welche auf der Haut nicht von selbst kleben, sondern durch geeignete Verbände fixiert werden müssen. Die Fettmasse der Salbenmulle besteht im wesentlichen aus Sebum benzoinatum mit mehr oder weniger grossen Zusätzen von Cera.

3. Die Seifen. Sie sind Verbindungen von Fettsäuren mit Alkalien. Man unterscheidet weiche Seifen (Fett mit Kalilauge verseift) und harte Seifen (Fett mit Natronlauge verseift). Ist alles Alkali der Seife an Fettsäuren gebunden, so ist die Seife neutral; nach Rotondi sollen sich die neutralen Seifen bei Gegenwart von Wasser in saures, fettsaures Alkali und basisch fettsaures Alkali zerlegen, von denen letzteres in Lösung bleiben, ersteres unlöslich sich ausscheiden soll. Dem gelösten basisch fettsauren Salz soll die Wirkung der Seifen zuzuschreiben sein. Ueberfettete Seifen sind solche, die neben den fettsauren Salzen, aus denen die Neutralseife besteht, noch eine gewisse Menge unverseiften Fettes enthalten. Die überfettete Grund- oder Basisseife von Unna wird hergestellt aus bestem Rindertalg und einem Gemisch von 2 Teilen Natronlauge und einem Teil Kalilauge. Zu der Seifenmasse wird dann noch soviel Olivenöl zugesetzt, dass circa 4<sup>0</sup>/<sub>0</sub> unverseift bleiben.

Eichhoff hat pulverförmige Seifen hergestellt.

Wir verwenden ausserdem den Spiritus saponato kalinus Hebra nach folgender Angabe:

Sapon. virid. 100,  
 solve leni calore in spirit. vin. 200,  
 filtra et adde  
 olei lavandulae  
 — bergamottae aa 3,  
 misce filtra  
 DS. Kaliseifengeist.



Endlich eine Anzahl medicamentöser Seifen (Naphtol-schwefelseife, Schwefeltheerseife, Sublimatseife, Mentholseife, Thymolseife, Resorcinseife, Kreuznacher Jodbromsodaseife u. s. f.

4. Die Firnisse: Excipientien, welche, auf der Haut verstrichen, mit glatter Decke antrocknen.

a) Wasserlösliche Firnisse:

Linimentum exsiccans Pick, bestehend aus 5 Teilen Tragant, 2 Teilen Glycerin auf 100 Teile Wasser.

Unguentum caseini Unna besteht aus Alkalicaseinat, Glycerin, Vaseline und Wasser. Es ist mit allen Stoffen mischbar, welche Casein nicht coagulieren. Theer kann bis zu 20<sup>0</sup>/<sub>0</sub> der Caseinsalbe zugesetzt werden, doch empfiehlt sich hier ein Zusatz von 1 Teil Sapo viridis auf 4 Teile Wasser, um den sauren Charakter abzuschwächen. Auf der Haut verrieben, trocknet es zu einer elastischen glatten Schichte ein.

Gelanthum besteht im wesentlichen aus Tragant, Gelatine und Wasser.

Zinkleim nach Unna:

Gelatinae alb	30,
Zinc. oxyd.	30,
Glycerini	50,
Aquae	90,
M. f. gelatina.	

b) Wasserunlösliche Firnisse:

Collodium, Traumaticin (Guttapercha 1, Chloroform 10), Liquor adhaesivus Schiff seu Filmogen (Cellulosenitrat in Aceton gelöst, mit Oelzusatz).

5. Pasten. Sie sind Arzneimischungen von der Consistenz eines knetbaren Teiges.

6. Pflaster. Sie bestehen aus Bleiseifen, oder es sind Gemische von Terpentin, verschiedenen Harzen und Fetten, oder Mischungen aus diesen beiden Pflastern.

Die Unna-Beiersdorf'schen Guttaperchapflastermulle sind Pflaster, bei denen an Stelle der



sonst üblichen Leinwand die Unterlage aus einer dünnen Guttaperchaschichte besteht, welche auf einer Seite durch ein Mullgewebe widerstandsfähiger gemacht ist. Dick aufgestrichene Pflastermasse besteht hauptsächlich aus Kautschuk neben einem Zusatz von Adeps lanae. Die Paraplaste haben zur Grundlage einen sehr feinfaserigen, dichten Baumwollstoff, der mit Kautschuklösung getränkt und vulcanisiert ist.

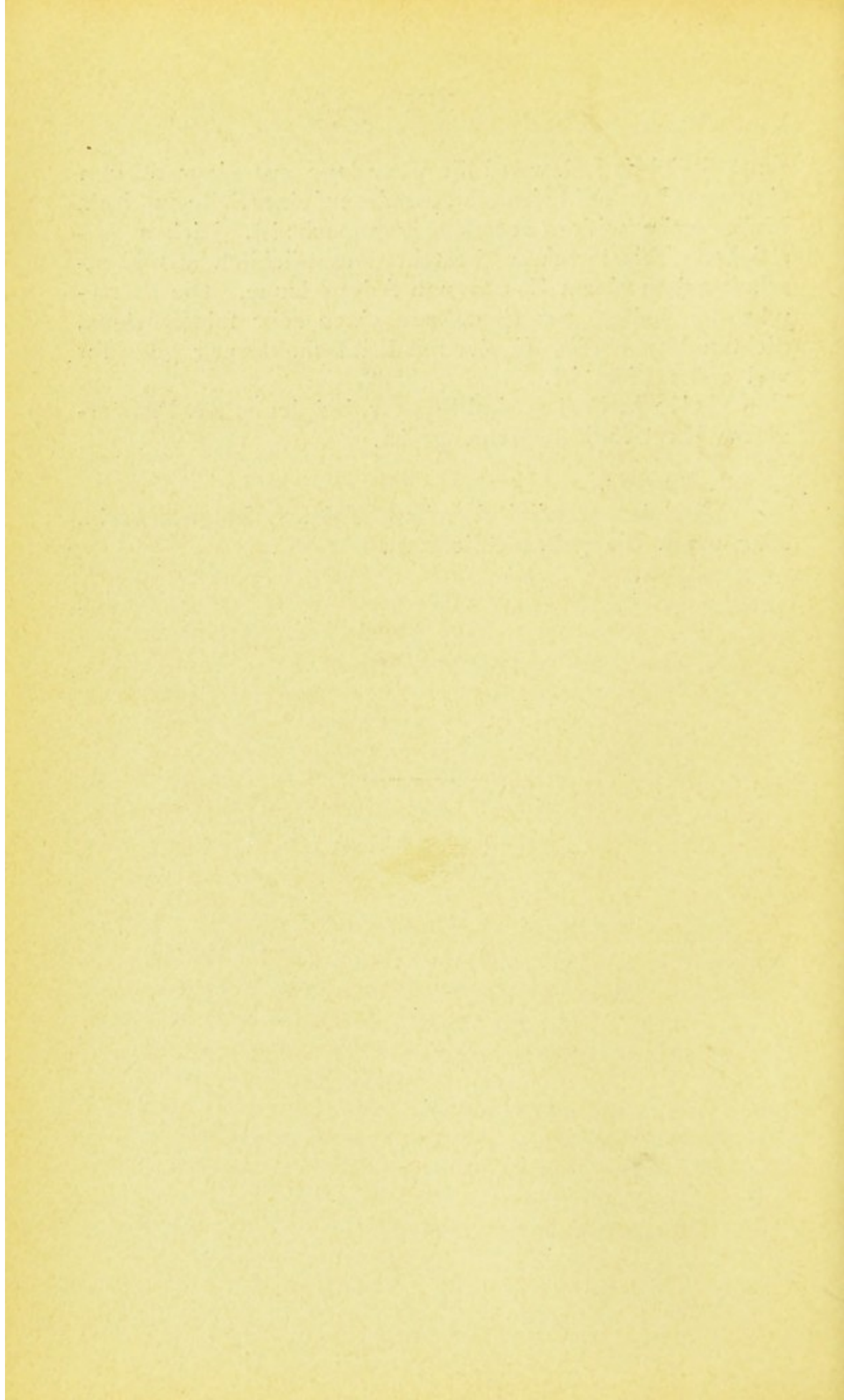
Collemplastra sind Pflaster, bei denen der Pflastermasse Kautschuk beigemischt ist.

#### 7. Puder.

Von diesen sind Amylum, Talcum, Magnes carb., Zinc oxyd. die gebräuchlichsten.

---







## Die secretorischen Vorgänge der Haut.

Die secretorischen Vorgänge der Haut bestehen vorwiegend in der Thätigkeit der Schweiss- und Fettdrüsen. Es werden aber diesen Secreten ausserdem verschiedene in der Circulation befindliche Stoffe beigemischt, so dass dieselben stets ein Gemenge darstellen. Schon die normalen Secrete der Schweissdrüsen führen Fett und Produkte der sogenannten *materia perspiratoria* mit sich. Diese stammt aus den Blutgefässen und mengt sich dem Schweisse bei. Meistens sind es flüchtige Fettsäuren, welche sich den Drüsensecreten beimischen und einen specifischen Geruch verbreiten (*Osmidrosis*, *Bromidrosis*). Die drüsenreichen Achselhöhlen und die Genitalgegend zeichnen sich durch eine stärkere Secretion aus, welche bei einzelnen Individuen einen besonders scharfen penetranten Geruch verbreitet. Auffallend muss es erscheinen, dass selbst Eiterkokken mittels der genannten Perspiration der Haut, namentlich bei profusem Schweisse ausgeschieden werden (Brunner; Eiselsberg).

Von besonderer Wichtigkeit ist die vicariierende Funktion der Schweissdrüsen, welche in einem gewissen Verhältnisse zu der Nierenausscheidung steht. Wir sehen unter gewissen, sowohl physiologischen als pathologischen Verhältnissen bei stärkerer Funktion der Schweissdrüsen die Abnahme der gewöhnlichen Tagesmenge des Urins. Ausserdem können wir häufig Harnstoffbeimengungen bei Nierenkrankheiten, Ausscheidungen von balsamischen Mitteln etc. constatieren. Umgekehrt zeichnet sich die Haut der Diabetiker, welche grosse Urinmengen produzieren, durch Trockenheit aus.



Die krankhaft gesteigerte Schweisssekretion (Hyperidrosis) finden wir zunächst bei fettleibigen und körperlichen Anstrengungen wenig unterworfenen Individuen, bei psychischen Affekten, also infolge von Zuständen, welche die Hyperämie der Haut herbeiführen. Kachektische, an Tuberkulose und Anaemie leidende Individuen verfallen oft in profuse Schweissausbrüche. Subjektiv geht dem Schweissausbruche das Gefühl des Prickelns und leisen Stechens in der Haut voraus..

Praktisch wichtig sind die gesteigerten Schweissabsonderungen einzelner Körpergegenden, z. B. der Flachhände und der Fusssohlen (Hyperidrosis palmarum et plantarum). Sie kommen häufig bei anaemischen Individuen vor, welche dann durch Blutstauung bläulich gefärbte (cyanotische) Hände und Füße haben und über Kältegefühl in den Extremitäten klagen. Dieser Zustand kann viele Jahre ohne jedwede weitere Veränderung der Haut bestehen bleiben. Mitunter entwickeln sich an den Fingern, häufiger noch an den Zehen Bläschen, welche platzen und zu Exkoriationen der Epidermis führen. Häufig wird die Epidermis zwischen den Zehen durch Maceration abgehoben, es entstehen schmerzhaft Exkoriationen und Rhagaden, welche die Veranlassung zu lästigen Entzündungen und Eiterungen geben.

Dysidrosis palmaris oder Cheiropompholix [Hutchinson] entsteht an den Handtellern, den seitlichen Partien der Finger, aber auch an den Fusssohlen durch Behinderung der Schweisssekretion. Es entwickeln sich stecknadelkopf- bis erbsengrosse Blasen, welche anfangs mit wasserklarem, später mit trübem Inhalte gefüllt sind. Die entzündlichen Erscheinungen, Rötung und leichte Schwellung der Epidermis vervollständigen das Bild dieser Erkrankung, welche ihren Abschluss findet, nachdem die Bläschen von selbst oder durch macerierende Behandlungen geplatzt sind. Da sie jedoch gerade Individuen befällt, die an Schweissfüssen leiden, so kehrt sie oft wieder. (Tab. 1).

Behandlung: Sowohl bei universeller, als bei lokaler



Hyperidrosis ist die Berücksichtigung des eventuell vorliegenden Grundübels (Tuberkulose, Anämie etc.) sehr wichtig. Von innerlich zu verabreichenden Mitteln, welche eine abnorme Schweisssekretion zu beeinflussen vermögen, seien genannt: Atropin und Agaricin.

Rp. Atropini sulfur. 0,015,  
Extr. taraxaci,  
Pulv. rad. alth. q. s.  
f. pil. Nr. XX.

S. morgens und abends eine Pille zu nehmen

oder: Atropini sulfur. 0,01,  
Aq. menth. pip. 10,

M. D. S. 3 mal täglich 5—10 Tropfen zu nehmen.

Rp. Pulv. agarici alb. 1,0,  
dtur. tal. dos. Nr. X.

S. 3 mal täglich 1 Pulver zu nehmen.

Rp. Agaricini 0,015.  
f. l. a. pil. Nr. XXX.  
consp. sem. lycopod.

D. S. 3 mal täglich 1 Pille zu nehmen.

Aeusserlich Bäder, Waschungen, Einreiben mit spirituösen Lösungen wie Mentholspiritus (1 : 100), Karbolspiritus (1 : 100), Salicylspiritus (1—2 : 100), Naphtolspiritus (Naphtoli  $\beta$  1,0 Spirit. colon. 25, Spirit. vin. gall. 175) mit nachfolgender Einpuderung. Als Streupulver werden verwendet:

Rp. Saloli 1,  
Zinc. oxyd.  
Talc. ven. aa 45.

M. D. S. Streupulver

oder Rp. Acid. salicyl. 5,  
Acid. tartar.  
Acid. boric. aa 10,  
Zinc. oxyd. 25,  
Talc. venet. 50.  
M. f. p.

D. S. Streupulver (Eichhoff).



Bei Fussgeschweissen nützt oft die altbewährte Hebra'sche Behandlung mit Unguentum diachyli. Die Füße werden täglich mit Ung. diachyli verbunden, zwischen die Zehen mit Salbe bestrichene Wattebäuschchen eingelegt. Diese Prozedur wird durch 10—14 Tage fortgesetzt, ohne dass in dieser Zeit der Fuss gebadet wird. In den nächsten Tagen stösst sich die Haut ab und nach Vollendung dieser Abschuppung ist gewöhnlich die Hyperidrosis geheilt. Eventuell ist die ganze Prozedur zu wiederholen.

Ausserdem sind zu empfehlen Fussbäder mit 5% Acidum chromicumlösung, Lösungen von Formalin, Sublimat; Bepinselungen mit

Rp. Liq. ferr. sesquichlorat. 30,  
Glycerini 10,  
Ol. bergamotti 20,

M. D. S. mit einem Pinsel die Fusssohle und die zwischen den Zehen gelegenen Partien bepinseln (Legoux).

Die Fettsekretion der Haut ist das Produkt der Fettdrüsen, deren Fettzellen auf der Hautoberfläche das frei gewordene Fett abgeben.

Die gesteigerte Fettabsonderung nennen wir den Schmeerfluss oder Seborrhoe, welche, wenn sie ölig auf der Hautfläche erscheint, als Seborrhoea oleosa, wenn sie mit den sich ablösenden Epidermiszellen zu Schuppen antrocknet, als Seborrhoea sicca seu squamosa bezeichnet wird.

Die ölige Seborrhoe sehen wir auf Nase, Stirne und Kinn vieler Individuen jahrelang ohne nachweisbare Ursache. Die Seborrhoea sicca kommt am Kopfe der Säuglinge als eine trockene, harte, in den zarten Haaren klebende Borke, sog. Gneis vor.

Aehnlichen Ursprunges ist die Vernix caseosa, welche bei Neugeborenen als fettige Schmiere, zumeist aus abgestossener Epidermis bestehend, über den ganzen Körper verbreitet ist.

Ebensolchen Vorgängen begegnen wir bei Anhäufungen von Smegma præputiale in dem Vor-



hautsack bei Balanitis und Balanoposthitis, am Präputium clitoridis und in den Interlabialfurchen, welche Zustände zu Maceration der Epidermis und Excoriationen, ja selbst zu Entzündungen mit Eitersekretionen Anlass geben.

Besteht die Seborrhoea längere Zeit, so führt sie zur Bildung von Comedonen, Mitessern. Das Fett wird mit den abgestossenen Epithelien im Ausführungsgange eingedickt, diesem Secrete mengen sich Lanugohaare und Haarsackmilben (Tab. 64 Fig. i) bei und es füllt den erweiterten Follikel eine schmierige Masse aus, welche an der Oberfläche schwarz ist. Diese Pfröpfe werden oft durch das nachrückende Secret gelockert und können leicht entfernt werden. Der frei gewordene Ausführungsgang ist dann als eine Lücke in der Haut sichtbar. Nicht selten sind die Comedonen durch eine grössere Anhäufung des Sebums in den cystisch ausgeweiteten Ausführungsgängen zu sogenannten Riesencomedonen von Erbsen- und Bohnengrösse umgewandelt. Bei älteren Processen sind Retentionscysten als *Mollusca atheromatosa* verschiedener Grösse kein so seltenes Vorkommnis. (Siehe Tab. 3.)

Als Folge der Seborrhoea entstehen schliesslich Entzündungen der Talgdrüsen -- Acne, auf die wir im Nachfolgenden näher zurückkommen wollen.

Bei der Therapie der Seborrhoea müssen die auflagernden Schuppen und Krusten durch erweichende Oele oder Fette zur Ablösung gebracht werden.

Ist dies geschehen, so schliesst man eine tüchtige Waschung der Kopfhaut mit Seife, Seifenspiritus und lauwarmem Wasser an. Die nunmehr empfindliche, nässende Kopfhaut wird mit Salbenverband bedeckt. Als Salben verwendet man Zinksalben, Schwefelsalicylsalben, Schwefelzinksalben und -pasten wie:

Zinc. oxyd. 6,  
Sulfur. praec. 4,  
Terr. siliceae 2,



Adip. benz. 28,  
M. f. pasta (Unna).

Salben mit weissem und rotem Quecksilberpraecipitat. In Combination mit den Salbenverbänden machen wir von Waschungen mit spirituösen Lösungen von Carbolsäure, Salicylsäure,  $\beta$  Naphtol, Resorcin Gebrauch.

Lokalisiert sich die Erkrankung an anderen Körperstellen, so wird die Behandlung nach den gleichen Prinzipien durchgeführt.

### Seborrhoea sicca (Pityriasis).

Als Paradigma der Behandlung sei die von Lassar empfohlene Kur zunächst angeführt.

Dieselbe besteht aus:

- 1) Frottieren mit Theerseife durch 10—15 Minuten, dann Abspülen mit warmem, allmählich abzukühlendem Wasser;

- 2) Waschung mit

Rp. Solut. hydrarg. bichlorat.  
0,50 : 150,

Glycerini,  
Spirit. colon. aa 50;

- 3) Frottierung mit

$\beta$  Naphtol 0,25  
Alcoh. absol. 200 ;

- 4) Oelen des Haarbodens mit

Acid. salicyl. 2,  
Ol. olivarum ad 100.

In Verbindung mit Seifenwaschungen, spirituösen Einreibungen der Kopfhaut werden auch hier Schwefelsalben mit gutem Erfolge angewendet. Unna empfiehlt:

Rp. Adip. Lanae,  
Aq. calcis,  
Aq. chamomillae,  
Ung. Zinci aa 10,  
Sulf. praecip. 2,  
Pyrogalloli oxyd.  
0,40.



Zur Einpinselung verwenden wir:

Rp.	Tinct. cantharid.	10,
	Tinct. benzoës	20,
	Hydrarg. bichl. corr.	0,20,
	Chloralhydrat	4,
	Resorcini	5,
	Ol. ricini	10,
	Alcoh. abs.	200.

M. D. S. Aeusserlich.

In jüngster Zeit ist durch Eichhoff das Captol (Condensationsprodukt von Tannin mit Chloral) zur Empfehlung gelangt.

Man verschreibt:

Rp.	Captoli	} aa 1,
	Chloral-hydr.	
	Acid. tartar.	
	Ol. ricini	0,50
	Spirit. vin. 65 %	100,
	Essent. flor. aeth.	q. s.

M. D. S. Aeusserlich.

### Der Hautgries, Miliun (Tab. 2),

welchen wir als grieskorngrosse, milchweisse, mässig über das Hautniveau erhobene, rundliche Körnchen durch die Epidermis durchschimmern sehen, findet sich zumeist an den Augenlidern, Wangen und Schläfen, an den männlichen Genitalien, selten auch an den kleinen Schamlippen vor. Wenn diese trockenen Körperchen nach dem Durchriss der Epidermis aus ihrem Lager herausgehoben werden, zerbröckeln sie bei leisem Drucke. Sie bestehen aus trockenen Epidermiszellen und Fett. Durch mechanische Hindernisse z. B. Narbenverziehungen bilden sich diese Körnchen in oberflächlich gelegenen Drüsenläppchen, in denen das Sekret eingetrocknet ist.

**Therapie.** Die Haut über dem Miliun wird mit einem Messerchen geritzt und das Miliun durch seitlichen Druck herausgepresst. Die dadurch gesetzte Wunde



verklebt sehr rasch. Bei zahlreichen kleinen Milien empfiehlt es sich deren Exfoliation durch Reizung der Haut, Anregung einer mässigen Entzündung durch Applikation von Schmierseife zu erzielen (Kaposi).

Als *Molluscum contagiosum*, *Molluscum verrucosum*, endocystische Condylome bezeichnet man eine warzenartige Wucherung an der Haut, die ein rundliches, über das Hautniveau leicht erhabenes, glänzendes, durchscheinendes Knötchen darstellt. Gewöhnlich trifft man neben diesen kleinen Körnchen Geschwülstchen von Erbsengrösse, die halbkugelig hervorragen und an der Kuppe eine leichte Vertiefung erkennen lassen. Durch gegenseitigen Fingerdruck oder durch Auskratzen tritt die weissliche Masse zu Tage, welche einen lappigen Bau zeigt und von einer dünnen Bindegewebshülle umgeben ist, deren Ausläufer sich gegen das Zentrum hin als Septa einsenken. Die freigewordene Basis blutet leicht.

Diese kleinen Geschwülstchen bestehen aus einer festeren Hülle, lassen sich leicht zerdrücken und ihr Inhalt sind Epidermiszellen, Fett, Fettkrystalle und sog. Molluscumkörperchen. Letztere sind strukturlose, matt glänzende Gebilde, von ovoider Gestalt, kleiner als eine Epithelzelle, die meisten von Epithelzellen und deren Resten eingehüllt. (Tab. 65b.)

Die *Mollusca contagiosa* sind erwiesener Massen übertragbar und wir finden sie an Hautflächen, die einander berühren und an Individuen, welche in innige Berührung mit einander kommen (Kinder und Ammen). Der häufigste Sitz sind die Genitalien, das Scrotum, der Penis, die äusseren Schamlefzen (s. Atlas Bd. VI, Tab. 71) und inneren Schenkelfalten. Sie kommen aber auch im Gesichte, an den Augenlidern, am Hals, an den Händen und Vorderarmen vor und können selbst eine allgemeine Verbreitung erfahren, wie es namentlich Kaposi bei kleinen Kindern beobachtet hat.

**Therapie:** Vereinzelt sitzende Mollusca pflegt man durch seitlichen Druck ihres Inhaltes zu entleeren; bei zahlreich vorhandenen empfiehlt sich deren Entfernung auf chirurgischem Wege (Volkmann'scher Löffel, Excision).



## Anämie der Haut.

Anämie der Haut ist am häufigsten eine Teilerscheinung der Blutarmut des Gesamtorganismus. Sie äussert sich in Blässe und einer Abkühlung der allgemeinen Hautdecke. Anämische Zustände, welche durch psychische Erregung, z. B. Zorn oder auf reflektorischem Wege von dem Digestionstractus veranlasst werden, wie bei Ueblichkeiten, Kolik u. s. w., ebenso lokale Anämien, welche durch Kälte oder vorübergehenden Verschluss grösserer Gefässe hervorgerufen werden, sind belanglos, weil sie nur von kurzer Dauer sind und keine weiteren Veränderungen auf der Haut erzeugen. Bedeutungsvoller in ihrem Endeffekt werden hingegen die vorerwähnten lokalen und universellen Anämien der Haut, wenn sie länger anhalten oder ihre Wirkung in kurzen Intervallen oft auszuüben vermögen, weil sie dann zu Störungen der Sekretion und Ernährung führen. Die Haut wird trocken, die Epidermis hebt sich in Lamellen ab. Es entstehen atrophische Zustände in der welken Haut, stellenweise Exkorationen und selbst tiefer greifende nekrotische Geschwüre.

## Hyperämie der Haut.

Von grösserer Wichtigkeit sind die Hyperämien der Haut. Sie sind entweder durch den Blutandrang zu einer gereizten Hautpartie (aktive Hyperämie) oder durch Blutstauung bei Behinderung des Rücklaufes (passive oder Stauungshyperämie) entstanden.

Die aktiven Hyperämien (*Erythema congestivum*) beruhen auf einer Ueberfüllung der feinsten Gefässchen der Papillarschichte. Die Hautoberfläche ist über grössere Bezirke blassrot oder bläulich-rot gefärbt. Häufig tritt die Rötung in kleinen umschriebenen Flecken auf und schwindet auf leichten Druck, um sich alsbald wieder zu erneuern.

Mitunter empfinden die Kranken dabei ein leises Jucken oder Brennen. Solche rasch vorübergehende Hyperämien



schwinden, ohne eine Veränderung auf der Haut zu hinterlassen. Länger dauernde oder häufig wiederkehrende hingegen führen zur Abschlüpfung der Epidermis, zu Pigmentanhäufung und stärkerer Thätigkeit der Talg- und Schweissdrüsen.

Veranlasst werden die hyperämischen Zustände durch mechanische, thermische oder chemische Reize, welche die Hautoberfläche direkt treffen. Ausserdem kann ein peripherer Reiz, z. B. Kratzen auf reflektorischem Wege auf andere Nervenbahnen im Centrum übertragen werden und entfernte Hautstellen in einen hyperämischen Zustand versetzen. Endlich können Gemütsaffekte, z. B. Scham und andere psychische Erregungen direkt von der Gehirnrinde aus die Vasomotoren irritieren und so eine Hyperämie erzeugen.

Zu den Stauungshyperämien gehört die *Livedo*. Diese entsteht durch Behinderung des Rücklaufes durch Druck einer Bandage oder eines Tumors auf die rückführenden Venen, durch Kälte oder durch Ektasien nach Venenentzündungen, wobei die Haut in grösseren oder kleineren Bezirken eine bläuliche Verfärbung zeigt.

Die *Cyanose* ist eine weiter ausgebreitete bläuliche Verfärbung der Haut, meist mit Ekstasien der durchziehenden Gefässe. Sie ist verursacht durch Verschluss grösserer Venen oder direkt durch Herzfehler oder durch Stauung in den grossen Gefässen. Diese Zustände bilden die eigentlichen bleibenden Veränderungen, welche zu verschiedenen konsekutiven Prozessen: chronischen Oedemen, Verdickungen der Haut etc. führen.

### **Hautentzündung.**

Die entzündlichen Vorgänge in der Haut werden durch die Hyperaemie eingeleitet. Der Reiz, welcher die vasomotorischen Nervenzweige trifft, bewirkt durch diese die Alteration in den Gefässcapillaren, es entsteht die aktive Hyperaemie. Diese ist das Vorstadium der Entzündung, welche erst durch die Vorgänge im Parenchym zur Ausbildung gelangt. Der Schritt von der



Hyperämie zur Entzündung ist kein grosser, anfangs ein kaum bemerkbarer. Erst durch das Hinzutreten von Exsudationen und Infiltraten, durch die Veränderungen in den zelligen Elementen, wie z. B. durch die Proliferation derselben, wird die Entzündung deutlich gekennzeichnet. Diese Grundbedingungen der Entzündung kommen zwar immer gleichzeitig vor, doch das klinische Bild ändert sich, je nachdem eine oder die andere Erscheinung mehr oder weniger in den Vordergrund tritt.

Wir unterscheiden erythematöse, blasenbildende, zu Pusteln und Geschwüren führende Entzündungen der Haut.

### Erytheme.

Unter diesem Begriffe subsumieren wir jene leicht entzündlichen Zustände der Haut, welche mit mässiger Exsudation in den obersten Schichten einhergehen.

Den Typus dieser Art bildet das Erythema exsudativum multiforme (Tab. 6). Die Dilatation der Gefässe, eine aktive Zellenwanderung und eine ödematöse Durchtränkung des Papillarkörpers, sowie eine mässige Bindegewebsproliferation bilden das Substrat der Entzündung in der Cutis. Durch die Wucherung der Epidermiszellen im Rete und durch eine Lockerung oder blasenartige Abhebung der Epidermis wird das Bild dieses entzündlichen Prozesses vervollständigt.

Das Erythema exsudativum multiforme entsteht zumeist an den Vorder- und Oberarmen, über den Sprung- und Kniegelenken, also über den Streckseiten der Extremitäten, ferner im Gesichte, an Hals, Nacken und Brust. Rasch schiessen Knötchen hervor, welche sich in einigen Stunden zu lebhaft roten Flecken verbreitern. In 2 Tagen sehen wir die Haut von über das Hautniveau erhabenen Flecken und Quaddeln besät, von denen die älteren im Zentrum einsinken, abblassen, sich aber peripher mit rotem Saume weiter verbreiten. Die benachbarten Efflorescenzen fliessen zusammen und bilden mit den frischen Nachschüben den Typus der Polymorphie. Bleibt der Zustand mehr auf



der ersten Entwicklungsstufe stehen, so haben wir ein *Erythema papulatum* vor uns. Sind vorwiegend gleich alte Quaddeln und Flecke vorhanden und wiegt das Zusammenfliessen derselben vor, so bilden sie das sogenannte *Erythema gyratum, figuratum*.

Je nach der Exsudation, welche den Prozess auszeichnet, kommen Abhebungen der Epidermis als lins- bis erbsengrosse auf geröteter Basis stehende, sich derb anfühlende Bläschen vor [*Erythema vesiculosum, bullosum*, Tab. 7 u. 7a].

Sind solche Bläschen kranzförmig angeordnet, d. h. entsteht um eine oder mehrere solche Blasen ein Kranz von neuen, so haben wir die Form des *Herpes iris* vor uns. Trocknen die älteren Bläschen in der Mitte ab und bleibt nur der neuere periphere Kranz zurück, so nennen wir diese Form *Herpes circinatus*. Letztere zwei Formen kommen hauptsächlich an Hand- und Fussrücken vor und halten mit den Erythemem, ohne welche sie selten auftreten, gleichen Schritt.

Der ganze Verlauf erstreckt sich über 2—3 Wochen und tritt oft in denselben Jahreszeiten wieder auf.

Die Efflorescenzen verhalten sich je nach der Menge der Exsudation verschiedenartig, sie können binnen 8—10 Tagen abblassen und mit einer leichten Abschuppung der Epidermis schwinden. Sie können aber auch 4—6 Wochen dauern, und wenn sie namentlich in Nachschüben auftreten, was gewöhnlich zum Charakter der Erkrankung gehört, die Kranken monatelang quälen. Mitunter sind die Schleimhäute der Mundhöhle und des Genitaltractus an der Erkrankung beteiligt, indem sie an umschriebenen Stellen, meistens aber diffus entzündlich afficiert erscheinen.

Ausser diesen sichtbaren Erscheinungen begleiten den Prozess ein mässiges Jucken, mitunter das Gefühl von Brennen, allgemeine Mattigkeit und psychische Depressionszustände. Gleich anderen Beobachtern konnten wir oft bei unseren Kranken lästige gastrische Störungen konstatieren. Zuweilen klagen



die Kranken über Schmerzen in den Gelenken, welche sich bis zu intensiven Gelenksaffektionen steigern können. Selten kommt es zur Albuminurie oder zu Nierenblutungen, zu entzündlichen Komplikationen an den serösen Häuten, Zustände, welche als Folge einer hochgradigen allgemeinen Intoxikation aufgefasst werden müssen. In den meisten Fällen ist eine leichte Temperatursteigerung zu konstatieren, manchmal sogar ein höheres Fieber, dieses hält jedoch einen bestimmten Typus nicht ein.

Ein zweites von dem Erythema exsudativum multiforme bloss der äusseren Form, nicht dem Wesen nach unterschiedliches Erythem ist das Erythema nodosum.

Häufig treten beide Formen neben einander auf. Das E. nodosum geht mit dem Auftreten von hochroten Knötchen und Knoten (Tab. 8) über den Streckseiten der Knie- und Sprunggelenke, seltener über den Handgelenken und Vorderarmen einher. Die Knoten nehmen an Grösse zu, confluieren so dass die betroffene Extremität oft eine bedeutende Volumszunahme aufweist. Auf Druck sind die Knoten sehr empfindlich und fühlen sich derb-elastisch an. Die begleitenden Allgemeinstörungen des Kranken sind mutatis mutandis dieselben wie bei dem Erythem exsudativum multiforme: Ueblichkeiten, Schwächegefühl, Fieber und Gelenksschmerzen. Die Schwellung nimmt in 1—2 Wochen ab, und der ganze Process pflegt in 3—5 Wochen beendet zu sein.

Sind aber in diesen Knoten neben serösen auch hämorrhagische Infiltrate entstanden, so nehmen dieselben eine bläuliche Verfärbung an (Erythema contusiforme Tab. 8) und gehen mit den bekannten Farbenveränderungen ins Gelbe, Grüngelbe erst allmählich die Involution ein.

Ueber die Ursachen der Erytheme und der diesen verwandten Processe sind wir bis heute auf wenige empirische Thatfachen und auf mehr oder weniger theoretische Annahmen angewiesen. Die Erfahrung lehrt, dass der Genuss von gewissen Obstarten, z. B. Erd-



Stachel-, Brombeeren, ferner von Speisen wie Austern, Krebsen, Hummern, Seefischen, namentlich auch der Genuss von fettem abgestandenem Schweinefleisch oder Würstchen unter Digestionsstörungen zum Entstehen von Erythemen führt. Nach den von uns schon vor Jahren gemachten klinischen Beobachtungen ist die Annahme naheliegend, dass auf gewisse Veranlassungen, z. B. nach Genuss verdorbener Speisen, nicht nur die eingeführten, sondern andere durch den Diätfehler erst im Organismus entstehende Substanzen, namentlich im Digestionstractus eine ganze Summe von Störungen veranlassen, welche das klinische Bild des Erytheme ausmachen. Unserem chemischen Mitarbeiter Dr. Freund ist es in solchen Fällen immer möglich gewesen in den Ausscheidungen Toxine und Ptomaine in beträchtlicher Menge nachzuweisen. Leider fehlt uns zur vollständigen Deutung dieser Vorgänge der Beweis durch das Experiment.

Behandlung: Bei erweisbarem oder mindestens vermutetem intestinalen Ursprung des Erythema multiforme entsprechende Diätvorschriften, eventuell Abführmittel, Darmantiseptica; als solche verordnen wir entweder Menthol (0,2 p. dosi, 3mal täglich in Gelatinekapseln) oder

Rp. Pulv. cort. Cinnamomi 0,20  
Ol. menth. pip.  
— Eucalypti aa gttam  
Dtur tales dos. ad caps. gelat.  
Nr. XX.

S. tägl. 4—6 Kapseln zu nehmen (Freund).

Eine bestehende Angina wird nach den allgemein giltigen Regeln behandelt, bei rheumatischen Schmerzen, Gelenksschwellungen etc. wird neben lokaler Applikation von Umschlägen (Eiswasser, Plumb. acet. bas. solut., Liq. Burowi) intern Salol, Natrium salicylicum verabreicht.

Besteht Juckempfindung, so empfiehlt es sich die von Erythem befallenen Stellen der Haut mit Kartöl-



spiritus, Salicylspiritus u. s. w. bepinseln zu lassen und darnach mit Amylum reichlich zu pudern.

Gleiche therapeutische Massnahmen werden auch beim E. nodosom und bei der Purpura rheumatica (Tab. 11) ausreichen.

Den typischen Erythemen reihen sich mehrere zum Teil ätiologisch, zum Teil klinisch, d. h. dem äusseren Verhalten nach ähnliche Processc an. In erster Linie die **Urticaria**. Diese ist durch das rasche Auftreten von Quaddeln ausgezeichnet, welche vielfach blassrote, seltener weisse Erhebungen der Haut darstellen und von einem hyperämischen Hofe umgeben sind. Die Grösse lässt sich durch das rasche Schwinden, das Wiederauftreten und Konfluieren kaum angeben, weil selten stabile Efflorescenzen gebildet werden. Die Flecke erheben sich selten 1—2 mm über das Hautniveau. Durch das Abblassen im Centrum und das periphere Fortschreiten des Prozesses, durch das Konfluieren einzelner Ringe und Kreise gibt die Urticaria das Bild einer serpiginösen Erkrankung. Auch bei der Urticaria ist geradeso wie bei den Erythemen das Auftreten von ödematösen Schwellungen, das Aufschliessen von Blasen und die Beteiligung der Schleimhäute kein so seltenes Vorkommnis.

Vor allem zeichnet sich die Urticaria durch ein heftiges Jucken aus, welches die Kranken sehr belästigt, ihnen den Schlaf raubt und sie sehr herab bringt. Das Jucken ist es auch, das nicht nur lokal durch das Kratzen neue Eruptionen veranlasst, sondern auch auf entfernte und grössere Hautflächen reflektorisch übertragen wird. Die Haut einzelner Menschen ist so empfindlich, dass jeder Strich ein Merkmal als Quaddelausbruch zur Folge hat. (Urticaria factitia, l'homme autographe der Franzosen.) Es sind dies häufig nervöse, hysterische Individuen.

Bemerkenswert sind jene oft schon in der Kindheit auftretenden Formen von Urticaria, welche durch die häufigen Recidiven die Kranken viele Jahre plagen und bräunliche Pigmentreste hinterlassen. (Urticaria mit Pigmentbildung.)



Wenn eine von den erythematösen Krankheiten als eine Angioneurose erklärt werden muss, so ist es die Urticaria, weil sie eine nervöse Prädisposition voraussetzt, zumal oft geringfügige, peripher gesetzte Reize in der kürzesten Zeit Urticariaeruptionen an entfernten Körperstellen veranlassen. Die äusseren Reize können Stich, Biss von Flöhen, Läusen, Wanzen, Mücken und Brennesseln sein. Ferner trifft man Urticaria an bei der Prurigo, beim Pemphigus, beim Pruritus der Diabetiker und der Icterischen, ebenso bei Menstruationsanomalien, Puerperalerkrankungen mit mehr oder weniger hervortretender Beteiligung des Uterus, als Knickungen desselben, Gravidität u. a. m.

Des weiteren sind zu nennen Genuss von Früchten und Speisen, wie bereits bei den Erythemen hervorgehoben wurde

Behandlung: Ist das Zustandekommen der Urticariaeruption durch äussere Irritanten (Epizoen) auszuschliessen, so ist eine genaue Berücksichtigung des Allgemeinzustandes, namentlich des Magendarmtraktes, des Genitalsystems zu empfehlen. So wird sich in einzelnen Fällen die Notwendigkeit einer exakten Diätregulierung, eventuell in Kombination mit einer Brunnenkur (Karlsbad), in anderen Fällen die Behandlung eines gynäkologischen Leidens als nötig ergeben.

Innerlich: empfohlen der Gebrauch von Arsen, Atropin, Ichthyol (0,2 pro dosi, Lanz), Antipyrin, Salophen (4—5 g pro die, de Wannemaeker), Calciumchlorid (0,2—0,3 pro dosi, 3 mal täglich, Wright).

Brocq empfiehlt:

Rp. Chinini muriat. 0,05,  
Ergotini 0,05,  
Extr. bellad. 0,02,  
Glycerini q. s. ad. pil. unam.

D. S. 8—16 Pillen täglich zu nehmen.

Lokal Bepinselung mit den früher genannten spirituösen Lösungen; ausser diesen:



Rp. Spirit. lavand. 100,  
Spirit. vin. gall. 150,  
Aeth. sulf. 2,5,  
Aconitini 1.

M. D. S. Zum Einpinseln.

Rp. Acid. salicyl. 1,  
Acid. carbol. 2,  
Glycerini 50,  
Spirit. vin. 100.

M. D. S. Aeusserlich.

Rp. Chloralhydrat 2,  
Glycerini 20,  
Spirit. vin. ad 100.

M. D. S. Zur Bepinselung.

Ausserdem Stärkemehlbäder, Alaunbäder, Sublimatbäder, Waschungen mit Essig u. s. w.

An die Urticaria reiht sich das in den letzten Jahren von Quincke beschriebene *Oedema cutis circumscriptum* an. Diese seltenere Erkrankung tritt unter flachhandgrossen ödematösen, beulenförmigen Schwellungen der Haut auf, welche allmählich in die normale Haut übergehen. Sie verschwinden an der einen Hautstelle, um bald wieder an einer anderen aufzutreten. Auch die Schleimhäute von Mund, Rachen und Kehlkopf sind vielfach mitergriffen. Erbrechen und die durch die Schleimhautschwellungen erzeugten lokalen Störungen sind die lästigsten Begleiter dieser Erkrankung. Riehl hält den krankhaften Zustand für eine angioneurotische Circulationsstörung im Sinne einer Urticaria.

Ein anderes symmetrisch an den Händen oder Füßen auftretendes diffuses Erythem ist die Erythromelalgie. Zuerst klagen die Kranken über anfallsweise wiederkehrendes Brennen und Schmerzen, dann erst entwickelt sich das Erythem von verschiedener Intensität, immer aber von längerer Dauer. Auch dieser Process wird als eine Angioparalyse aufgefasst. Weitere Beobachter führen denselben auf centrale pathologische Vorgänge im Nervensystem zurück.



Erytheme bei Infectiouskrankheiten (toxische E. sensu strictiori). Im Anschluss an die erwähnten erythematösen und leicht entzündlichen Hautaffectionen möchten wir auf jene pathologischen Produkte auf der Haut hinweisen, welche als Vorläufer oder als Begleiter verschiedener Infectiouskrankheiten vorkommen. Wir beobachteten bei Typhus, Cholera, schweren Peumonien, Septikämie, bei acuten Exanthemen u. a. m. auf dem Stamme zumeist im Epigastrium und an den Beugeflächen der Extremitäten kleine Roseola-Flecke, aber auch Blutaustritte in Form von Echimosen und Petechien. Mitunter dürften Anhäufungen von Mikroorganismen in den Capillaren direct die Erscheinungen veranlassen; viel plausibler ist aber die Erklärung, dass sie als Folge der Intoxication, welche die Gefässnerven beeinflusst, hervorgerufen werden.

### Pellagra.

Im Beginn stellt die Pellagra, *mal rosso, m. del sole* bloss eine erythematöse Krankheit dar, welche in ihrem weiteren Verlaufe mehr den Pigmentanomalien angehört. Ausserdem rückt sie die vermeintliche Entstehungsursache (eine Intoxication) den Erythemen näher.

In manchen Gegenden (wie Lombardovenezien, öst. Friaul, Bukowina, Rumänien u. a.) kommt Pellagra endemisch vor. Sie tritt im Frühling und Sommer als eine erythematöse später dunkelbraunrote Hautaffektion an den unbedeckten, den Sonnenstrahlen exponierten Hautstellen, also im Gesichte, Hand- und Fussrücken auf. Die Kranken fühlen sich geschwächt und leiden an Magendrücken und häufigen Diarrhöen. Die Epidermis schält sich ab; die Hautfärbung verschwindet im Winter, um im nächsten Sommer wieder zu erscheinen. In weiterer Folge wird das Pigment dunkler blaurot, die Haut selbst empfindlich. Die Kranken klagen über frostiges Gefühl und über Kälte. Es tritt Muskelschwäche, Anämie, Verstimmung, Stupor, Melancholie auf. Stärkere Diar-



rhöen, Erkrankungen innerer Organe, Delirien führen den exitus letalis herbei.

Als Ursache der Erkrankung beschuldigt man die ausschliessliche Ernährung mit Mais; namentlich das verdorbene Maismehl soll zu Pellagra führen. Neusser vertritt die Ansicht, dass das giftige Princip sich im verdorbenen Mais unter dem Einflusse des *Bacteridium Maïdis* entwickelt und von den durch Isolation und Gastricismen geschwächten Feldarbeitern genossen, diese Erkrankung veranlasst. Nach ihm ist Pellagra eine chronische Systemerkrankung, bestehend in feinen Nervenstörungen im Bereiche des Sympathicus und der dazu gehörigen centralen Nerven und Gefässbahnen, hervorgerufen durch ein giftig wirkendes Princip, welches sich im Darne von Pellagracandidaten bildet, wobei eine intestinale Autointoxikation eintritt.

Die Behandlung der Pellagra ist vorwiegend eine diätetische. Nahrhafte Kost, Aufenthalt in frischer Luft, Darreichung von Eisenpräparaten sind demgemäs indiziert. Vorgeschrittene Fälle bleiben durch solche Massnahmen unbeeinflusst und führen unaufhaltsam zum Tode.

### Arzneiexantheme.

Die Hauterkrankungen, welche nach Gebrauch von Medikamenten auftreten, gehören der Form nach grösstenteils unter die Erytheme, zeichnen sich aber vor diesen hauptsächlich durch ihre Polymorphie aus. Mit den meisten der Erytheme haben sie das gemein, dass sie unter gastrischen Störungen und Fieber auftreten. Es ist jedoch von praktischer Wichtigkeit, diese Hautaffektionen gesondert zu studieren.

Nicht alle Medikamente rufen eine Hautaffektion hervor und auch nicht bei allen Individuen. Interessant sind die Angaben Lewins (Handb. der Pharmaklg.), welcher unter 402 Medikamenten 204, i. e. 50,7% fand, welche die Haut zu reizen vermögen.



Es gehört hiezu eine momentane oder ständig vorhandene Prädisposition des Individuums. Einzelne Kranke haben eine Idiosynkrasie gegen manche Medikamente und reagieren schon bei den kleinsten Gaben, andere wieder vertragen sowohl grössere Gaben als auch eine längere Applikation des Medikamentes, ohne irgendwelche unangenehme Nebenwirkungen zu verspüren.

Auffallend ist oft das rasche Auftreten von allgemeinen Exanthemen bei einzelnen Individuen, welches man sich wieder nur auf reflektorischem Wege entstanden denken kann. Denn kaum dass die Medikamente in die Verdauungswege gelangt sind, macht sich schon auf der äusseren Haut das Auftreten des Exanthems bemerkbar.

Anders verhält es sich mit dem Auftreten der Exantheme bei lokaler Anwendung, also direkter Reizung der Haut durch ein Mittel, das, in die Haut aufgenommen, nicht nur diese Stellen, sondern auch wieder auf reflektorischem Wege andere Stellen in einen Reizzustand versetzt. (Tab. 14, 23, 23a, 24, 25, 25a.) Häufiger jedoch, als man es biher geglaubt, entstehen Exantheme durch Aufnahme der Stoffe in das Blut, welche durch die Hautdrüsen zur Ausscheidung gelangen und bei diesem Vorgange das Auftreten der Exantheme veranlassen.

Es würde dem Umfange unserer Arbeit nicht entsprechen, wollten wir im einzelnen auf die zahllosen Medikamente älterer und neuerer Fabrikation eingehen, bei deren Anwendung sich die Haut gereizt zeigt.

Erythematöse, mitunter auch Bläschenaffektionen verschiedenen Grades beobachten wir nach Anwendung von Antipyrin, Atropin, Chlorahydrat, Kopaivabalsam, Opium und dessen Derivaten, Stychnin, Sulfonal, Terpentin u. a. m.

Arsen hat ein spezielles Interesse, weil es zweifellos in engerer Beziehung zur Haut steht und vielfach dermato-therapeutische Anwendung findet. Es erzeugt Erytheme, Oedeme, namentlich der Augenlider, Knötchen, Blasenausschläge, Zoster und Pigmentanhäufungen.



Das Quecksilber kann in allen Formen und Anwendungsweisen die Haut reizen. Von den zahllosen Fällen, welche ein diffuses Erythem nach Anwendung einer sogenannten Reutersalbe (alte Merkurialsalbe) aufweisen, nicht zu sprechen, begegnen wir Erythemen nach interner Darreichung, nach subkutanen Injektionen; ja sogar bei äusserlicher vorübergehender Anwendung des Sublimates, z. B. beim Auswaschen eines Furunkels, konnten wir Erytheme, ja sogar Ekzeme auftreten sehen.

Die Jodpräparate, besonders das Jodkalium, ferner das Bromkalium erzeugen acneartige Hautefflorescenzen, welche im Kapitel Acne weiter besprochen werden sollen.

### Hämorrhagische Erytheme.

Teilweise auf einzelne Knoten beschränkte Hämorrhagien haben wir beim Eryth. contusiforme und bei den septischen Erythemen bereits angeführt. Im Folgenden sollen die vorwiegend oder ausschliesslich mit Hämorrhagien einhergehenden Erkrankungen ihre Berücksichtigung finden. (Tab. 9, 10 u. 11).

Hierher gehört die *Peliosis* oder *Purpura rheumatica*. Sie kann in Kombination mit den Erythemformen zu gleicher Zeit und an demselben Individuum vorkommen. Vor den genannten Formen zeichnet sie sich hauptsächlich dadurch aus, dass sie mit stärkerer Beteiligung der Gelenke und zahlreicheren Efflorescenzen über denselben auftritt.

Es entwickeln sich zunächst über den Gelenken, dann auch am übrigen Körper im Hautniveau liegende, seltener über dasselbe sich erhebende, linsen- bis erbsengrosse, dunkelrote bis blaurote, auf Fingerdruck nicht schwindende Flecke, welche bald eine bläuliche oder bei ganz schweren Formen infolge stärkerer Blutaustritte eine blauschwarze Farbe annehmen. Die Kranken liegen dahin, klagen über Schmerzen in den Gelenken. Diese sind in vielen Fällen deutlich geschwellt, der Erguss ist serös, manchmal hämorrhagisch. Mässige abendliche Fieberbewegungen, Mattigkeit, Appetitlosigkeit und Durstgefühl sind die steten Begleiter.



Die Ursache der Peliosis ist trotz der zahlreichen Arbeiten der letzten Jahre noch unaufgeklärt geblieben. Eine zumeist länger dauernde Hyperämie und Stase geht der Hämorrhagie voraus. Das Blut tritt durch die Gefässwandungen per diapedesin aus, seltener sind die Kapillaren nachweisbar erkrankt. Man wollte zwar eine hyaline Degeneration, Verfettung des Endothels und Thrombenbildung hierbei beobachtet haben. Dieser Befund dürfte jedoch eher bei marantischen Pechien, wie sie nach schweren Krankheiten (Tuberkulose, Morbus Brigthii) vorkommen, zu finden sein.

Sehr wahrscheinlich jedoch ist es, dass Toxine und Ptomaine, welche im Blute cirkulieren, entweder letzteres verändern oder eine Gefässlähmung der feinsten Zweige durch Einwirkung auf die Vasomotoren veranlassen.

Was die Veränderungen des Blutes anlangt, so ist festgestellt, dass der Hämoglobingehalt stark herabgemindert ist. In dem frisch entnommenen Blute findet man gelegentlich Mikro- und Poikilocytose, ferner eine Vermehrung der eosinophilen Zellen. Da und dort ist es gelungen, auch Mikroorganismen nachzuweisen.

Die älteren Efflorescenzen gehen die Veränderungen des Blutfarbstoffes ein und erscheinen grüngelb bis rotbraun. Ist das Blut auch in die Blasen getreten, so trocknen diese zu braunen Borken ein. Der Prozess erstreckt sich meist auf 4—6 Wochen.

Eine durch die Zahl und die Ausbreitung der Hämorrhagien von der Peliosis unterschiedliche Blutfleckenkrankheit ist der Morbus maculosus Werlhofii, Purpura hämorrhagica.

Bei diesem treten unregelmässig allgemein zerstreute Petechien und Vibices fast über den ganzen Körper auf. An diesem Prozesse beteiligen sich häufiger, wie bei der Purpura rheumatica, die Schleimhäute der Mund- und Rachenhöhle, es entstehen infolge dessen ödematöse Schwellungen mit Hämorrhagien, und, wenn diese den Kehlkopf treffen, können sie sogar zugefährlichen suffokatorischen Er-



scheinungen führen. Noch schwerere Komplikationen sind das Auftreten von Haematurie, von Endo- und Perikarditiden, Zustände, welche die Intoxikation des Gesamtorganismus nur noch mehr beweisen.

Um die allgemeinen Hämorrhagien neben einander abzuhandeln, wollen wir noch des Scorbutes in Kürze gedenken, der auch nur wieder graduell von dem Morbus maculosus verschieden ist und sich hauptsächlich neben den diesem zukommenden Erscheinungen durch eine frühzeitige Affection des Zahnfleisches und der Schleimhäute der Mundhöhle auszeichnet. Das Zahnfleisch ist schmutzig-grau verfärbt, hochgradig gelockert, stellenweise von Hämorrhagien unterwühlt. Die nekrotisierende Mundschleimhaut veranlasst einen äusserst fötiden Geruch aus dem Munde. Ernster gestalten sich die Hämorrhagien am Stamme und den Extremitäten, wo die Weichteile von grösseren Blutgüssen durchsetzt und auseinandergedrängt werden.

Erfahrungsgemäss entstehen Scorbut und Morb. mac. Werlhofii infolge schlechter Ernährung im allgemeinen und Mangel an frischem Fleisch und Gemüse und treten am häufigsten bei Sträflingen und Seefahrern auf.

Schliesslich sei noch erwähnt, dass die Bluterkrankheit (Hämophilie) eine dauernde ererbte Disposition zu Blutungen ist, und oft bei fetten, wohlgenährten Individuen angetroffen wird, während die eben abgehandelten Erkrankungen erworbene mit Ernährungsstörungen einhergehende Leiden darstellen.

### Acne.

Ausschläge, welche vorwiegend ihren Sitz im Gesichte haben und bei oberflächlicher Betrachtung ein ähnliches Aussehen darbieten, hat man gemeinhin als Acne zusammengefasst. So wurden die Acne vulgaris disseminata, die Acne rosacea und die Acne mentagra nebeneinander abgehandelt, obwohl jede dieser Erkrankungen auf einem verschiedenen pathologischen Vorgange beruht.



Wir bezeichnen heute mit Acne eine mit der Entzündung der Follikel einhergehende Erkrankung.

Diese können verschiedene Ursachen veranlassen. Am häufigsten sind es äusserliche Schädlichkeiten, welche die Hautfollikel reizen und zur Entzündung bringen. Nicht selten müssen wir die krankhafte Disposition im Organismus selbst suchen, z. B. bei kachektischen, herabgekommenen Individuen. Endlich kennen wir Substanzen, welche bei der Ausscheidung aus dem Körper durch die Haut Folliculitis veranlassen.

Für manche Acnearten (Blepharitis ciliaris, Hordeolum) wollen einzelne Autoren die Staphylokokken, welche im Eiter vorkommen, als Ursache ansehen. Dementsprechend bietet auch die Acne, Folliculitis verschiedene klinische Bilder dar und ist auch in ihrem Verlaufe nicht immer gleich.

Die Acne vulgaris, der Finnenausschlag tritt im Gesichte (Nase, Stirn, Kinn und Wange), auf der Brust und am Rücken auf. (Tab. 30.)

Es werden Individuen beiderlei Geschlechtes hievon befallen. Besonders disponiert sind hiezu chlorotische, anämische Mädchen, ebenso, und vielleicht noch in höherem Masse, Knaben in der Pubertätsperiode (16 bis 20 Jahre), zu Beginn der Bartentwicklung. Vielfach werden Digestionsstörungen, als habituelle Obstipationen, Diätfehler u. a. beschuldigt. Wir können bisher für diese häufig vorkommenden Klagen keine plausible Erklärung geben, möchten aber die erwähnten Störungen nicht als gänzlich unschuldig an dem Auftreten von Acne hinstellen. Man beobachtet an solchen Individuen eine erhöhte secretorische Thätigkeit der Talgdrüsen, sehr oft Seborrhoea oleosa. Die Behinderung der Ausscheidung durch das Entstehen von Comedonenpfröpfen in den Ausführungsgängen der Talgdrüsen und in den Follikeln ist die eigentliche Veranlassung zur Acne, denn sie führt zur Schwellung und Entzündung der Follikel und ihrer nächsten Umgebung, und wir sehen die schwarzen Pfröpfe in der Mitte der Knötchen (Acne punctata). Dort,



wo die Talgdrüsen zahlreicher vorhanden sind, wie auf der Stirne, in den Nasolabialfalten und am Kinn, begegnen wir den ersten Acneknötchen. Höhere Grade mit stärkerer Schwellung und Entzündung nehmen eine rot-bläuliche Färbung an und tragen in der Mitte eine Eiterpustel (*Acne pustulosa*).

Sind die Knoten derber, länglich, wie an den Lidern, bezeichnet man sie als *Acne hordeolaris*.

Eine besondere Form bildet die *Acne varioliformis, necrotisans*, welche an der Haargrenze und am behaarten Kopfe auftritt und sich dadurch auszeichnet, dass die kleinen Knötchen samt der sich rasch bildenden Pustel zu einer Borke eintrocknen, nach deren Abfallen eine leichte narbige Depression zurückbleibt. Eine weitere Abart, welche hauptsächlich durch die subjectiven Beschwerden des Juckens und Brennens ausgezeichnet ist, hat Kaposi als *Acne urticata* bezeichnet.

Endlich wären noch als weitere Varianten die *Acne Folliculitiden* mit grösserer Anhäufung des Granulationsgewebes zu erwähnen, die hauptsächlich an der Nase auftreten und den Namen *Folliculitis exulcerans serpiginosa* führen.

Bei dem chronischen, oft jahrelangen Verlaufe wiederholen sich die Entzündungen mit grösserer oder geringerer Intensität, so dass oft durch die Anschwellung und Verfärbung eine bedeutende Entstellung des Gesichtes verursacht werden kann. Neben länglichen, weisslichen, flachen Narben begegnen wir auch erhabenen, leistenförmigen, noch geröteten und in Verheilung begriffenen Pusteln, daneben aber auch schon entzündlichen Knoten von verschiedener Grösse, so dass es einem weniger Erfahrenen schwer fällt, den Zustand als einen von den Follikeln ausgehenden Process zu erkennen.

Durch das Uebergreifen der Entzündung auf die Talgdrüsen, sowie durch das Fortpflanzen desselben in die Tiefe entstehen oft grössere Abscesse mit flüssigem, mitunter aber auch schon eingedicktem Eiter.



Durch die lange Dauer wird das Leiden für die Patienten schmerzhaft und für die Umgebung lästig und widerlich. Das Allgemeinbefinden wird kaum beeinflusst.

Anders verhält es sich bei der sog. *Acne kachectico rum*. (Tab. 3). Diese kommt an herabgekommenen, marastischen Individuen weniger im Gesichte, mehr am Körper, namentlich an den unteren Extremitäten vor. Sie stellt glatte, livid gefärbte Follikulitiden dar, welche die Tendenz haben, zu necrosieren und sich in torpide Geschwüre umzuwandeln. Häufig treffen wir daneben Lichen scrophulosorum an. Hämorrhagische Ergüsse um die Follikel und in die entzündeten Knoten erhöhen nicht selten das Bild der Kachexie.

Wie schon oben angedeutet, kennen wir endlich gewisse Substanzen, welche die Hautfollikel in Entzündung versetzen und dort, wo sie mit der Haut in Berührung gekommen sind, eine Acne veranlassen können. Solche Substanzen sind Theer, welcher an behaarten Hautstellen angewendet, die Follikelmündungen verstopft und dadurch eine *Acne artificialis* hervorbringt. Aehnliches kommt bei Fabriksarbeitern, welche mit verunreinigtem Paraffin zu thun haben, an den Handrücken und Vorderarmen vor. Auch Benzin, Kreosot u. a. werden in dieser Hinsicht beschuldigt. Die Jod- und Brompräparate sind aus dem Medikamentschatze durch das Hervorrufen einer Acne bekannt. Das Jodkali und Jodnatrium ruft nicht nur die bekannten catarrhalischen Erscheinungen an den Schleimhäuten (Jodschnupfen) hervor, sondern reizt bei der Ausscheidung durch die Talgdrüsen infolge der Veränderung des Talgsekretes die Follikel und führt zu disseminierten Acneknoten, nicht nur im Gesichte, sondern oft am ganzen Körper. Diese Knoten sind oft von leichtem Brennen und Schmerzen begleitet. Selten begegnen wir grösseren Anschwellungen der Follikel, meist nur solchen von Linsengrösse, welche sich bei einiger Pflege ohne Narbenbildung zurückbilden.

Die Bromacne verursacht stärkere Infiltration der



Follikel, tritt nicht so disseminiert auf, wie die Jodacne, bleibt vielmehr auf kleinere Hautbezirke beschränkt, woselbst die Follikel durch grössere Infiltrationen und Entzündungen zu erhabenen, unregelmässigen bis flach-handgrossen Plaques umgewandelt werden können. Die Oberfläche dieser Plaques zerfällt selten, es bilden sich bloss kleine nässende Stellen auf mehr oder weniger intensiv geröteter und unregelmässig erhabener Unterlage.

Die Diagnose der Bromacne ist oft sehr schwierig, weil letztere wenig Charakteristisches darbietet und leicht mit syphilitischen wuchernden Geschwüren oder mit einem epithelialen Krebs verwechselt werden kann.

Einen derartigen instruktiven Fall haben wir am Unterschenkel beobachtet. Es handelte sich um eine unebene, wenig erhabene mit Granulationen bedeckte Geschwürsfläche von Handtellergrösse. Die bejahrte Kranke nahm heimlich grössere Quantitäten von Bromkali zu sich. Die Vermutung, dass es sich um eine Bromacne handle, wurde durch Mangel anderweitiger für Syphilis sprechender Anzeichen und durch die stärkeren entzündlichen Erscheinungen, sowie einen rascheren Verlauf, als er dem Epithelialkrebs zukommen würde, bekräftigt.

Behandlung: Von inneren Ursachen kommen in Betracht Chlorose, Magen-Darmstörungen, Menstruationsbeschwerden. Auf dieselben muss entsprechend Rücksicht genommen werden und deren Behandlung mit der externen Therapie Hand in Hand gehen. Man beginnt mit der Eröffnung der Abscesschen, bestehende Knoten werden scarifiziert. Sind die also gesetzten kleinen Wunden unter Umschlägen oder indifferenten Salbenverbänden abgeheilt, so lässt man die afficierten Hautpartien mit Seife und warmem Wasser tüchtig abseifen. Als Seife kommen die Kaliseife, der Seifenspiritus, das Heer der medikamentösen Seifen zur Verwendung. Für manche leichtere Fälle reicht diese Behandlung aus. Gewöhnlich wird man im Anschlusse an die mehrmals täglich vorzunehmende Seifenwaschung für die Nacht einen Salbenverband verordnen.



Wir nennen:

Rp. Sulfur. praecip.  
Kal. carbon.  
Glycerini  
Aq. lauroceras.  
Spir. vini gall.  $\overline{aa}$  10,  
M. f. pasta

Rp. Sulf. depur. 10,  
Bals. peruv.  
Camphor. aa 2,  
Sapon. virid. 5,  
Axung. porci 30,  
M. D. S. Salbe (Eichhoff)

Rp. Bismuth. subnitr.  
Hydrarg. praecip. alb.  
Ichthyoli  $\overline{aa}$  2,  
Vaselini 20,  
M. f. unguentum.  
D. S. Vor dem Schlafengehen dick auftragen (Hebra-Ullmann).

Rp. Camphorae  
Acid. salicyl.  $\overline{aa}$  0,3—0,50  
Sulfur. praecip. 10,  
Oxyd. Zinc. 2,  
Sap. medic. 1,  
Ol. physeteris 12,  
M. f. unguentum.  
D. S. äusserlich jeden Abend (C. Boeck).

Schütz empfiehlt:

Sulf. depur.,  
Calcar. sulf.,  
Calc. phosphor.  $\overline{aa}$  25,  
M. f. pulv. subt.  
D. S. Schwefelpuder.

Wird mit etwas Wasser verrührt und über Nacht aufgetragen.



Ferner Waschungen mit: Sulfur. praecip. 15,  
 Camphor. 12,  
 Aq. destill. 250,

oder

Rp. Lact. sulf. 10,  
 Spirit. vin. gall. 50,  
 Spirit. lavand. 10,  
 Glycerini 150,

Rp. Lact. sulf.  
 Spiritus  
 Aq. rosarum aa 30,  
 Muc. gumm. arab.  
 10,—20.

S. alle drei Stunden anzuwenden.

und ähnlich zusammengesetzten spirituösen Lösungen und Mixturen.

Sehr gute Erfolge haben wir mit der von Lassar empfohlenen Schälmethode zu verzeichnen.

Rp.  $\beta$  Naphtoli 10,  
 Sulfur. praecip. 40,  
 Vaselini  
 Sapon. Kal. aa 25,

M. f. pasta.

Diese Pasta wird messerrückendick aufgetragen und  $\frac{1}{4}$  bis 1 Stunde lang liegen gelassen, dann abgewischt und nun wird ein indifferentes Streupulver übergepudert. Ueber Nacht trägt Patient eine 10—20%ige Resorcinpaste auf. Schon nach wenigen Tagen tritt Entzündung der also behandelten Haut auf, die Epidermis stösst sich ab, die Acne ist gewöhnlich sehr bedeutend gebessert oder geheilt. Im ersten Falle schreitet man an die Wiederholung der Procedur.

Unna benützt als Schälpaste:

Rp. Resorcini 40,  
 Zinci oxyd. 10,  
 Terr. siliceae 2,  
 Adip. benzoat. 28,

M. f. pasta.



## Sycosis, Acne mentagra, Folliculitis barbae, Bartfinne.

Wie schon der Name besagt, ist die Sycosis ausschliesslich eine Krankheit der behaarten Körperteile. Am häufigsten treffen wir sie an den behaarten Stellen des Gesichtes, so an der Oberlippe, den Wangen, am Kinn, zwischen den Augenbrauen und an den Augenlidern, in den Nasenlöchern, in der Achselhöhle, in der Schamgegend, seltener am behaarten Kopfe.

Wir haben es hiebei mit der Entzündung der Follikel und des perifollikulären Gewebes zu thun. Anfangs bilden sich Knötchen, die sich in Pusteln umwandeln, in deren Mitte ein Haar hervorragt. Diese Haare sind gelockert, nach ihrem Ausziehen sieht man die gelbliche, eitrig infiltrierte und verdickte Haarwurzelscheide. Bei Nageldruck kann man oft aus dem Follikel noch Eiter herauspressen. Stehen die Pusteln eng beieinander, so bilden sich grössere entzündliche Infiltrate, die mit Krusten und Borken bedeckt sind. (Tab. 31.)

Nach dem Abfallen der Borken bleibt eine Narbe zurück, der Follikel ist verödet. Bei langer Dauer und grösserer Ausbreitung bleiben narbige, bartlose Stellen zurück.

Dieses Leiden kann jahrelang fortbestehen, und ist, da es sichtbare Stellen, das Gesicht, befällt, für die Kranken höchst peinlich. Ueberdies sind die Pusteln empfindlich und bei umfangreicheren Entzündungen sehr schmerzhaft.

Die Ursachen dieser nicht parasitären Form der Sycosis kennen wir nicht. Wir sehen nur, dass Eczeme mitunter zu Folliculitis führen und dass chronischer Schnupfen manchmal eine Sycosis an der Oberlippe zur Folge hat.

---

Im Anschlusse an die Sycosis scheint es uns zweckmässig an eine von Kaposi als *Dermatitis papillaris capillitii* beschriebene Erkrankung, welche



andere Autoren (Bazin, Rogets) Acnekeloid genannt haben, hier kurz zu erinnern. An der Nackenhaargrenze entstehen Knoten, welche sich in papilläre Vegetationen umwandeln, die leicht bluten und mit Borken bedeckt sind. Der Process schreitet am Hinterhaupte bis gegen den Scheitel vor. Die Haare sind in Büscheln zusammengedrängt oder fehlen ganz. Der Ausgang ist sclerotische Bindegewebsneubildung, Atrophie und Kahlheit. Mitunter ragen noch Büschel von Haaren aus dem sclerotischen Gewebe hervor.

Therapie der Sycosis: Nur in wenig vorgeschrittenen Fällen wird man den Bart schonen können. Bei schwereren Fällen wird der Bart möglichst kurz geschoren, die aufliegenden Krusten mit einer erweichenden Salbe abgelöst. Jetzt werden die in reifen Pusteln befindlichen Haare mit der Cilienpincette entfernt, dann die Haut rasiert. Bei grosser Empfindlichkeit des Patienten oder bedeutender entzündlicher Reaktion ist das Rasieren oft unmöglich und wird dann durch die Anwendung der Baryumsulfidpasta ersetzt. Man rührt, wie Leistikow angibt, Baryumsulfat, Kohle und Leinöl zu einer Pasta an und glüht diese in einem intensiven Kohlenfeuer gut aus. Man erhält so das Baryumsulfid als ein dunkelblaues Pulver. Man verordnet: Baryum sulfur. 10, Zinc. oxyd. Amyli aa 5. Zum Gebrauche rührt man das Pulver mit Wasser an, streicht die so erhaltene Pasta mit einem Holzspatel ziemlich dick auf den Bart. Nach 10 Minuten entfernt man das Mittel durch Abwaschen. Bestehende Abscesse werden incidiert, Knotenbildungen unter grauem Pflaster zur Resolution gebracht. Zur weiteren Behandlung eignen sich zunächst Schwefelpasten, Schwefelmixturen, Schwefelseifen, Unguentum Wilkinsoni. Ausserdem sind Waschungen mit spirituösen Lösungen von Sublimat (2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>), Resorcin (5—10<sup>0</sup>/<sub>0</sub>) und Pyrogallol (2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>) zu empfehlen. Eichhoff lässt folgende Lösung energisch in die Haut einpinseln:

Rp. Naphtalini  
Acid. salicyl. aa 3,



Chloroformi  
Spirit. vin.  
Glycerini      aa 10,  
M. D. S. Zum Einpinseln.

Die Sycosis der Nasenschleimhaut, des behaarten Kopfes wird nach gleichen Principien behandelt.

Bei der Sycosis parasitaria kommen im wesentlichen dieselben Behandlungsmethoden zur Anwendung. Ehrmann behandelt diese Krankheitsform mit elektrischer Kataphorese. Die Electroden sind vorne offen oder enthalten Hartgummiglocken, in welche Ichthyol (10 0/0) gegossen wird. Dann wird die Electrode auf die Haut gelegt und 10—15 Minuten lang ein Strom von 15—20 Milliampères hindurchgesandt.

### **Acne rosacea, Kupferfinne.**

Die Acne rosacea ist eine durch rote oder bläuliche Verfärbung und durch Volumszunahme der Nase ausgezeichnete Erkrankung, welche sich mitunter weiter im Gesichte, auf die Stirne, die Wangen, die Oberlippe und das Kinn ausbreitet. Sie tritt meistens erst bei Erwachsenen auf, häufiger bei Männern, aber auch bei weiblichen Individuen, und bei letzteren ausnahmsweise schon in der Pubertätsperiode, öfters jedoch im Klimacterium.

Anfangs klagen die Patienten, dass sie bei den geringsten Anlässen, als Betreten eines warmen Raumes, Erregungen durch psychische Reize oder durch Getränke, an der Nase ein Wärmegefühl verspüren, wobei dieselbe auch stärker gerötet erscheint. Sie blasst wieder ab und ist nur häufig feucht, seborrhoisch. Ueber kurz oder lang wird die Rötung stationär und weicht nur dem mechanischen Drucke für kurze Zeit, um sofort wieder zu erscheinen.

Diese intensive Röte geht Hand in Hand mit einer Anschwellung der Nase. Mitunter sieht man frühzeitig einzelne venöse Gefäße deutlicher hervortreten. Die-



selben sind ectatisch geschlängelt und vielfach gewunden und verleihen den kranken Stellen ein mehr bläuliches Kolorit. Die erwähnte Volumszunahme ist Folge einer bindegewebigen Wucherung, welche um die Gefässe beginnt und sich unregelmässig verteilt. Häufig entwickeln sich einzelne flache Knötchen an der Oberfläche, die an Grösse und Zahl zunehmen, confluieren und oft Auswüchse von Kirsch- bis Nussgrösse bilden. Die mitunter gestielt aufsitzenden, lappigen Geschwülste und die gesamte Anschwellung der Nase erreichen oft die Grösse einer Mannesfaust und das verunstaltete Organ hängt bis zur Mundöffnung herab. (*Rhinophyma*, *Pfund-nase*.)

Die Haut des vergrösserten Organes ist überdies von erweiterten Talgfollikeln und hie und da von Acneknötchen besetzt. Zeitweilig klagen die Kranken auch über brennende Schmerzen, was wohl mit der Vereiterung und Bildung von Acnepusteln zusammenhängen mag. Die Consistenz dieser vergrösserten Nasen bleibt lange weich-elastisch, nur selten fühlen sich dieselben derber und dichter an.

In den Anfangsstadien, während der unbeträchtlichen Schwellung der Nase kann man die *Acne rosacea* mit *Lupus erythematodes* verwechseln. Bald aber tritt die Gefässalteration in den Vordergrund. Die glänzende hochrote Oberfläche und der Mangel einer scharfen Abgrenzung gegen die Umgebung, das Fehlen der Narbenbildung weisen auf *Acne rosacea* hin. *Lupus vulgaris* zeichnet sich durch den Zerfall und die Geschwürsbildung von der *Acne rosacea* aus, ebenso die Syphilis. Höhere Grade solcher ohne Auswüchse einhergehender Vergrösserungen der Nase erinnern an ein *Rhinosclerom*, von dem sie sich vor allem durch die weichere Consistenz unterscheiden.

Der Volksmund bezeichnet die mit diesem Uebel Behafteten als Trinker. Wir müssen bei den meisten Fällen den Alkoholmissbrauch als Ursache anerkennen, namentlich werden der saure weisse Wein und der



Schnaps beschuldigt. Doch dürfen diese Getränke nicht als direkte Ursache angesehen werden, sondern es müssen die chronischen Magen- und Darmcatarrhe der Potatoren mit als Ursachen herangezogen werden. Ueberdies lehrt die Erfahrung, dass Leute, welche viel der Kälte ausgesetzt sind, z. B. Kutscher, Höckerinnen, Matrosen häufig an *Acne rosacea* erkranken. Aber auch derartige Personen nehmen es mit dem Alkohol nicht so genau, indem sie sich häufig durch den Genuss desselben erwärmen wollen. Erwähnenswert dürfte unsere Beobachtung sein, dass wir bei diesen Patienten nicht selten eine blasse Haut und Conjunctiva angetroffen haben. Auch andere ätiologische Momente sind zu berücksichtigen. Wir haben erwähnt, dass Mädchen in der Pubertät an *Acne rosacea* erkranken und noch häufiger Frauen während des Klimacteriums. Diese Personen mit Störungen im Genitalsystem sind auch meist anämisch. Wir können somit als wahrscheinlich hinstellen, dass lange währende anämische Zustände zur *Acne rosacea* disponieren, und diese entweder aus Digestionsstörungen infolge von Unterernährung oder aus Genitalleiden und Blutverlusten hiebei hervorgegangen sind. Demgemäss lässt sich den Kranken nicht viel Verheissendes prognostizieren, da man die Grundursachen der Erscheinung entweder gar nicht kennt, oder, wenn diese in der Lebensweise der Patienten wurzeln, nicht beheben kann. Sonst aber erreicht das Leiden niemals Stadien, die das Leben bedrohen.

Die Allgemeinbehandlung dieser Erkrankung hat auf deren häufige Begleitsymptome als Gravidität, Uterinleiden, Alkoholmissbrauch, Magen- und Darmstörungen, Obstipation zu achten und selbe bei der Behandlung entsprechend zu berücksichtigen.

Als Darmdesinficiens empfiehlt Schütz:

Rp.	Thymoli	0,2
	Solve in spirit. vin. rect.	25,
	Aq. destill.	150,



M. D. S. um 10 und 5 Uhr je einen Esslöffel in einem Glase Wasser zu nehmen.

Gegen die bestehende Obstipation:

Extr. Aloes	0,50
Ferr. sulf.	3,
Extr. bellad.	0,20
Sach. et. rad. liq. qu. s. ad pil. Nr. 50,	
S. 3 mal täglich 1 Pille nach der Mahlzeit zu nehmen.	

Die lokalen Massnahmen richten sich natürlich nach der Schwere der Erkrankung. Im ersten Stadium derselben werden kurzdauernde Waschungen mit heissem Wasser, Bedecken der erkrankten Haut mit Heftpflaster, Salicylseifenpflaster, Betupfen mit Schwefelmixturen zum Ziele führen.

Gute Dienste leistet als solche:

Rp. Sulf. praecip.	
Ammon. mur. dep. aa	1,2
Spirit. camph.	2,4
Acet Vini	
Liq. cupr. Ammon. mur. aa	4,0
Aq. laurocerasi	
— rosarum aa	15,

M. D. S. geschüttelt mit dem Finger aufzutupfen. (Schütz).

Derbe Infiltrate gehen auf Applikation von Jodtinktur, Jodglycerin, Emplastrum cinereum der Resorption entgegen.

Sind zahlreiche Knoten und Gefässectasien vorhanden, so thut man am besten die Haut zu scarificieren. Die Wahl des Scarificationsinstrumentes, deren es zahlreiche gibt, liegt im individuellen Geschmacke, wir geben hier den einfachsten Instrumenten den Vorzug. An Stelle der Scarificationen verwenden manche Autoren (Hardaway, Lassar) die electrolytische Nadel. Die Behandlung des Rhinophyma ist eine rein chirurgische.



## Die Blasenausschläge, Phlyctaenosen.

Der Hauptrepräsentant dieser Gruppe ist die Gürtelrose, *Herpes zoster*. (Tab. 12 u. 13).

Sie kündigt sich oft durch schmerzhaft empfindungen in dem Nervengebiete, in dem der Ausschlag aufzutreten pflegt, an. Oft verspüren die Kranken erst kurz vor dem Ausbruche nur ein Brennen an der betreffenden Stelle. Nach dieser Ankündigung erscheint die Haut im Bereiche eines oder mehrerer Nerven leicht entzündlich geschwellt, an ihrer Oberfläche schießen Knötchen hervor, welche sich in 1—3 Tagen in wasserhelle Blasen von Hirse-, Schrotkorngrösse umwandeln. Dieser Zustand kann sich wieder abortiv zurückbilden. Doch vielfach entwickelt sich die Erkrankung weiter, die Blasen erreichen oft die Grösse einer Bohne und bedecken die ganze betroffene Hautpartie mit Ausnahme eines roten Saumes.

Der anfangs seröse, durchsichtige Inhalt wird allmählich trübe und trocknet schliesslich zu braunen Borken ein. Die Entzündung nimmt ab und die Intensität der Schmerzen beschränkt sich bloss auf atypisch wiederkehrende Neuralgien, welche die Kranken ein oder mehrmal am Tage heimsuchen. Auch dieser Zustand kann innerhalb 4 Wochen zur Heilung gelangen.

Doch ändert sich dieser typische Verlauf in einzelnen Fällen ganz wesentlich, indem unter heftigen neuralgischen Schmerzen Blutaustritte die Blasen blau bis schwarzrot erscheinen lassen. (*Zoster haemorrhagicus*.) Nicht nur die Blasen, sondern auch der Gewebsgrund (obere Coriumschichte) wird von Haemorrhagien durchsetzt. Die Vehemenz erreicht ihre Höhe in dem sogenannten *Zoster gangraenosus*, der unter bedeutendem Fieber und Schmerzhaftigkeit einhergeht, wobei eine schwarzgrünliche Verfärbung die Hautnekrose andeutet. (Tab. 12 einzelne Gruppen).

Der Zoster mit blosser Blasenbildung heilt in 2—4 Wochen mit Regeneration der Epidermis unter den Borken.



Beim *Z. gangraenosus* wird erst durch Eiterung der brandige Schorf abgestossen und es entsteht eine langsam vernarbende Geschwürsfläche, die meist keloidartige Narben hinterlässt. Nach dem Schwinden der objektiven Erscheinungen klagen die Kranken oft lange Zeit über Anästhesie in den befallenen Stellen, öfter aber über Neuralgien, Lähmungen, trophische Störungen, welche sich durch Volumsabnahme der Muskeln, mitunter auch durch Ausfallen der Haare kundgeben.

Diese lediglich unter dem Einflusse der Nerven entstehende Krankheit tritt zumeist nur einseitig auf und folgt der Ausbreitung einzelner Nervenzweige. Man hat hiebei Erkrankungen der Intervertebralganglien vorgefunden, die wie bekannt vom Rückenmarke eine vordere motorische und eine hintere sensible Wurzel empfangen. Daher tritt am häufigsten ein Zoster auf, der einem Spinalnerven in seiner peripheren Ausbreitung folgt. Von den Kopfnerven ist es bloss der Trigemini, bei welchem das Ganglion Gasseri dieselbe Rolle spielt, wie die erwähnten Intervertebralganglien bei den Spinalnerven. Ausser dieser typischen Ursache können auch centrale Erkrankungen des Gehirns und Rückenmarks, namentlich Erkrankungen der vasomotorischen Centren den Zoster veranlassen, und man führt darauf das beiderseitige Auftreten des *Z.* zurück. Endlich können die Nervenzweige in ihrem peripheren Verlaufe eine Perineuritis oder sonstige Reizung infolge von Druck erleiden und so kann es ohne Beteiligung des Centralanteiles zur Herpeseruption kommen. Hiebei folgt die Herpeseruption den Abzweigungen und Anastomosen der peripheren Nerven und nicht immer den Hauptstämmen, in Folge dessen kommen völlig isolierte Herde von *H. Zoster* vor, die sich nicht mit den Hauptstämmen der Nerven decken.

Der Vehemenz und der Localisation, wo die Nerven von der Noxe getroffen wurden, entsprechen die Bilder des Zoster. Wir beobachten bei dem *Z. thoracis* an der grössten Biegungsstelle der Rippen, beiläufig in der



hinteren Axillarlinie das erste Aufschliessen von Zosterbläschen. Diesen folgen zumeist erst die vorderen pectoralen Anteile. Jedesmal treten Bläschen in Gruppen, einem cutanen Zweigchen entsprechend, in der Zahl von 5 bis ca. 8 auf und sind an einer bestimmten Stelle gleichzeitig und gleichartig entwickelt. Ebenso halten es die Nachschübe, so dass wir oft neben abtrocknenden centralen Gruppen peripher noch frische Bläschen nachweisen können. Es ist auffallend, dass die Herpesbläschen vielfach nicht genau den Stand einhalten, der ihnen von den Nervenverzweigungen vorgeschrieben erscheint, und so auf den Medianlinien oder auf- und absteigend im Gebiete der benachbarten Nerven auftreten. Hiefür können nur die bekannten Anastomosen der cutanen Nervenzweige verantwortlich gemacht werden.

**Ursachen.** Zu diesen Erkrankungen des Nervensystems führen Blutungen in die Ganglien, entzündliche Veränderungen derselben oder nach längerem Bestande Untergang der nervösen Elemente, Herderkrankungen des Gehirnes oder des Rückenmarkes, Narbenbildungen nebst Pigmentresten und vorhergegangenen Blutungen. Die näheren Ursachen sind oft traumatischer Art, durch Verletzung, Stoss, Druck auf einen Nerven oder ein Ganglion von Seite der benachbarten Gebilde, z. B. Exsudate, Entzündungen, Knochenerkrankungen (Periostitis, Exostose) oder Carcinome. Toxische Formen von Zoster, namentlich im Trigemiusgebiete hat Sattler nach Kohlenoxydvergiftungen beobachtet, nach Arsenintoxikation Blaschko u. a. Auch Malaria kann zu Neuralgien und Zoster führen.

Ausser diesen bekannten Ursachen ist eine Anzahl von Zosterfällen ganz unbekannter Ursache. Ihr epidemisches Auftreten, häufig neben anderen akuten Infektionskrankheiten scheint für eine infektiöse Ursache zu sprechen, die jedoch erst bewiesen werden müsste.

Der Zoster befällt meist jugendliche Individuen, weniger das Alter, am seltensten die Kinder.

**Lokalisation.** Herpes Zoster faciei et



capillitii entspricht dem Ausbreitungsgebiete des Nerv. trigem. In dem Ausbreitungsgebiete des ersten Astes des Trigeminus sind die häufigsten Zosteres am Auge, oberes Augenlid (Nerv. supraorbitalis), Augenwinkel (Nerv. supraorb. et trochlearis). (Tab. 13). Der Z. cervicalis entspricht den Ausbreitungsgebieten des 2., 3. und 4. Cervicalnerven. Ebenfalls zum Cervicalplexus gehören Hinterkopf, Nacken, Hals und Schultergegend. Die Gegend der oberen Extremitäten versorgen der Plexus brachialis und der erste und dritte Intercostalnerv. Das Brustgebiet beherrschen die Nn. intercostales. Die Nates, das Abdomen und die Genitalien, zum Teile auch die Oberschenkel gehören in das Gebiet des Plexus lumbalis und sacralis. Der letztere versorgt die Haut des Dammes, der Genitalien, der hinteren Oberschenkelflächen und die Nates bis abwärts über die Extremitäten, woselbst am Oberschenkel der Nerv. cruralis seine Herrschaft antritt.

**Behandlung:** Bepudern der afficierten Stellen mit einem indifferenten Streupulver, eventuell indifferente Salben, bei starken Schmerzen mit einem Zusatz von Extr. laudani, Extract. belladonnae, Orthoform. Gegen die bestehenden neuralgischen Schmerzen intern Natr. salicylicum (4—6 gr. pro die), Antipyrin, Pyramidon (0,3 pro dosi, 3 mal täglich), Chloralhydrat, Chininum hydrobromicum (Wolff); manchmal wird man zu Morphinum-injektionen greifen müssen, um den quälenden Schmerzen mancher Kranken abzuhelpen. Scharff injiziert im Zwischenrippenraum, dicht an der Austrittsstelle des Nerven die Schleich'sche Lösung:

Rp. Cocaini muriat.	0,2—0,4,
Natr. chlorat.	0,40,
Morph. mur.	0,05,
Aq. destill.	200,

M. D. S. Liquor anaestheticus Schleich.



## Herpes facialis et progenitalis.

Die häufigen Herpeseruptionen im Gesichte und an den Genitalien halten den Typus der Zoster nicht ein. Sie treten nach unbedeutendem Jucken an den Schleimhäuten und der angrenzenden äusseren Haut auf und bilden Gruppen stecknadelkopf- und linsengrosser Bläschen, welche auf mässig gerötetem und leicht erhabenem Grunde sitzen. Selten nur begegnen wir Herpeseruptionen um den ganzen Mund, das Lippenrot bis auf die Mundschleimhaut, dann aber fast immer neben einem Katarrh der Mundhöhle, wodurch die Kranken sehr belästigt werden. Zu dem Herpes labialis gesellt sich häufig einer um die Nasenöffnungen. Dieser Herpes kommt fast ausschliesslich im jugendlichen Alter neben leichten, mit Fieber einhergehenden catarrhalischen Affectionen, Schnupfen, Bronchitis, ja auch bei schweren Erkrankungen des Respirationstractus, Pneumonien, bei Intermittens vor.

Aehnlich verhält sich der Herpes an den Genitalien. Beim Manne findet er sich am häufigsten an der Vorhaut (*H. praeputialis*), seltener auf der Glans. An und für sich von kurzer Dauer gibt diese Erkrankung häufig Anlass zu diagnostischen Schwierigkeiten und ist für den Praktiker sehr wichtig, zumal intensivere Aetzungen und scharfe Medikamente sie zu einer langwierigen, torpiden, den infectiösen Geschwüren ähnlichen Affection gestalten. Sehr häufig sieht man bei *H. progen.* eine leichte Schwellung und Schmerzhaftigkeit der Leisten-drüsen. Beim Weibe treffen wir Herpes an den kleinen und grossen Labien mit mehr oder weniger bedeutender Schwellung derselben an. Wir haben wiederholt eine Herpesausbreitung über die ganzen äusseren Genitalien, das Mittelfleisch und die inneren Schenkelflächen als eine sehr schwere und schmerzhaft e Erkrankung gesehen.

Die näheren Ursachen dieser Herpeseruptionen sind unbekannt, wahrscheinlich nervöser Natur.

Schreck, Erregungen, leichte Fiebererscheinungen führen manchmal zu Herpes labialis und facialis.



Bei manchen Individuen veranlasst eine anhaltende Erection, die Ausübung des Coitus in 2—3 Tagen das Auftreten von Herpes praeputialis.

Die Behandlung dieser Bläschenerkrankung wird sich auf die Application indifferenter Streupulver oder Decksalben zu beschränken haben. Schönung und Vermeidung von Aetzmitteln sind dringend geboten.

### **Miliaria, Frieselausschlag, Schwitzblattern.**

*Miliaria rubra et alba* sind ihrem Wesen nach schon von Hebra als *Eczema sudamen* oder *caloribezichnet* worden. Diese unter profusen Schweissen über den Stamm und den Extremitäten auftretende Eruption kleinster Bläschen hat anfangs eine rote, später, wenn die Epidermis durch Maceration trübe geworden ist, mehr eine weissliche Farbe (daher die Bezeichnung *rubra* und *alba*). Der Inhalt der Bläschen reagiert alkalisch. Wir sehen solche Eruptionen im Sommer bei Feldarbeitern oder in tropischen Ländern, namentlich am Meeresstrande, nach Gebrauch von Salzwasserbädern, manchmal auch bei Gesunden nach anhaltendem Schwitzen. Das Allgemeinbefinden wird dabei nicht gestört. Süsswasserbäder und Trockenhalten der Haut machen bald der Krankheit ein Ende.

Die *Miliaria crystallina* tritt bei den verschiedensten Infektionskrankheiten, am Halse, am Stamme, am Unterleib, den Beugeflächen der Extremitäten, als hirsekorn-grosse, mitunter auch erbsengrosse, wasserklare Blasen auf. Die betroffenen Hautpartieen sind weder hyperämisch noch entzündet, erscheinen wie mit Thautröpfchen bedeckt und fühlen sich wie chagriniert an. Sie kommt im Verlaufe eines Puerperalprocesses, einer Endokarditis, von Typhus etc. vor. Die Prorruption geschieht kurz vor dem Durchbruche des Schweisses nach aussen. Die Bläschen ändern sich nicht wesentlich, bis die dünne Decke ein-



fach weggerieben wird. Ihr Auftreten und selbst die Nachschübe sind von untergeordneter Bedeutung, die fieberhafte Allgemeinerkrankung steht im Vordergrund.

Bedeutungsvoller ist die *Miliaria epidemica*, der Schweissfriesel (*Suette miliaire*). Sie tritt epidemisch auf und beginnt mit Schüttelfrösten und Fieber, die Patienten verfallen in profuse Schweisse und fühlen sich sehr matt. Die Haut des Halses und Rumpfes ist mit Knötchen, Bläschen oder Pustelchen besät.

Das ganze Leiden macht den Eindruck allgemeiner Infection des Organismus und gewinnt dadurch an Bedeutung, dass die Individuen unter stetem Fieber, Mattigkeit und Benommenheit häufig zu Grunde gehen. In der 1892 beobachteten Epidemie in Krain wurden bis zu 24<sup>0</sup>/<sub>0</sub> Todesfälle verzeichnet.

Auf die Entstehung dieser Krankheit scheinen Witterungsverhältnisse Einfluss zu nehmen, die Epidemien entstehen vorwiegend im Frühling und Sommer, also bei schwüler, zu Niederschlägen geneigter Atmosphäre.

Bei der Sektion letaler Fälle findet man nichts Charakteristisches, nur ist auffallend, dass solche Cadaver sehr rasch in Fäulnis übergehen.

### **Impetigo herpetiformis.**

Diese seltene Hautkrankheit wurde mit wenigen Ausnahmen nur bei Schwangeren und Wöchnerinnen beobachtet. Sie beginnt an den Innenflächen der Oberschenkel und der Leistengegend, am Nabel, an den Brüsten und breitet sich auf den übrigen Körper aus, kommt sogar auf den Schleimhäuten vor.

Auf geröteter, mässig geschweller Basis entstehen zahllose stecknadelkopfgrosse weissliche Bläschen, deren Inhalt sich trübt und zu einer dünnen weisslichen Kruste eintrocknet. Diese anfangs auf kleine Bezirke von Erbsen- und Pfenniggrösse beschränkte Eruption breitet sich rasch aus und binnen wenigen Tagen werden grössere Haut-



partieen von der Krankheit ergriffen. Die Ausbreitung geschieht in der Weise, dass sich peripher um eine an-trocknende Zone eine gerötete und geschwellte Zone zeigt, auf der sich wieder frische Bläschen entwickeln. Hebt man die erwähnte dünne, schmutzig weissliche Kruste ab, so trifft man entweder neugebildete Epidermis darunter an, oder es nässt die Haut, ohne tieferen Zerfall zu zeigen, nach Art des Eczema rubrum. Der Allgemeinzustand deutet die Schwere der Erkrankung an. Die Patienten haben ein continuierliches remittierendes Fieber und Schüttelfröste. Sie liegen teilnahmslos dahin, die Zunge ist trocken, mitunter stellen sich Erbrechen, Benommenheit des Sensoriums oder gar Delirien ein.

Die Prognose ist höchst ungünstig. Unter 15 Fällen verliefen 13 tödtlich (Kaposi). Eine Gravide unserer Beobachtung, welche diese Erkrankung nach der Entbindung unter schweren Erscheinungen durchgemacht hatte, erholte sich soweit, dass sie das Bett verlassen konnte, bekam jedoch abermals Fieber und ging rasch unter Collapserscheinungen zu Grunde. Der Sektionsbefund war, wie in den übrigen Fällen, negativ.

Die Ursache dieser Erkrankung ist zur Stunde unbekannt. Nach dem Verlaufe wäre sie als eine infectiöse Krankheit manchen Erythemen, Herpes- und Pemphigusformen anzureihen.

Die Behandlung ist eine rein symptomatische. In den bisher beobachteten Fällen konnte eine Beeinflussung des Krankheitsbildes durch irgendwelche therapeutische Massnahmen nicht konstatiert werden.

### **Pemphigus acutus.**

Unter den Blasenausschlägen wäre der selten vorkommende Pemphigus acutus zu erwähnen. Nach kurzen prodromalen Störungen des Allgemeinbefindens erhebt sich die Temperatur oft bis zu 40° und es entstehen regellos über den Körper zerstreute wasserhelle Blasen von Erbsengrösse, welche sich rasch vergrössern. Diese platzen,



die Epidermis trocknet und schuppt sich ab, es bleibt eine leicht pigmentierte Stelle zurück.

Ähnliche Nachschübe dauern 14 Tage bis 3 Wochen, bis das allgemeine Wohlbefinden wieder zurückkehrt und die Erkrankung damit ihren Abschluss findet. Hier und da soll eine Gangrän der Haut an begrenzten Stellen hinzugetreten sein. Wir haben nur einmal einen solchen Fall beobachtet, der mit einfachem Abtrocknen der Blasen abgelaufen ist.

Diese Erkrankung scheint infektiöser Natur zu sein, wofür die Beteiligung des Gesamtorganismus, namentlich das rasche Ansteigen der Temperatur bei relativ geringer Hautaffection spricht.

### **Pemphigus neonatorum.**

Der *Pemphigus neonatorum* ist eine in der ersten oder zweiten Lebenswoche auftretende Krankheit, deren Hauptsymptome die Blasenbildung ist, zumal nennenswerte Störungen des Allgemeinbefindens fehlen. Der Inhalt der Blasen trübt sich in 1—2 Tagen, sie werden schlapp und platzen. Am Grunde erscheint eine neugebildete gerötete Epidermis, welche von den Resten der abgehobenen umsäumt ist. Die Krankheit unterscheidet sich von dem *Pemph. syphiliticus* durch die Lokalisation. Letzterer kommt nämlich lediglich an den Handtellern und Fusssohlen und neben anderweitigen Syphiliserscheinungen am übrigen Körper vor. Die Basis und Umgebung sind mehr infiltriert, was bei der in Rede stehenden Erkrankung vollständig fehlt.

### **Pemphigus acutus contagiosus.**

Es wurde vielfach auch als *Pemphigus acutus contagiosus* (*Dermatitis exfoliativa Rittershain*) eine mit Blaseneruption einhergehende Krankheit bei Kindern beschrieben, die nach Impfungen epidemisch aufzutreten pflegt. Sie kommt jedoch mehr als eine diffuse entzündliche Erkrankung der Oberhaut über grosse Strecken



des Körpers vor. Die Oberhaut geräth in Abschuppung oder wird durch Serum abgehoben und trocknet zu Borken an. Oder endlich — in höheren Graden — wird die Epidermis in platten Blasen abgehoben, schilfert sich dann entweder ab oder wird weggewischt. Darunter erscheint die allgemeine Decke diffus geröthet.

Als Ursache dieser *Dermatitis exfoliativa* hat in letzter Zeit Riehl in einem Falle einen zu langen Mycelfäden ausgewachsenen Pilz gefunden und hält diese parasitäre Ursache auch bei anderen exfoliativen Dermatitiden aufrecht.

## Pemphigus.

Mit dem Namen *Pemphigus* im engeren Sinne bezeichnen wir Blasenausschläge, welche in ihrem Verlaufe durch einen eminent chronischen Charakter ausgezeichnet sind. Wir unterscheiden zwei Haupttypen, den *Pemphigus vulgaris* und *Pemphigus foliaceus*.

### A. *Pemphigus vulgaris*.

Die weitaus grösste Zahl der Fälle von *Pemphigus vulgaris* muss als eine fieberhafte Erkrankung bezeichnet werden, da sie mit Schüttelfrösten, erhöhter Temperatur, Ueblichkeiten u. a. Störungen eingeleitet werden. Zumeist gehen den Blaseneruptionen Ausbrüche von Erythemen voraus; es erscheinen Quaddeln unter dem Bilde des Erythema annulare, figuratum und urticatum. Auf diesen Quaddeln entstehen prall gefüllte Blasen. Sie können aber auch ohne vorausgehende Quaddelbildung auf scheinbar normaler Haut entstehen. Die anfangs erbsengrossen Blasen wachsen bis zu Nussgrösse oder, wenn zahlreiche Blasen neben einander bestehen, confluieren sie und bilden verschiedene Formen.

Nicht so sehr die Grösse, als vielmehr die Menge der Blasen, welche auf der Haut zur Zeit der Eruption erscheinen, charakterisieren den Fall als einen mehr oder weniger schweren. Der anfangs seröse wasserhelle In-



halt trübt sich in 2 Tagen, die Blase berstet, die Decke trocknet mit einem Exsudat zu einer meist hämorrhagischen Borke ein. In seltenen Fällen ist schon dem Blaseninhalt Blut beigemischt. Dort, wo die Blasen und später die Borken grössere Hautstrecken bedecken, entsteht auch eine grössere Entzündung. Die Haut wird heiss, schmerzhaft; Lymphangioitiden und Adenitiden compliciren mitunter das Leiden.

Subjective Störungen hängen zum Teile mit der Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens durch Durst, Appetitlosigkeit und Kräfteverfall zusammen, zum Teile mit den sich auf der Haut abspielenden Processen als Brennen, Schmerzen, Spannung und Jucken, wodurch der Schlaf gestört ist. Allmählig lösen sich die Borken ab und darunter erscheint eine bläulichrote neugebildete Epidermis, welche später durch bräunliche Verfärbung die Stelle der Blasen bezeichnet. Gutartig verlaufende Fälle können in 2 Monaten bis zu  $\frac{1}{2}$  Jahre vollständig zum Abschlusse kommen, obzwar solche Individuen über kurz und lang neue Eruptionen zu gewärtigen haben.

Es gibt übrigens ganz leichte Fälle von Pemphigus, bei denen die erwähnten Störungen sich nur in minimalem Maasse bemerkbar machen und auch mit entsprechend geringer Blasenbildung einhergehen. Hingegen gibt es maligne Fälle, wo die zahlreichen Eruptionen und die erwähnten Störungen im höchsten Maasse auftreten. Hierbei sind meist auch die Schleimhäute in Mitleidenschaft gezogen; wir finden an den Schleimhäuten der Mundhöhle, der Lippen, Zunge, Gaumen, Kehlkopf und Rachen nach dem Bersten der Blasen weisslich bedeckte Erosionen, welche nicht nur schmerzhaft sind, sondern selbst zu suffocatorischen Erscheinungen führen können. (Tab. 34a.) Auch die Conjunctiva und Cornea werden vom Pemphigus befallen. Auf der äusseren Haut verlaufen die Efflorescenzen mehrfach abweichend von der geschilderten Form, z. B. bleibt das Corium, nachdem die Blasendecken abgehoben sind, entblösst oder



wie mit einem croupösen Exsudate bedeckt. (Pemphigus crouposus.)

Der Pemphigus pruriginosus ist, wie schon der Name besagt, durch heftiges Jucken ausgezeichnet und raubt den Kranken den Schlaf, wodurch dieselben sehr herabkommen und sich nervös und unruhig geben. Durch das frühzeitige Zerkratzen der beginnenden Quaddeln entstehen Excoriationen, crustöse Eczeme, ausgebreitete Pigmentierungen der Haut, Melanosis, kurz alle die den mit Pruritus einhergehenden chronischen Hautkrankheiten zukommenden Consequenzen.

Neumann hat auf eine besondere Abart, den Pemphigus vegetans aufmerksam gemacht. (Tab. 33, 34 und 34 a.) Solche auf Wucherungen des Rete und Auswachsen der Papillen beruhende warzige Wundflächen entstehen aus fortkriechenden Blaseneruptionen, indem nach Ablösen der Blasen sofort die nässende Wundfläche sich zu erheben beginnt, die Ränder sich blasig erheben und mit den benachbarten Blasen vereinen, wodurch dann bis handtellergrösse Plaques entstehen. Die fungoiden Wucherungen kommen im Gesicht, an den Nasenflügeln und Lippen, an den Gelenksenden, den Genitocruralfalten, an den weiblichen Genitalien, der Crena ani und den Achselhöhlen vor, sondern ein ranzig riechendes Secret ab und haben die Tendenz sich serpiginos auszubreiten. Sie nekrosieren selten rasch, bleiben vielmehr meist lange stationär.

Früher hat man diese Form für absolut tödlich gehalten. Dank der modernen Behandlungsweise sind in letzterer Zeit Fälle länger dem Leben erhalten geblieben, wie unser im Atlas angeführte Fall und mehrere in der Litteratur verzeichnete beweisen.

Die papillären Vegetationen flachen sich unter Austrocknen und desinficierender Behandlung ab, kommen zur Ueberhäutung und Vernarbung.



## B. Pemphigus foliaceus.

Der *P. foliaceus* zeichnet sich durch schwerere Form und Verlauf vor den eben angeführten Pemphigusarten aus. Er entwickelt sich entweder nach langem Bestande eines *P. vulgaris* aus der Form des *P. circinatus*, oder es entstehen von vorne herein schlaffe, wenig gefüllte Blasen, deren Decke maceriert und abgehoben wird, wobei das blossliegende Corium gerötet zu Tage tritt.

Der Umstand, dass beim *P. foliaceus* die Regeneration der Epidermis äusserst mangelhaft ist, bringt es mit sich, dass wir auf grosse Strecken excorierte, zum Teile mit Epidermisfetzen bedeckte und zu dünnen Krusten ange-trocknete Epidermislamellen vorfinden. Zwischen diesen erscheint das entblösste Corium oder die mangelhaft entwickelte Epidermis. Die Schuppen hängen der Körperoberfläche lose an und blättern sich sehr leicht ab. (Daher die Benennung: „foliaceus“.) Durch das all-mähliche Fortkriechen der Erkrankung wird endlich die ganze Körperoberfläche ergriffen. Zwischen den Schuppen verlaufen Zickzacklinien von der Epidermis-decke entblösster Haut, aus denen seröse Flüssigkeit hervorsickert, wodurch die Wäsche fest an dem Körper kleben bleibt. Die Haare des ganzen Körpers sind schütter, meist vollständig ausgefallen, die Nägel dünn und brüchig.

Die Patienten haben bei jeder Bewegung grosse Schmerzen, durch die Fieberbewegungen und den Verlust der Säfte sind sie bis zum Scelett abgemagert, meist unrettbar verloren.

Wie schon angedeutet, kann eine Form des Pemphigus aus einer anderen hervorgehen. Meistens aber beobachten wir bei jahrelangem Verlaufe an der einen Körperstelle die eine, an der anderen die andere Form, so z. B. *P. pruriginosus* und *P. vegetans* (Fall: Tab. 33), *P. circinatus* und *P. foliaceus*.

Es liegt somit die Vermutung sehr nahe, dass es



sich bei Pemphigus überhaupt nur um eine Krankheit handelt, die unter verschiedenen Formen verläuft.

Die Aetiologie dieser meist ominösen Erkrankung (nach Kaposi's Schätzung genesen nicht 10 % dauernd) ist bisher unaufgeklärt geblieben. Man hat bei den Sectionen keinerlei Anhaltspunkte gefunden, da die Individuen entweder einer intercurrierenden Erkrankung oder den Folgen des Marasmus erlegen sind.

Ebensowenig konnte man bei den bacteriologischen Untersuchungen des Blaseninhaltes und der Stoffwechselproducte (Harn) eine sichere Aufklärung gewinnen. Da manche Nervenerkrankungen erfahrungsgemäss mit blasenbildenden Hautkrankheiten einhergehen, hat man darin die Ursache des Pemphigus gesucht.

Wir sind ab und zu in der Lage, Vermutungen aufzustellen, dass der Pemphigus als eine auf der Haut auftretende Erscheinung einer anderen Erkrankung des Organismus aufzufassen ist. Sonst sind die meisten Fälle ihrer Aetiologie nach in Dunkel gehüllt und bleiben es so lange, bis wir Stoffwechselstörungen und die mit ihnen verbundenen chemischen und toxischen Vorgänge im Organismus näher kennen gelernt haben werden.

Die Behandlung hat zunächst der Beteiligung des Gesamtorganismus die nötige Beachtung zu widmen und den Kräftezustand durch Roborantia, entsprechende Diät, Alcoholica zu heben. Von inneren Mitteln verdienen die Arsenpräparate das meiste Vertrauen, obwohl ihre Wirkung bei Pemphigus durchaus unverlässlich genannt werden muss. Besteht heftiges Jucken, so kann man die Darreichung des von Wright empfohlenen Calciumchlorid versuchen (1 gr. bis 1½ gr. pro die). Zur äusserlichen Behandlung verwendet man inerte Streupulver, Salbenverbände mit Borsalbe, Zinksalbe, Ung. Wilsoni etc. Bei vorhandenem heftigem Juckreize sind Teerpinselungen, Teersalben indiciert. Ist die Epidermis über weite Strecken abgängig, der Serumverlust ein bedeutender, die Salbenbehandlung wegen des Allgemein-



zustandes des Kranken schwierig zu handhaben (*Pemphigus foliaceus*), so empfiehlt sich die Anwendung des permanenten Wasserbettes, in welchem sich die Patienten gewöhnlich subjectiv sehr wohl fühlen.

### **Hautentzündung** (Dermatitis).

Im Kapitel „Erytheme“ wurde bereits hervorgehoben, dass die Hyperämien der Haut den wesentlichen Bestandteil, am Anfang sogar die einzige Erscheinung der Entzündungen ausmachen. Unter einem haben wir auf die oberflächlichen Hautentzündungen aufmerksam gemacht, welche nur geringe Unterschiede zwischen Hyperämie und Entzündung aufweisen und welche durch irritierende Substanzen (Toxine, Medikamente) hervorgerufen werden. Im Nachfolgenden wollen wir höhere Grade von entzündlichen Vorgängen auf der allgemeinen Decke in Betracht ziehen. Diese werden entweder durch pathologische Processe im Organismus veranlasst, oder sie sind die Folgen direkter thermischer, chemischer oder mechanischer Insulte, welche die Haut treffen. Von den durch Traumen hervorgebrachten Entzündungen wollen wir hier als in das Gebiet der Chirurgie gehörig absehen.

Die Erfahrung hat gelehrt, dass Diabetiker zu Hautentzündungen der verschiedensten Art veranlagt sind. Solche mit Diabetes behaftete Individuen leiden an Anidrosis, Asteatosis, Pruritus cutaneus, mitunter an Erythemen und Eczemen, Furunculosis, Anthrax, endlich sogar an diffuser Dermatitis. Solche Dermatitisen kommen einseitig infolge von geringem Druck oder leichter Verletzung an den Extremitäten vor. So geräth das Unterhautzellgewebe der Fusssohlen, Zehen, Ballen, Fussrücken in Entzündungen, die zu Gangrän und Knochennekrose führen.

Die Pathogenese dieser Erscheinungen ist nicht ganz klar. Kaposi ist der Ansicht, dass der in den Geweben abgelagerte und sich zersetzende Zucker zu der



Entzündung führt. Wir möchten auch auf die allgemein herabgeminderte Energie des Organismus hinweisen, zumal die Diabetiker gewöhnlich körperlichen Strapazen, auch dauernden psychischen Anstrengungen nicht gewachsen sind, ferner sich oft gegen Kälte und Alcohol refractär zeigen. Somit hat ihr Organismus die Widerstandsfähigkeit eingebüsst. Erfahrenen Chirurgen ist dieser Umstand wohl bekannt und sie meiden operative Eingriffe bei Diabetikern.

Entzündungen und selbst Gewebsnekrose kommen an herabgekommenen Individuen nach acuten Erkrankungen, wie Variola, Typhus u. a. vor. Man kann oft trotz der grössten Sorgfalt das Entstehen eines Decubitus nicht vermeiden.

Hieran reihen sich marantische Individuen und Greise, bei denen die Circulationsverhältnisse darniederliegen (senile oder marantische Gangrän), endlich Fälle, bei denen es zur Verengung oder zu gänzlichem Verschluss von Arterien kommt, also bei Atheromatose der Gefässe, bei Endarteritis obliterans, wie solche nach Syphilis an den peripheren Arterien nachgewiesen wurde, wobei es zu Entzündungen an der Peripherie der Extremitäten, endlich zur aufsteigenden Gangrän kam.

Endlich wäre noch die multiple kachektische Hautgangrän zu erwähnen, die Simon und Kaposi bei herabgekommenen Kindern beobachteten und auf eine capilläre Thrombose zurückführen.

An diese Hautentzündungen reihen sich Fälle an, welche in das Gebiet der neuritischen Hautkrankheiten gehören und in Form von Entzündung der Gewebe auftreten.

Hieher wäre in erster Linie die Raynaud'sche Krankheit oder symmetrische Gangrän zu rechnen, welche bei Gehirn- und Rückenmarkerkrankungen beobachtet wurde und nach Hochenegg eine reine vasomotorische Störung bedeutet, ohne primäre Erkrankung der Gefässe. Die capillaren Gefässe der Haut



werden durch vasomotorischen Einfluss krampfhaft contrahiert, es entsteht eine locale Anämie, die Haut erscheint kühl und blass. Lässt der Krampf in den arteriellen Gefässen nach, so entsteht eine Ueberfüllung der Venen, welche durch Asphyxie, regionäre Cyanose und Schwellung gekennzeichnet ist. Gleicht sich die Circulationsstörung nicht bald aus, und wird der trophische Impuls aufgehoben, so führt dieser Zustand unter heftigen Neuralgien und Blasenbildungen zu Entzündungen und sogar zu Gangrän der Zehen oder Finger.

Parästhesien und Anästhesien begleiten diese symmetrische Gangrän, welcher zumeist schwere nervöse Störungen vorausgehen oder zu Grunde liegen.

Syringomyelie führt mitunter auch zu trophischen Störungen der Haut, ist jedoch durch das asymmetrische Auftreten der Geschwüre, sowie durch die mannigfaltigen Erscheinungen auf der Haut infolge der Dystrophie, als Eczem, Rhagaden, Panaritien, Blasenbildungen, Phlegmonen, Gangrän und andere, von der Raynaud'schen Krankheit zu trennen.

Das *Malum perforans pedis* haben einzelne Autoren gleichfalls als eine *Trophoneurose* hingestellt. Es tritt am häufigsten an den Beugeflächen der grossen Zehen und am Zehenballen auf. Meist gehen Schwielen, hühneraugenartige Verdickungen dem Prozesse voraus. Diese werden durch eine Entzündung abgehoben und es entsteht ein Geschwür, welches in die Tiefe greift und selbst zur Nekrose des Knochens führt.

Endlich möchten wir noch an die Spontangangrän bei Hysterischen erinnern, von welcher zumeist jugendliche weibliche Individuen heimgesucht werden.

Unter Brennen entwickelt sich ein mark- bis thaler-grosser Fleck oder eine quadelartige Efflorescenz, welche bald eine schwarz-bläuliche Farbe annimmt und einen trockenen Schorf darstellt. Dieser stösst sich ab, die Wunde vernarbt, dazwischen treten wieder neue gangränescierende Stellen auf. Nach kürzerer oder längerer Dauer (bis zwei Jahre) verschwinden die Eruptionen.



## Combustio, Verbrennung.

Mit Combustio bezeichnen wir die sicht- und fühlbaren Folgen der Einwirkung der Hitze oder ätzender chemischer Substanzen auf den Organismus. Dieser reagiert auf die Insulte mit verschiedenen Graden von Entzündung, soferne die Lebensthätigkeit durch die Schädlichkeiten nicht vernichtet wurde. Wegen der Häufigkeit ihres Vorkommens stehen die Hautentzündungen im Vordergrunde dieser Gruppe. Die gewöhnlichsten Fälle, bei denen die Verbrennungen sich ereignen, sind die Flammen brennender Körper oder heisse Flüssigkeiten, wie siedendes Pech, heisses Wasser, Petroleum, Explosivstoffe, von den chemischen Substanzen meist Kalk, ätzende Säuren etc. Stets ist die Oberfläche des menschlichen Körpers der Sitz der ersten Erscheinungen, doch treten dabei fast immer auch Störungen des Allgemeinbefindens auf. Mit Bezug auf die Erscheinungen an der Körperoberfläche teilt man die Verbrennungen in drei Abstufungen ein und zwar:

I. Verbrennungen ersten Grades,  
(Combustio erythematosa), eine über kleinere oder grössere Flächen der Haut ausgebreitete Rötung mit leichter Schwellung nach Art eines Erythems, jedoch nicht in Quaddelform abgeteilt. Dieser leicht entzündliche Zustand der Haut macht in wenigen Tagen einer bräunlichen Färbung Platz und kehrt mit leichter Epidermisabschuppung zur Norm zurück. Gewöhnlich ist hierbei das Allgemeinbefinden nicht gestört und das brennende Gefühl an der Haut lässt sich durch therapeutische Massnahmen leicht erträglich machen.

II. Verbrennungen zweiten Grades,  
(Combustio bullosa). Die äussere Decke ist mit Blasen von Erbsen- bis Faustgrösse bedeckt, die mit einer serösen Flüssigkeit mässig angefüllt sind. Die abgelöste Epidermis ist nicht gleichmässig abgehoben, wie z. B. bei Pemphigusblasen, meist dicker, so dass die



Basis der geplatzten Blasen das Rete Malpighi oder gar die Papillarschichte bilden. Die Umgebung der Blasen ist dunkelrot, matt glänzend.

Die Kranken empfinden ein sehr schmerzhaftes Brennen, das sich oft über die sichtbaren Grenzen der Verbrennung hinauserstreckt.

Die kleineren Blasen bleiben erhalten, ihr Inhalt wird trübe, die Epidermis vertrocknet zu dunklen Borken, nach deren Ablösung die neugebildete Epidermis zu Tage tritt.

Die grösseren reissen beim Ausziehen der angebrannten Kleider oder beim Aufliegen im Bette ein, so dass die Kranken dem Arzte meist mit eingerissener und gefalteter Epidermis oder mit entblösten, der Epidermis beraubten Stellen gebracht werden. Diese sind speckig-weisslich, erst in einigen Tagen werden sie rot, es beginnt eine Exsudation und Zellenbildung, welche allmählich zur Ueberhäutung führt.

Die subjectiven Beschwerden sind hier die bedeutenden Schmerzen, das Brennen, welches noch durch das Umlegen der Kranken und das Loslösen der Wäsche und Verbände erhöht wird.

Ist ein grosser Teil,  $\frac{2}{3}$  der Körperoberfläche verbrannt, so ist das Leben der Kranken erfahrungsgemäss gefährdet.

### III. Verbrennungen dritten Grades.

(Combustio escharotica). Hier finden sich meist auch die übrigen Grade vertreten, doch bezeichnet diesen Grad ausschliesslich der Zustand der Mortifikation der Gewebe, welcher infolge der intensiven Wirkung der Hitze entstanden ist. Die Weichteile bieten, sowohl was die Ausdehnung als die Tiefe der Verbrennung anbelangt, in jedem Falle alle möglichen Abstufungen dar.

Am häufigsten ist die Verbrühung, bei der die Haut und das Unterhautzellgewebe durch heisse Dämpfe oder Wasser wie gekocht aussehen. Selten finden sich noch blasenförmige Erhebungen über der



verbrühten Haut, zumeist hängt die letztere in Stücke zerrissen herab.

Eine andere Form ist die weisse Verschorfung, wobei die Haut weisslich, alabasterartig, beim Betasten hart, zähe, leblos erscheint. Schlimmer noch sind jene Fälle, in denen die Haut und die Weichteile wie verschorft, schwarzbraun, vertrocknet, lederartig und derb ist. Die Schorfe stellen unregelmässig begrenzte Platten dar, an deren Peripherie sich mindere Grade von Verbrennungen befinden.

Bei enormen Unglücksfällen, wo die Körperteile den directen Flammen ausgesetzt waren, kommt es zur Verkohlung, welche mit Verschrumpfung und Verunstaltung der betroffenen Körperteile verbunden ist. Die Kranken sind im Zustande der höchsten Aufregung und gehen bei dieser hochgradigen Verbrennung oft schon in vier bis sechs Stunden zu Grunde. (Nervenshock, Kaposi.)

Häufiger folgt auf die Aufregung eine Apathie, die Kranken gähnen, seufzen, allmählich stellt sich Ructus, Singultus, ja sogar galliges Erbrechen ein. Die Patienten werden dann wieder unruhig, verwirrt, von Krämpfen, Opisthotonus heimgesucht, verlieren das Bewusstsein, delirieren und verfallen in Sopor. Auffallend bei diesem Zustande ist die geringe Menge von Harn, welche man beim Katheterisiren in der Blase vorfindet. Das Atmen wird oberflächlich, der Puls schwach und es tritt der Exitus letalis ein. Haben die Kranken aber die ersten 2—3 Tage überstanden, dann entsteht gewöhnlich eine demarkierende Entzündung mit Eiterung. Die Schorfe retrahieren sich und werden in 1—2 Wochen durch Eiterung abgehoben. An den minder betroffenen Stellen tritt Granulationsbildung ein.

Diese Zeit ist für die Kranken noch gefährlich, da sie infolge von Herzschwäche in kurzer Zeit zu Grunde gehen können. Manche Autoren führen diesen Tod auf den Zerfall roter Blutkörperchen zurück, andere auf das Entstehen toxischer Substanzen im Organismus.

Abgesehen von diesen directen Folgen der Ver-



brennung bieten die erlittenen Verletzungen Veranlassung genug, das Leben der Patienten auch späterhin zu gefährden und zwar durch intercurrierende Erkrankungen, als Pneumonie, Morbus Brightii, Erysipel und Pyämie.

Die Narben nach Verbrennungen sind oft keloidartig, massig und veranlassen auch in späteren Jahren schwere Consecutiverscheinungen, behindern häufig durch Retraction die Blutcirculation, wobei die peripheren Teile der Gliedmassen durch Volumszunahme, chronisches Oedem und Elephantiasis verunstaltet werden. Oft sind durch Verkürzungen der Narben am Halse die Bewegungen des Kopfes behindert. Durch Contractur der Narben über den Gelenken geht oft die Gebrauchsfähigkeit der Extremitäten verloren, die Arme sind nicht selten in Winkelstellung an den Stamm fixiert, unbrauchbar.

Therapie. Bei Verbrennungen ersten Grades: Einstreuen mit einem indifferenten Streupulver, häufig zu wechselnde Umschläge von Eiswasser, essigsaurer Thonerde.

Bei solchen zweiten Grades Eröffnung der Blasen, hierauf Salbenverband. Wir bestreuen die der Oberhaut entblösten Hautpartieen mit Jodoform in dünner Schicht und geben darüber einen Verband von 5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> Borsalbe. oder Einhüllungen mit Oleum lini, Aq. calcis aa partes. v. B a r d e l e b e n empfiehlt die Brandstellen mit 3<sup>0</sup>/<sub>0</sub> Car-säurelösung oder 3<sup>0</sup>/<sub>00</sub> Salicylsäure abzuspülen und hierauf mit ungestärkten Gazebinden, die mit Wismuth und Amylum zu gleichen Teilen bestreut sind, zu bedecken. Ein solcher Verband kann 8—14 Tage liegen bleiben;

Nach neuerer Empfehlung hat in der Behandlung der Verbrennung die Picrinsäure Anwendung gefunden. Die verbrannten Teile werden 5—10 Minuten lang gebadet in

Rp. Acid. picronitrici 5,  
Alcohol. 80,  
Aq. destil. 1000,

worauf man die Wunden mit Watte bedeckt, wenn die Epidermis erhalten ist, oder wenn diese fehlt, mit steriler Gaze einhüllt. Verbandwechsel nach 3—4 Tagen. Bei



ausgedehnten Verbrennungen verwendet man mit dieser Lösung getränkte Compressen. Nach unserer Erfahrung ist dieses Verfahren wegen seiner Schmerzhaftigkeit nicht zu empfehlen.

Bei ausgedehnten Verbrennungen findet das continuirliche Bad nach Hebra Anwendung. Man verabreicht da intern Analeptica (Alcohol), bei Aufregungszuständen, Schlaflosigkeit Morphinum, Chloralhydrat, Brom.

Lustgarten empfiehlt die Darreichung von Atropin, neuestens hat Tommosoli die subcutane Injektion von künstlichem Serum, (das aus Kochsalz und doppelkohlen-saurem Natron besteht), warm befürwortet.

Die Behandlung von Verbrennungen dritten Grades wird nach gleichen Grundsätzen zu geschehen haben.

### **Congelatio, Erfrierung.**

Die Erfrierung entsteht bei niederen Temperaturen nach entsprechend längerer Einwirkung auf die Haut. Die zur Erfrierung nötige Zeitdauer ist je nach dem Individuum verschieden bemessen. Anämische oder durch mühsames Waten im Schnee Erschöpfte erleiden leichter schwere Erfrierungen, als robuste, gesunde Leute.

Die Erscheinungen auf der äusseren Haut werden analog denen bei Verbrennungen als erythematöse, bullöse Formen und als Eschara bezeichnet.

Zuerst entstehen Erfrierungen der unbedeckten Hände, der schlecht bekleideten Füße, Nase, Ohren und Wangen. Die Kranken verspüren leichtes Brennen, verlieren aber die Empfindung dafür und werden erst wieder beim Auftauen durch stechende Schmerzen und intensives Jucken darauf aufmerksam gemacht, dass sie sich die Haut erfroren haben. Es entsteht Dermatitis erythematosa, sogenannte Frostbeulen oder Perniones, als verschieden grosse, leicht erhabene Flecke von livider Färbung. Die Gefässe werden paretisch, worauf die bläuliche Verfärbung, die seröse Infiltration und die ge-



ringe Schwellung zurückzuführen sind. Sind diese entzündlichen Erscheinungen von grösserer Infiltration und Exsudation gefolgt, so wird die Epidermis durch Serum zu Blasen abgehoben, deren Inhalt vielfach hämorrhagisch ist. Mitunter platzen sie, und es entstehen torpide Geschwüre, die durch ihre exponierte Stellung nur langsam heilen und durch häufige Complicationen mit Lymphangioitis und Adenitis die Kranken sehr belästigen.

Wie schon erwähnt, neigen namentlich anämische Individuen zu solchen Frostbeulen der Hände und Ohren und können selbst bei leichteren Graden der Erkältung, infolge der einmal gesetzten Gefässveränderungen, Frostbeulen neuerdings acquirieren.

Bei ganz schweren Erfrierungen (*Congelatio escharotica*) entstehen stets hämorrhagische Blasen oder eine bläulich marmorierte, sich kalt anfühlende und unempfindliche Hautoberfläche. Man kann auf den ersten Blick niemals die Ausdehnung und die Folgen einer solchen Erfrierung ermessen, denn es lehrt die Erfahrung, dass Weichteile, die man als erfroren angesehen hat, sich doch noch öfters erholen, da ihre Gefässe permeabel sind. In weiterer Folge entsteht eine reactive Entzündung um die mortificierten Hautstellen, oder nach intensiver Kälte greift die Mortifikation durch die Weichteile, selbst bis auf den Knochen über.

Nekrose, Abstossung der Ohrmuscheln, einzelner Phalangen oder ganzer Finger sind häufig. Bei diesen langsam verlaufenden Prozessen ist die Gefahr vorhanden, dass putride Stoffe aufgenommen werden und Phlebitis, Septicämie und Tod folgen kann.

Therapie. Wie bereits erwähnt wurde, neigen anämische Individuen zu Erfrierungen ersten Grades an Händen und Füßen, Nasenspitze und Wangen und Ohren. Es empfiehlt sich demgemäss die interne Verabreichung von Eisenpräparaten. Local Bepinselung mit Jodtinctur, Collodium oder



- Rp. Acid. tannic. 2,  
Glycerini oder  
Spirit. camphor. ad 50,  
M. D. S. Zur Einreibung.
- Rp. Camphor. tritae 3,  
Lanolini,  
Vaselini aa 15,  
Acid. hydrochlor. pur. 2,  
M. f. unguentum (Carrié)
- Rp. Bals. Peruviani 5,  
Mixt. oleosobals.  
Aq. Coloniensis aa 30,  
M. S. Aeusserlich (Rust).
- Rp. Calcar. chlor. 1,  
Unguent. paraffini 9,  
M. f. unguentum,  
D. in vitr. fusco,  
S. erbsen- bis bohnergross 5 Min.  
einzureiben. Verband (Binz).

Besnier und Brocq empfehlen Baden in einer Abkochung von Wallnussblättern, Einpinseln mit

Aq. rosarum,  
Acid. tannic. aa 0,10,  
Glycerini 30,

dann Einpudern mit salicylsaurem Wismuthpulver (1:6).

Bei acuten Erfrierungen ist es ratsam, die Personen in einem kühlen Raume mit Schnee zu frottieren unter gleichzeitiger Anwendung der gebräuchlichen Analeptica.

### Erysypelas, Rose, Rotlauf.

E. ist eine durch Infection bedingte Krankheit, welche stets von Störungen des Allgemeinbefindens begleitet ist. Die Erkrankung kann von jeder Körperstelle aus auf den Organismus übertragen werden. Die afficierte Haut ist geschwellt, die Oberhaut gespannt und glatt, lebhaft geröthet. Peripher breitet sich manchmal



diese Entzündung immer mehr und mehr aus und es lässt sich in einzelnen Fällen überhaupt nicht voraussehen, wie weit sich der Process ausbreiten wird. Die befallenen Hautstellen sind an sich empfindlich, bei Berührung, namentlich der Randzonen, heftig schmerzhaft. Das Erysipel schreitet nicht immer gleichmässig von der Ausgangsstelle fort, mitunter schiessen peripher einzelne streifenförmige Linien hervor, oder die Krankheit lässt eine Hautpartie verschont, um sich an einer entfernteren abermals fleckenförmig auszubreiten. Nicht selten dehnt sie sich längs der Lymphgefässe über ganze Extremitäten aus. Eine Eigentümlichkeit bildet das Erysipelas migrans, das an einer Stelle abheilt, peripher aber weiter fortkriecht. Mitunter werden die bereits abgeheilten Stellen abermals von Erysipel ergriffen. Schwere Fälle gehen mit Bläschen- und Blasenbildung einher (Erysipelas bullosum). In ganz hohen Graden kann es zur Gangränescenz der Haut kommen.

Der *Streptococcus erysipelatis* (Fehleisen) ist nachweislich der Erreger dieser Erkrankung. Es ist gelungen, durch Ueberimpfung der Reinculturen dieses Mikroorganismus ein typisches Erysipel zu erzeugen.

Am häufigsten ist wohl das Gesichtserysipel. Von der Nasenhöhle aus, infolge einer Abschürfung in der Nasenapertur, von den Augenwinkeln oder von sonstigen Stellen ausgehend, wo durch eine Verletzung der Epidermis die Infection ermöglicht ist, breitet sich das Erysipel über das Gesicht, die Ohren, -die behaarte Kopfhaut aus, und greift mitunter auch auf den Hals und Rumpf über.

Noch vor Rötung der Haut treten Unbehagen und Fieber auf, die Temperatur steigt mit abendlichen Exacerbationen bis zu 40°. Bei ausgebreiteten Kopferysipelen liegen die Kranken soporös dahin, oft in vehementen Delirien; Potatoren selten ohne ein Delirium tremens.

Die Erfahrung lehrt, dass Recidiven häufig sind, was wohl mit dem Zurückbleiben von Kokken in den



Gewebe oder mit einer neuerlichen Infection durch Kleidungsstücke zusammenhängt.

Solche häufige Recidiven hinterlassen, wie wir z. B. bei Fussgeschwüren sehen, Verdichtungen des Zellgewebes, elephantiastische Verdickungen. Beim Kopferysipel ist der Haarausfall eine häufige Folge.

Das Erysipel heilt mit lamellöser Abschuppung der Epidermis oder durch Ablösung der zu Krusten vertrockneten Blasen.

Bemerkenswert ist, dass Exantheme wie Syphilis, Psoriasis und Lupus während des Fiebert Verlaufes des Erysipels schwinden (*Erysipele salutare der Franzosen*.)

Die Prognose hängt von der Constitution des Individuums, von der Schwere und namentlich von der Dauer dieser fieberhaften Erkrankung ab.

An das Erysipel reihen sich die mit demselben leicht zu verwechselnden *Pseudoerysipele* (*Phlegmonöse Hautentzündungen*). Dieselben gehen meist von einer Verletzung aus, auf die entweder zugleich oder nachträglich septische Stoffe übertragen werden. Unter Schüttelfrösten und Fieber breitet sich über ganze Extremitäten eine derbe schmerzhaft Schwellung und Rötung aus. Selten geht der Zustand zurück, meist bildet sich eine Vereiterung im subcutanen Zellgewebe. Mitunter kommt es in grosser Ausdehnung zur eitrigen Schmelzung des Gewebes. Die jauchige Zerstörung greift auf die Fascien und Muskeln über, oft bis zum Knochen. Nach Oeffnung eines Jaucheraumes entleeren sich grosse Massen übelriechenden Eiters, untermengt mit Gewebsfetzen. Die Kranken sind infolge der allgemeinen Infection und der Schwere des lokalen Processes sehr herabgekommen, und wenn sie nicht in der acuten Periode an Pyämie zu Grunde gehen, so ist ihr Leben noch häufig durch eine langwierige Kachexie gefährdet.

*Therapie:*

Intern ausser der üblichen Fieberdiät Antipyretica,



Alcohol. Aufsuchen des Infectionsherdes, wie beispielsweise bei Gesichtsrose genaue Inspection der Mund- und Nasenhöhle, Spalten eines etwa vorhandenen Zahnabscesses oder Behandlung einer Rhinitis. Lokal Umschläge mit essigsaurer Thonerde oder Bleiwasser, Einpinselung der gesunden Randpartieen mit Jodtinctur, Collodium, Ichthyolcollodium (10<sup>0</sup>/o) etc. Wir verwenden mit Vorliebe folgende Salbe zum Verband:

Rp. Jodoformii 30,  
 Creolini 15,  
 Lanol.  
 Vaselini aa 30,  
 M. f. unguentum.

Aus der grossen Zahl sonst empfohlener Mittel nennen wir noch die Anwendung des Alcohol absolutus, der auf weiche Leinwandcompressen alle 15—20' gegossen wird, darüber kommt ein trockenes Tuch und Guttaperchapapier (v. Langsdorf); Aufpinselung von Guajacol mit Oleum olivarum aa partes (Maragliano); die Terpentinöl-Behandlung nach Lücke, bei welcher 4 bis 5 mal täglich Oleum terebinthinae rectificatum in die afficierte Hautpartie mit einem Pinsel oder Wattebausch eingerieben wird.

### Furunculus.

Zumeist entsteht der Furunkel aus einer Acnepustel, oder wenigstens aus einer Entzündung eines Follikels und dessen Umgebung. Anfangs bildet sich ein schmerzhafter entzündlicher Knoten in der Cutis. Die Spitze bildet eine oberflächliche Pustel, in welcher mitunter noch ein Haar steckt. Diese Pustel platzt und trocknet zu einer Borke an, aber erst nach 3—4 Tagen lässt sich der eitrig infiltrierte Pfropf aus den tieferen Lagen der Cutis entweder auspressen oder nach einem Einschnitte in der engen Oeffnung entfernen. Die zurückgebliebene



Höhle schliesst sich allmählig durch Granulation. Es ist ein alter Erfahrungssatz, dass selten ein Furunkel allein auftritt, meistens treten entweder mehrere zu gleicher Zeit, oder, was noch häufiger geschieht, viele Furunkel an einem Individuum nach einander auf. (*Furunculosis*.) Es trifft dies häufig bei verletzter Epidermis zu, so nach Scabies, Pediculosis, Eczemen, Acne u. s. w. Mehr für eine durch Uebertragung entstandene, als durch mechanische Ursache hervorgerufene Erkrankung spricht der Umstand des reihenweisen Auftretens von Furunkeln an einem Individuum oder an mehreren zusammenlebenden Personen. (Tab. 32.)

Staphylococcen sind als Ursache der Furunkelbildung erkannt worden.

### **Carbunculus.**

Carbunculus oder Anthrax kommt am häufigsten in der Nackengegend, im Gesichte, am Rücken und in der Kreuzgegend vor.

Er unterscheidet sich lediglich durch Grösse und Schmerzhaftigkeit von dem einfachen Furunkel. Es sind dies nuss- bis kindsfaustgrosse, derbe, sehr schmerzhaftes Zellgewebsentzündungen, welche nach längerem Bestand durch mehrere Oeffnungen nach aussen aufbrechen. Mitunter nekrosiert die Haut darüber zu einem lederartigen, trockenen Schorfe. Das hohe Fieber, die bedeutende Schmerzhaftigkeit machen dieses Leiden zu einem schweren, und, wenn die entzündliche Infiltration weit um sich greift, ist die Gefahr vorhanden, dass die Patienten an Pyämie zu Grunde gehen.

### **Milzbrandcarbunkel, Pustula maligna und das Milzbrandödem (malignes Oedem).**

Es sind dies Hautaffectionen nach Infection mit Milzbrandbacillen, welche, wie bekannt, bei kranken Thieren, als Pferden, Rindern, Schafen, Hirschen und Rehen vorkommen.



Die Ueberimpfung geschieht entweder direct auf Menschen, die sich mit den Tieren beschäftigen, wie Kutscher, Stallknechte, Schäfer etc., oder auf solche, welche mit Tierabfällen zu thun haben, da es bekannt ist, dass selbst Haare und Felle die Milzbrandbacillen, resp. Sporen, die eine ausserordentliche Widerstandsfähigkeit besitzen, beherbergen und übertragen können. Die Infection entsteht durch Insectenstiche, durch directe Einimpfung in die Haut, seltener durch Einatmung sporenhaltigen Staubes oder durch den Darminhalt nach Genuss des Fleisches.

Der Verlauf einer solchen Infection ist immer gefährlich, doch kommt es mitunter vor, dass die Pusteln unter geringen Allgemeinerscheinungen durch Ausstossung des infiltrierten Gewebes zur nachträglichen Vernarbung gelangen.

### **Rotz, Malleus humidus**

entsteht zumeist durch directe Ansteckung der mit rotzkranken Pferden, Maultieren und Eseln Beschäftigten. Der Krankheitserreger ist der Rotzbacillus. Es ist bekannt, dass der längere Aufenthalt in einem verseuchten Stalle oder die Hantierung mit, von rotzkranken Thieren stammendem Pferdejaas hinreicht, um sich zu inficieren.

Der Verlauf ist ein rascher, häufig sind die Individuen durch die allgemeinen Erscheinungen, Schüttelfröste, Fieber, Schmerzen, Oedeme, Vereiterungen der Gelenke, Phlegmonen und Gangrän gefährlich bedroht.

Es gibt auch Fälle der Rotzkrankheit, welche sich über Jahre hinaus erstrecken. Wenn hierbei auch vielfach Rotzknoten im subcutanen Gewebe und Lymphdrüsenvereiterungen entstehen, ist doch die Ausheilung nicht ausgeschlossen.

### **Squamöse Dermatosen.**

Der Hauptrepräsentant dieser grossen Gruppe ist die Psoriasis, Schuppenflechte.



Dieselbe tritt bei jungen Individuen im Pubertäts- und Reifealter auf; Kinder werden sehr selten davon befallen, eher treffen wir sie noch bei Greisen an, zu- meist als Ueberbleibsel der Erkrankung im Mannesalter. Anfangs bilden sich rote Knötchen auf der äusseren Haut, welche in wenigen Tagen von einer weisslichen, ziemlich fest anhaftenden Epidermisschuppe bedeckt werden. Die Knötchen nehmen an Zahl und Grösse zu, so dass wir schon nach 2—3 Wochen die älteren Efflorescenzen als flache, rundliche Kreise mit gerötetem Halo antreffen, während daneben noch frische Nachschübe das mannigfaltige Bild der Psoriasis vervollständigen.

Je nach Form und Grösse unterscheiden wir das schon erwähnte Anfangsstadium als *Psoriasis punctata* (Tab. 15 u. 16); sind die Efflorescenzen erhabener, mit reichlichen Schuppen bedeckt, nach Lesser's trefflichem Vergleiche, „wie wenn die Haut mit Mörteltropfen bespritzt wäre“, haben wir eine *Psoriasis guttata* vor uns. Sind grosse scheibenförmige Plaques entstanden, nennt man sie *Psoriasis nummularis*. (Tab. 17, 18.)

Sind die Efflorescenzen unter einander verschmolzen, wodurch die Krankheitsfelder von den verschiedenartig geformten, concaven und convexen Linien begrenzt erscheinen, nennen wir die Form *Psoriasis figurata*.

Des weiteren lehrt die Erfahrung, dass die Psoriasis sich central involviert, peripher jedoch mit dem roten Rande und dem mit weisslichen Schuppen bedeckten Saume die rückgebildeten Kreise einschliesst. (*Psoriasis annularis*.) (Tab. 20.)

Verschmelzen diese Ränder und Kreise unter einander, entsteht *Psoriasis gyrata*. (Tab. 19.)

Erkranken endlich grössere Hautpartien durch zahlreiche Nachschübe und durch Vergrösserung der Scheiben, so dass wir grosse confluierende Hautflächen von Schuppen und infiltrierter Haut, andere Stellen wieder mit zahl-



reichen Efflorescenzen bedeckt finden, so haben wir die *Psoriasis diffusa universalis* vor uns.

Die Psoriasis tritt nur auf der äusseren Haut auf. Sie ergreift häufig die Nägel mit, diese werden trübe, ihre Substanz blättert sich brüchig-spröde ab, so dass sie nach und nach teilweise oder oft gänzlich fehlen. Seltener und nur bei lange währenden psoriatischen Erkrankungen am behaarten Kopfe, fallen auch die Haare aus.

Das pathologische Substrat der Psoriasis ist eine Entzündung im Papillarstratum. Die Gefässe sind hyperämisch, das obere Corium, das Stratum papillare sind ödematös durchtränkt und um die Gefässe befinden sich Anhäufungen von Zellen. Das Rete ist ebenfalls gelockert, ödematös. Dem entspricht auch die klinische Thatsache, dass auf der Höhe des Processes stehende Efflorescenzen die verhornte Epidermis durch leichtes Kratzen verlieren, wobei im Grunde aus den erweiterten Capillarschlingen das Blut hervorsickert.

Die rasche Reproduktion der Epidermiszellen bewirkt, dass die Schüppchen aus silberglänzenden Epidermiszellen bestehen, welche den Process der Verhornung nicht durchmachen konnten. Alte Psoriasis-efflorescenzen hingegen zeichnen sich durch Wucherung in den Papillen, durch die Bindegewebszunahme, also bindegewebige Verdichtung der Haut bis zu warzenartiger Wucherung aus. (Kaposi.)

Für gewöhnlich tragen die Individuen über den Streckseiten der Kniee- und Ellbogengelenke jahrelang leichte psoriatische Efflorescenzen, bis am Stamme und den Streckflächen der Extremitäten sich neue hinzugesellen.

Der behaarte Kopfteil und die angrenzende Stirnhaut pflegen selten verschont zu bleiben. Im Gesichte ist die Psoriasis seltener, am seltensten über den Flachhänden und Fusssohlen anzutreffen.

Bei rasch verlaufenden Fällen geht der entzündliche



(Charakter oft binnen 3—4 Wochen zurück, die Scheiben flachen sich ab, der Rand wird blass und die Abstossung der Epidermisschuppen nimmt bedeutend ab.

Durch spontanes Zurückbilden oder durch Behandlung schwinden die meisten Efflorescenzen, doch es bleiben häufig unscheinbare Reste an den Prädilectionsstellen der Knie- und Ellbogengelenke zurück. Die Kranken können gefasst sein, dass sich das Leiden in einigen Monaten von neuem ausbreiten wird.

Unter den subjectiven Erscheinungen wären hervorzuheben: Jucken, namentlich bei Zunahme der Schwellung und Entzündung der Papillarschichte. In schwereren Fällen gesellen sich gastrische Störungen, unruhige Nächte, das Auftreten von schmerzhaften Rhagaden an den betroffenen Gliedmassen hinzu, so dass die Kranken unfähig werden, jedweden Geschäfte nachzugehen und eine Zeitlang das Bett hüten müssen.

Man hat vielfach atypische Formen der Psoriasis beschrieben, welche entweder durch die Erscheinungen an der Haut selbst oder durch Complicationen mit Gelenks- oder Organerkrankungen ausgezeichnet waren. Es ist bisher kaum erwiesen, ob solche Complicationen mit dem Grundleiden in einem Zusammenhange stehen oder nicht vielmehr ein zufälliges Zusammentreffen zweier Prozesse darstellen.

Wir beobachteten zu wiederholten Malen Psoriatiker mit bedeutenden Störungen des Allgemeinbefindens. Die Kranken fühlten sich matt, zeigten atypische Temperatursteigerungen und klagten über Unruhe, Schlaflosigkeit und Appetitmangel. Die psoriatischen Plaques waren succulent, erhaben, von schmutzigweissen Lamellen bedeckt und von einem mehrere mm breiten entzündlichen Halo umgeben. Allmählich liessen die subjectiven Erscheinungen nach, die psoriatischen Scheiben wurden flacher und es entwickelte sich das gewöhnliche Bild der Psoriasis, wobei die Involutionsperiode eine raschere als gewöhnlich zu sein pflegte.



Dieses Bild war bis auf die allgemeinen Störungen ähnlich jenen Fällen, welche man mit internen Mitteln, Arsen, namentlich aber Jodothylin behandelt.

Diesen eigentümlichen Zustand und Verlauf wagen wir nicht der Noxe, welche die Psoriasis hervorruft, zuzuschreiben. Es macht vielmehr den Eindruck, dass es sich um ein toxisches Agens, wie beim Erythem handelt.

Einen durch thalergrosse und grössere Platten mit entzündlichen Erscheinungen ausgezeichneten Fall haben wir (Tab. 17, 18) abgebildet. Dieser war auch noch dadurch bemerkenswert, dass sich am behaarten Kopftheile grössere Schilder, härtere Platten von schmutzigweisser Farbe bildeten, die man im ganzen wie einen Abguss des Schädels ablösen konnte. Darunter war die Haut infiltriert, leicht gerötet, mit frischer Epidermis versehen.

Des weiteren sahen wir bei Psoriatischen wiederholt Eczeme, die zum Theile das klinische Bild der Psoriasis verdeckten, dadurch unangenehm waren, dass die Kranken durch beständiges Jucken belästigt wurden, und dass man oft wegen der Zunahme des Eczems gegen die Psoriasis therapeutisch nicht vorgehen konnte.

Diese Fälle betrafen Uratiker, welche jahrelang von ihren Zuständen geplagt wurden.

In der letzten Zeit wurden neuerlich Fälle von Psoriasis beschrieben, die durch Gelenksaffectionen compliziert waren. Ein solcher Fall wurde aus der Abteilung Lang als Psoriasis ostreacea (austernschalenähnlich) von Dr. Deutsch in der „Wiener klin. Wochenschrift“ 1898 Nr. 6 veröffentlicht. Dieser Fall ist durch die Intensität und Ausbreitung, sowie durch die erwähnte besondere Form der Efflorescenzen und durch die Gelenksaffectionen interessant. Gassmann publicierte einen ähnlichen Fall als Psoriasis rupioides, Grube mehrere solche mit Gicht und Diabetes.

Wir haben (Tab. 21, 21 a u. 21 b) einen ähnlichen Fall angeführt und sahen gelegentlich eines Besuches im städt-



hischen Spital zu Ragusa einen zweiten Fall, welcher nebst schweren Gelenksaffectionen hornähnliche, geschichtete, pyramidenartige Schuppen, und grosse, von schmutzig-weissen, mörtelartigen Krusten bedeckte Plaques aufwies.

Bisher sind wir über die Thatsache, dass es sich hierbei um sehr intensive Prozesse handelt, nicht hinausgekommen und müssen die Erklärung, dass uratische Störungen des Stoffwechsels die ursächlichen Momente seien, noch dahingestellt sein lassen.

Die Psoriasis befällt wohlentwickelte, kräftige, im besten Mannesalter stehende Individuen, man kann somit anfangs nicht etwa Kachexie oder ein allgemeines Leiden als Ursache hinstellen, zumal die Kranken, wie schon erwähnt, beim besten Wohlsein von der Krankheit überrascht werden.

Es verdient hervorgehoben zu werden, dass sich eine Vererbung der Disposition bei Psoriasis beobachten lässt, welche sich in den Familien der Kranken bei verschiedenen Gliedern, als Grosseltern, Eltern und Geschwistern verfolgen lässt, jedoch nicht mit jener Regelmässigkeit und Häufigkeit auftritt, wie die Vererbung bei Syphilis hereditaria.

Die Prognose bei Psoriasis ist fast durchwegs günstig. Spontane Involutionen der psoriatischen Nachschübe sind nicht selten. Ausserdem leistet die Therapie durch ihre modernen Modificationen Erspriessliches. Schwerere, complicierte Fälle, wie die erwähnten, oder zufällige, von den Rhagaden ausgehende Infectionen mit Erysipel und Phlegmonen können das Leben bedrohen.

## Therapie:

### Innere Mittel:

#### 1. Arsenik:

- a) in Form der Solutio Fowleri. Man gibt sechs Tropfen täglich in 20,0 aq. destill. oder Infusum Chamomillae auf dreimal den Tag über verteilt. Jeden Tag steigt man um einen Tropfen



der Solution. Man kann so bis auf 30 Tropfen täglich gehen, bleibt bei einer Dosis stehen, bei der eine Rückbildung der Psoriasis sich bemerkbar macht, setzt aber auch bei ziemlich vollständiger Heilung nie plötzlich aus, sondern geht wieder stufenweise bis auf die ursprüngliche Dosis herab. (K a p o s i.)

b) als asiatische Pillen:

Rp. Arsenici albi 0,75  
Pulv. pip. nigr. 6,  
Gummi arab. 1,5  
Rad. alth. 2,  
Aq. font. qu. s. ut. f. pil. Nr. centum  
consp. pulv. pip. nigr.  
S. 3 Pillen täglich zu nehmen.

Man steigt jeden 4. Tag um eine Pille bis auf 10 bis 12 Pillen, um in derselben Weise wieder auf die Anfangsdosis herabzugehen. Man lässt die Pillen unmittelbar vor der Mahlzeit nehmen.

Die Einverleibung der Arsenpräparate wird ausserdem durch subcutane und intravenöse Injection vorgenommen. Man injiziert von der Solutio Fowleri 0,2 pro die, Natrium arsenicosum 0,02 pro die. Nach Ziemssen ist der officinelle Liquor Kal. arsenicosi für die subcutane Application ungeeignet, da er sowohl durch die Darstellungsmethode des Präparates, als auch durch Anwesenheit von Schimmelpilzen sehr heftige Reizerscheinungen erzeugt. Er empfiehlt folgendes Verfahren: 1 gr Acid. arsenicosum wird mit 5 cm<sup>3</sup> Normalnatronlauge in einem Reagensrohr gekocht, bis völlige Lösung erfolgt. Hierauf wird die Flüssigkeit in einen Messkolben gespült, auf 100 gr verdünnt und filtriert. Zum Gebrauche füllt man den Liquor in kleine Gläschen von 2 cm<sup>3</sup>, welche mit Wattepropfen versehen im Dampfstrom sterilisiert werden. Von dieser 1% Solut. natr. arsenicosi wird mit einer Dosis von 0,25 anfangs einmal täglich, nach einigen Tagen zweimal täglich begonnen



und allmählich bis auf eine ganze Spritze zweimal täglich gestiegen.

Danlos, Rille empfehlen das Natrium kakodylicum (dimethylarsensaures Natrium) zur subcutanen Injection (Natr. kakodylici 4, aq. dest. 10; täglich eine Spritze.)

Herxheimer injiziert 0,001 Acid. arsenicos. in eine Hautvene der Ellbogen- oder Kniekehlengegend. Jeden Tag wird um 0,001 gestiegen, bis die Gabe von 15 mg erreicht ist, bei welcher bis zum völligen Schwinden der Efflorescenzen stehen geblieben wird.

2. Jodkalium (Greve, Haslund) in steigenden Dosen; man beginnt mit 3—4 gr pro die, steigt jeden dritten Tag um 1—2 gr und kann so bis auf 60—70 gr pro die kommen. Gewöhnlich wird diese sehr energische Behandlung gut vertragen, ihr Erfolg bei manchen Fällen ist nicht zu bezweifeln.

3. Die Thyreoideapräparate (Byrom-Bramwell), namentlich aber das verlässlicher dosierbare Jodothyryn Baumann (Paschkis und Grosz). Man beginnt mit 0,5 der im Handel erhältlichen Milchzuckerverreibung, steigt jeden 3. bis 4. Tag um die gleiche Dosis. Controle der Herzthätigkeit, des sonstigen somatischen und psychischen Verhaltens notwendig. Treten quälende Kopfschmerzen, Herzpalpitationen ein, so ist das Mittel sofort auszusetzen, sonst steigt man mit der Dosis bis auf 5—6 gr pro die. Der Effect ist in manchen Fällen ein überraschend guter.

### Externe Behandlung.

Zunächst alle erweichenden Mittel wie Salben, Oele, Schmierseife, ausserdem Bäder, Kautschukgewänder. Erst wenn die auflagernden Schuppen entfernt sind, können specielle, die Psoriasis beeinflussende Medikamente in Anwendung kommen. Als solche nennen wir:

1. Die Teerpräparate: Oleum cadini Wachholderteer, Ol. rusci Birkenteer, Ol. fagi Buchenteer, Pix liquida Fichtenteer, Ol. lithanthracis Steinkohlen-



teer (Tinctura lithanthracis Leistikow: Ol. lithanthracis 30, Spiritus 95% 20, Aeth. sulf. 10; Solutio lithanthracis Sack: Ol. lithanthracis 10, Benzol 20, Aceton 77; Liquor anthracis simplex, L. anthracis compositus (Fischel), Liquor carbonis detergens (Wright, Jaddassohn).

Dieselben werden entweder flüssig angewendet, auf die psoriatisch erkrankten Hautstellen eingepinselt z. B.:

Rp. Olei rusci,  
Ol. olivarum aa 25,  
oder in Salbenform: Pic. liquid,  
Lanolini aa 50,  
M. f. unguentum.

Rp. Ol. rusci 20,  
Sap. virid. 5,  
Lanolini 75,  
M. f. unguent.

Sehr empfehlenswert ist eine 10—20%ige Teersalbe mit Unguentum caseini unter Zusatz von Sapo viridis (1 Teil Sapo viridis auf 4 Teile Teer.) Endlich wird der Teer in Form des sogenannten Teerbades appliziert.

2. Chrysarobin, in Salbenform (5—15%) oder mit trocknenden Vehikeln (Traumaticin, Collodium, Linimentum exsiccans, Filmogen) z. B.:

Rp. Chrysarobini 10,  
Traumaticini 90,

als Chrysarobinpflaster (Beiersdorf) und 30%iges Collaetinum chrysarobini (Turinsky).

Die erkrankten Hautstellen werden weiss, die gesunden violett bis braun. Es empfiehlt sich während der Application des Mittels und einige Tage darüber hinaus nicht baden zu lassen, da man sonst leicht eine universelle Dermatitis erzeugt.

Neuestens empfiehlt Kromayer das Chysarobintriacetat (Eurobin) und Chysarobintetraacetat (Lenirobin).



Rp. Eurobin 2,  
Eugallol 10,  
Aceton 10,  
M. D. S. Aeusserlich.

Rp. Lenirobin 5—20,  
Pasta Zinci ad 100,  
M. D. S. Aeusserlich.

Rp. Lenirobin  
Eugallol  $\overline{aa}$  5—10,  
Chloroform 50,  
M. D. S. Aeusserlich.

Weniger empfehlenswert ist das Anthrarobin (Leukosubstanz des Alizarins im Krapp).

3. Die Pyrogallussäure. Ihre Anwendungsweise ist dieselbe, wie die des Chrysarobins (Controle des Urins!).

Unna empfiehlt das Pyrogallolum oxydatum.

Rp. Pyrogalloli oxydat. 5,  
Vaselini,  
Adipis lanæ  $\overline{aa}$  25,  
M. f. unguent.

Rp. Pyrogalloli oxyd. 5,  
Aq. Chamom. aeth. gtts. II  
Vitella recentia ovorum duorum  
misce intime  
D. S. als Firnis aufzupinseln.

Kromayer verwendet das Pyrogalloltriacetat (Lenigallol) und Pyrogallolmonoacetat (Eugallol).

Rp. Eugallol.  
Aceton  $\overline{aa}$  10,

Rp. Lenigallol 1—5,  
Pasta Zinci ad 100,

Rp. Lenigallol.  
Pasta Zinci  $\overline{aa}$  10—30,  
Vasel. flav. ad 100,  
M. f. unguent.



Weniger empfehlenswert erscheint die Anwendung des Gallanol (Cazeneuve und Rollet), sowie des Gallacetophenon.

4. Der Schwefel. Kommt in Form der natürlichen Schwefelbäder zur Verwendung. Ferners als Solutio Vlemingxx (Calcium oxysulfuratum solutum). Der Kranke wird tüchtig abgeseift, hierauf die afficierten Hautstellen mit der Solution eingepinselt und der Patient also durch 1—2 Stunden im Bade belassen.

Sehr wirksam erweist sich auch die Behandlung mit Unguentum Wilkinsoni:

Rp. Sulf. citr.  
Ol. fagi aa 50,  
Sapon virid.  
Axung. porc. aa 100,  
Cret. alb. 10,  
M. f. unguent.

Mit dieser Salbe werden die psoriatisch erkrankten Partien täglich 2 mal eingepinselt. Nach einer Woche etwa beginnt eine intensive Abstossung der Epidermis, nach deren Ablauf man ein Bad verordnet.

### **Pityriasis rubra (Hebra).**

Diese äusserst seltene Krankheit befällt anfangs die Beugeflächen der Gelenke und kann jahrelang auf diese allein beschränkt bleiben. Die erkrankte Haut ist lebhaft gerötet und im Zustande einer blättrigen Abschuppung der Epidermis. Die Kranken empfinden ein mässiges Jucken, so dass wir das Bild eines squamösen Eczems vor uns zu haben glauben.

Mitunter aber breitet sich die Krankheit über das Gesicht und den übrigen Körper aus. Eine Verdickung der Haut tritt nicht auf, es besteht der Zustand der Hyperämie und der Desquamation ohne anderweitige Veränderungen weiter. Die Kranken empfinden nebst dem Jucken ein Gefühl der Kälte.



Die Haut verliert ihre Elasticität und ist über den Körper gespannt, so dass Ectropien der Augenlider, Behinderung der Beweglichkeit der Lippen und der Extremitäten entstehen.

Allmählich schwindet auch die Hyperämie, die Desquamation hört auf, die Haut wird atrophisch, papierdünn und durchsichtig. Die Talg- und Schweissdrüsenausführungsgänge veröden, die Haare fallen aus, die Nägel werden spröde und brüchig. Die Haut wird leicht verletzt, Rhagadenbildungen an den Gelenksbeugen kommen häufig vor.

Wir sahen bei einem Falle mit einer solchen im atrophischen Stadium befindlichen Haut, im Anschlusse an eine intercurrente interne Erkrankung, trotz genauer Pflege multiple kleinere und grössere Decubitus entstehen.

Die Therapie steht dieser Erkrankung völlig machtlos gegenüber. Erwähnt sei die Angabe Kaposi's, der in einem recennten Falle durch innere Darreichung von Carbolsäure Heilung eintreten sah.

### **Pityriasis rubra pilaris.**

Devergie hat unter der Bezeichnung Pityriasis pilaris eine Krankheit sui generis beschrieben. Ihm haben sich C. Böck, Besnier und andere Dermatologen angeschlossen. Kaposi vertritt jedoch die Ansicht, dass die Pityriasis rubra pilaris keine eigene Krankheit vorstellt, sondern mit dem Lichen ruber acuminatus identisch ist. Da wir beide Erkrankungen ihrem Wesen nach nicht kennen und ihre äusserlichen Merkmale jedenfalls sehr ähnlich sind, bleibt diese Frage eine offene.

Die oben genannten Autoren stützen ihre Ansicht auf einzelne klinische Merkmale, welche diese Krankheit vor dem Lichen ruber acuminatus auszeichnen. Als solche werden angeführt: Das Auftreten von weisslich grauen oder rötlichen Knötchen, welche aus verhornter Epidermis bestehen und in den Hautfollikeln stecken.



Die Streckseiten der Hände, Finger und Vorderarme, sowie das Gesicht sind am Anfang öfter der Sitz der Krankheit, als der Stamm.

Die Oberfläche der Haut fühlt sich rauh an und verflacht sich erst in dem weiteren Verlaufe, indem die Knötchen dichter werden. Bei der flächenhaften Ausbreitung ist die kranke Haut, statt mit den spitz vorstehenden Knötchen, mit kleinen Schüppchen (behaarter Kopfteil) oder mit grösseren Lamellen (Handteller und Fusssohlen) bedeckt. Die Haare brechen mitunter ab oder fallen aus, die Nägel bekommen Längsfurchen und Querrisse. Beides trifft aber nicht in allen Fällen und nicht in gleicher Intensität zu.

Den auf der Oberfläche sich abspielenden Process begleitet ein hyperämischer Zustand der Haut. Anfangs ist die Umgebung der Knötchen gerötet, später breitet sich die Röte über grössere Flächen aus.

Die Infiltration der Haut und mit ihr das derbere Gefühl beim Betasten erlangen keinen bedeutenden Grad.

Die subjectiven Störungen, als das Jucken und die Empfindlichkeit beim Berühren und auf Druck, sind nicht in allen Fällen gleich. Die Krankheit kommt bei jugendlichen Individuen vor, breitet sich nur langsam über grössere Strecken oder den ganzen Körper aus, heilt mitunter spontan oder auf Arsenikbehandlung, um aber wieder zu recidivieren, führt jedoch niemals zu letalem Ende.

### **Lichen ruber.**

Dem äusseren Auftreten nach unterscheidet man zwei Formen dieser ihrem Wesen nach noch wenig aufgeklärten Krankheit: Den *L. ruber acuminatus* und den *L. r. planus*.

Der *L. rub. a.* tritt in Form von hirsekorngrossen, rötlichen unregelmässig zerstreuten Knötchen auf, welche in eine aus verhornter Epidermis gebildete Spitze auslaufen.

Die Knötchen vermehren sich rasch und bilden ent-



weder Streifen oder bedecken binnen 2—3 Monaten grössere Flächen der Haut. Besonders dicht gesät, in enge aneinander gereihten Streifen oder in ganzen Haufen (Platten), kommen sie an den Beugeflächen der Extremitäten, namentlich den oberen vor.

Die Haut ist dann im ganzen rot, verdickt und rissig. An der Oberfläche erscheint sie uneben gefurcht, fühlt sich trocken, rauh, beim Darübergleiten reibisenartig an. Durch das Zusammenwirken der in Reihen oder Streifen aufgetretenen Knötchen und der dazwischen befindlichen Furchen gewinnt sie das Ansehen von Chagrinleder, mit dem sie Hebra mit Recht verglichen hat.

Die Haare atrophieren und fallen aus. Die Nägel verlieren den Glanz, werden brüchig. Die Handteller und Fusssohlen bedeckt eine schwielig angewucherte verhornte Epidermis, wodurch die freie Beweglichkeit der Hände und Finger behindert ist.

Die Kranken, welche vom Beginne der Erkrankung durch ein heftiges Jucken bei Tag und Nacht geplagt sind, werden sehr nervös und kommen in der Ernährung herunter. Die ersten von Hebra beschriebenen Fälle endigten letal. Durch die von ihm eingeführte Arsenbehandlung heilen jetzt die Fälle mit Hinterlassung atrophischer Grübchen oder streifenförmiger Vertiefungen aus. —

Der Lichen ruber planus kommt häufiger als der L. r. ac. vor. (Tab. 22, 22a.) Bei diesem erscheinen die Knötchen als hirse- bis hanfkorngrosse, flach elevierte wachsartig glänzende, von einer hochroten Linie umrandete Efflorescenzen. Anfangs auf einzelne Hautstellen beschränkt, finden wir dieselben im weiteren Verlaufe über grössere Bezirke oder über die ganze Körperoberfläche zerstreut. Auch sinkt die Mitte ein wenig ein, so dass sie eine leichte Delle an der Oberfläche zeigen. Die früher einzeln stehenden Knötchen bilden allmählich streifenartige oder pfennig- bis thalergrosse, mehr elevierte und dunkelrot gefärbte Plaques. Die meisten tragen fest anhaftende weissliche Schuppen. Die Zunahme der



Knötchen und ihre Ausbreitung ist selten eine so rasche wie beim *L. r. ac.* Die Gruppen halten länger ihren Stand ein. Die Involution der Knötchen beginnt in der Mitte, das Centrum des Plaques verfärbt sich bräunlich, aber an der Peripherie schießen frische, hellrot umrandete Knötchen auf.

Das Substrat des Processes stellt eine entzündliche Infiltration im Corium und der Papillargeschichte dar, welche zu den erwähnten Veränderungen in der Oberhaut führt.

Von dem Grade der Hyperämie und einer etwaigen Zunahme der Exsudation hängen auch die jeweiligen klinischen Erscheinungen ab. Ob aber solche Schädlichkeiten, die das Bild des Lichen beeinflussen, nicht accidenteller, rein zufälliger Art sind, ist sehr fraglich. Jedenfalls gehört z. B. zum Bilde eines Lichen das Auftreten von Bläschen nicht und Lesser führt richtig ein solches auf den Arsengebrauch zurück.

Anfangs hirsekorngross, können die Knötchen hanfkorn-, selbst erbsengross werden und je nachdem sie sich gruppieren, die verschiedenartigsten Bilder auf der Haut erzeugen. So begegnen wir difusen geröteten, leicht schuppenden Flecken an den Extremitäten neben zerstreut stehenden Knötchen am Stamme. Mitunter reihen sich die Knötchen in verzweigten Linien oder rosenkranzartigen Streifen aneinander (*L. moniliformis*), was zur Annahme, als würde diese Anordnung mit dem Verlaufe der Nerven im Zusammenhange stehen, Veranlassung gab.

An den Handtellern und Fusssohlen führt der Process zur Entwicklung von Verdickungen der Epidermis (*Tylosis palmaris und plantaris*) und den daraus resultierenden Beschwerden.

An dem Processe beteiligt sich öfters die Schleimhaut der Zunge und der Wangen. Wir begegnen daselbst Epithelauflagerungen in Form weisslicher, unregelmässig gestalteter Plaques mit rötlich hyperämischem Rande. Wegen der leichten Verwechslung mit anderen Processen



wollen wir an das Auftreten von Lichen r. an den Genitalien erinnern. Die dunkelbraune Pigmentierung, von recenteren Knötchen umgeben, das lästige Jucken, die Dauer des Processes charakterisieren die in Rede stehende Krankheit.

Die Krankheit tritt bei erwachsenen, zumeist ganz gut genährten Individuen auf. Sie ist weder erblich, noch direct übertragbar. Andere Hautkrankheiten können daneben vorkommen und werden mitunter durch den Lichen veranlasst, z. B. das Eczem. Der Verlauf ist ein protrahierter, nicht so stürmisch wie beim L. acum. Inwiefern das fragliche Wesen beider Processe von einander differiert, darüber haben wir noch keine Vorstellung. Histologische Untersuchungen geben darüber keinen Aufschluss, die kleinsten Unterschiede sind auch nicht so charakteristisch, und obendrein beobachten wir Fälle, bei denen wir beide Formen neben einander antreffen.

Das sehr lästige Jucken veranlasst verschiedene Beschwerden, als Unruhe bei Tag, gestörten Schlaf bei Nacht, auch der Appetit nimmt ab und wenn nicht Hilfe kommt, so sinkt die Ernährung bedeutend herab. Die Patienten verlieren ihre Widerstandskraft und unterliegen häufig intercurrierenden Erkrankungen.

Die Diagnose des Lichen ruber ist unter Berücksichtigung der angeführten Merkmale, sofern keine andere Hautkrankheit momentan das Bild verdeckt, nicht schwer.

Manche Formen der Psoriasis vulgaris, namentlich wenn sie mit Hautjucken einhergehen, können zu Verwechslungen Veranlassung geben. Das öftere Auftreten der Psoriasis, die stärkere Beteiligung der Streckseiten der Ellbogen- und der Kniegelenke, die geringere Infiltration der Haut, die lose anhaftenden silberweissen Schuppen sprechen für die Psoriasis.

Das Eczema squamosum wird nach dem Ausbruche als nässende Bläschen, anamnestisch, eventuell nach noch vorhandenen frischeren Stellen zu erkennen sein.

Die Pityriasis rubra ist vom Lichen ruber durch den Mangel an Infiltration, sowie durch die dünne atrophische Haut ausgezeichnet.



Die sog. Psor. syph. muc. oris tritt neben anderen Syphilissymptomen als eine regelmässig kreisförmige, nicht zackig vorspringende Erscheinung auf. Ausserdem könnte nur länger bestehende und nicht zahlreich aufgetretene syphilitische Leukoplakie zur Verwechslung mit L. rub. Veranlassung geben. Solche typische Efflorescenzen haben aber in späteren Stadien keinen hyperämischen Rand mehr, der den L. rub. lange auszeichnet.

Syphilitische, orbiculäre Papeln an den Genitalien, welche mit dem Lichen r. eine Aehnlichkeit hätten, sind als eine ältere Erscheinung der Syphilis durch die Anamnese, durch andere Erscheinungen an den Schleimhäuten, dem behaarten Kopfteil, an den Leistendrüsenschwellungen erkenntlich.

Ausserdem sind die Papeln selten so trocken wie die Efflorescenzen des Lichen r., und der Rand derselben ist gleichmässiger infiltriert wie beim Lichen ruber.

#### Therapie:

Das bestehende Jucken wird symptomatisch behandelt durch locale Douchen, Bäder, Waschungen mit spirituösen Lösungen von Acid. carbolicum, Acid. salicylicum, Menthol etc. Lassar ätzt die Efflorescenzen mit dem Galvanokauter. Zur Involution der Knötchen verwendet Unna:

Rp. Ung. Zinci benzoat 50,  
Acid. carbolicum 20,  
Hydrarg. bichl. corr. 0,5—1,  
M. f. unguentum.

oder Rp. Acid. carbol. 5—10,  
Hydrarg. bichl. 1—5,  
Kreosoti. 2,  
Collod. 50,  
M. D. S. Zur Einpinselung.

Im übrigen gilt als die souveräne Therapie die Arsenmedikation in den früher genannten Formen der Darreichung.

Die sonstig empfohlenen Mittel, wie Kalium chloricum



(W. Boeck), Asa foetida und Mercurialien (T. Fox) scheinen keinen wesentlichen Einfluss auf den Krankheitsprozess zu üben.

### Lichen scrophulosorum

kommt bei jugendlichen Individuen zwischen 14 und 20 Jahren vor. Die Haut der Extremitäten oder auch die des Stammes ist von graulichen Knötchen besät, welche in Haufen auftreten oder über grössere Flächen verbreitet sind. Ohne subjective Beschwerden tragen die Kranken die Rauigkeiten auf ihrer Haut und werden oft nur durch Zufall auf dieselben aufmerksam gemacht. Die Haut fühlt sich bei dem Betasten rau, fettig, stellenweise sogar schmierig an, nie so trocken wie bei der Ichthyosis oder dem chronischen Eczem. Der eigentliche Sitz der Knötchen sind die Follikel und ihre nächste Umgebung. Wir finden die aus Epidermis bestehenden Pfröpfe in den Ausmündungen der Talgdrüsen, entweder allein, oft aber noch neben den Haaren stecken oder es decken die Knötchen kleine dünne Schüppchen, welche sich leicht abstreifen lassen. Nicht selten namentlich bei schlecht genährten und herabgekommenen Individuen, sind die Knötchen bräunlich von verändertem Blutpigment, oft noch, namentlich an den unteren Extremitäten bläulich, selbst braunrot verfärbt (Lichen lividus).

In seltenen Fällen führt der Zustand in der Haut zur Entzündung (Acne cachecticorum).

Wie schon erwähnt, begegnen wir dieser Erkrankung bei jugendlichen, blassen, schlecht genährten Individuen. Diese sind vielfach mit sogenannten scrophulösen Drüenschwellungen in den Submaxillargegenden am Halse oder mit bereits eiternden Fisteln aus abscedierten Drüsen behaftet. Aermliche Verhältnisse, mangelhafte Pflege führen noch zu anderweitigen Hautaffectionen wie z. B. Eczemen um die eiternden Fisteln oder an den Genitalien, ferner zu Pusteln oder Ecthymata, Furunkeln, welche jedoch nicht zum Wesen des Lichen scrophulosorum gehören.



### Therapie.

Die Hauptsache ist hier die Allgemeinbehandlung, welche die Aufgabe hat durch roborierende Diät, entsprechende Medikamente (Eisen, Arsen, Leberthran mit Zusatz von Phosphor, Jod), Aufenthaltswechsel den gesunkenen Ernährungszustand zu heben. Lokal verwenden wir nach dem Vorgange von Vidal-Hebra Einreibungen von Ol. jecoris Aselli.

### Lichen pilaris (Tab. 38)

ist jene an den Streckseiten der oberen und unteren Extremitäten sehr häufig bestehende Erkrankung der Haut, die sich durch das Vorhandensein blassroter, ein centrales Epidermisschüppchen tragender Knötchen charakterisiert. Nach Abhebung des Schüppchens tritt ein zusammengerolltes Lanugohaar zutage. Das dadurch gegebene, gänsehautähnliche Aussehen der Haut ist, namentlich in der Pubertätsperiode, geradezu physiologisch, kommt aber ausserdem bei Ichthyosis vor. Bei letzterer Erkrankung kann dieser Zustand der Haut von vorneherein universell bestehen.

### Eczema, nässende Flechte.

Diese sehr verbreitete und deshalb wichtige Hauterkrankung stellt eine entzündliche Affection der Haut dar, welche mit subjectiven Störungen als Jucken und Brennen einhergeht und oft derart differente Krankheitsbilder hervorbringt, dass man diese mannigfachen Formen früher für verschiedene Krankheiten gehalten hat, bis Hebra nachwies, dass es sich um eine Krankheit in den verschiedenen Phasen und Bildern ihres Verlaufes handelt. Man sondert übersichtshalber das acute von dem chronischen Eczem ab.

Das acute Eczem beginnt mit dem Auftreten von unregelmässig zerstreuten, rötlichen Knötchen, welche die Kranken durch ein heftiges Jucken belästigen. Diese Knötchen können sich zurückbilden, indem die Röte schwindet und eine leichte epidermoidale Abschuppung das Ende



der Affection andeutet. Häufig aber wandeln sie sich durch stärkere Exsudation in Bläschen um. (*Eczema vesiculosum*).

Dauert der auf die Haut gesetzte Reiz fort, so entstehen hirsekorn-, linsen- bis bohnergrosse Bläschen und Blasen. Anfangs bergen sie einen serösen Inhalt, welcher bald durch Beimengung von zelligen Elementen trübe und eiterig wird. Die abgehobene Epidermis wird entweder durch Kratzen oder durch Reibung entfernt, und es sickert beständig ein flüssiges Secret hervor.

Mitunter trocknet die Epidermis samt dem Secrete zu gelblichen Borken ein, welche, wenn früher aus den hyperämischen Capillargefässen des Stratum papillare Blut ausgetreten ist, gelblich-braun, ja sogar schwarzbraun gefärbt sind. (*Eczema crustosum*.)

Auch unter diesen Krusten sind selten tiefere Substanzverluste anzutreffen, und der Prozess pflegt nach Regeneration der Epidermis ohne Narbenbildungen zu heilen.

Häufig aber tritt das acute Eczem so auf, dass eine ausgebreitete Rötung und Schwellung der Haut entsteht. Von dem darüber streichenden Finger lassen sich nur leichte grieskornartige Unebenheiten wahrnehmen, aus denen sich direkt die Blasen bilden.

Die Kranken empfinden anfangs eine Spannung der betroffenen Hautstellen, welche sich bald in ein heftiges Brennen und Jucken verwandelt. Die Blasen confluieren häufig untereinander, platzen, die dazwischen befindliche gerötete Haut wird bald der Epidermis beraubt, und es erscheint eine nässende Fläche, deren Grund aus dem Rete Malpighii und der blossgelegten Papillarschichte besteht. Der profusen Secretion mischen sich die Massen der abgehenden Epidermis bei, wodurch sie dicklicher, schmieriger wird. (*Eczema madidans. E. rubrum*).

Liegen die erkrankten Hautpartien nicht aneinander, oder nimmt die ursächliche Reizung und damit auch die profuse Secretion ab, so überzieht sich die kranke Stelle nicht selten mit ausgedehnten, gelblich durchscheinenden Lamellen, welche wieder Risse bekommen,



aus denen die darunter angesammelte Flüssigkeit hervorquillt. (Tab. 23 u. 23 a.)

Nimmt die Hyperämie der Haut und damit zugleich auch die Schwellung ab, so schwindet im gleichen Masse auch die Secretion. Die Epidermis fängt an sich zu regenerieren und die Epidermiszellen lagern der noch infiltrierten Cutis als lose haftende Schuppen auf. (*Eczema squamosum*).

Wie bereits oben angedeutet, können alle Stadien des acuten Eczems direkt in Heilung übergehen. Häufiger jedoch beobachten wir, dass sich papulöse oder vesiculöse Stadien direkt in squamöse verwandeln. Oft treffen wir an einer Körperstelle ein squamöses, an einer andern ein crustöses Eczem an, was namentlich bei universellem Eczem oder bei recidivierenden Formen der Fall zu sein pflegt.

Als eine Eigentümlichkeit der Eczeme verdient besonders hervorgehoben zu werden, dass oft lange währende Eczeme leichter Art, welche die Kranken meist gar nicht beachten, herumgetragen werden, und dass sich ohne nachweisbare Ursache auf entfernten Körperstellen ein acutes Eczem entwickelt. Manche Autoren (*Kaposi*) wollen dies auf eine vasomotorische Neurose zurückführen, doch bedarf diese Auffassung noch einer Begründung.

Manche Individuen haben in gewissen Jahreszeiten eine unverkennbare Disposition zu Eczemen, und selbst nach einer längeren Reihe von Jahren kehrt ihr altes Leiden wieder zurück.

Acute Eczeme kommen glücklicherweise selten als eine universelle Hauterkrankung vor, sie bilden aber einen schweren, mitunter gefährlichen Zustand, wenn sie auch nicht gleichmässig heftig auf dem ganzen Körper auftreten. Einzelne Körperstellen, wie das Gesicht, die Genitalien und die Hände sind stärker geschwollen, daselbst empfinden die Kranken Spannung, Brennen, Jucken, welche Erscheinungen sie mit dem begleitenden Fieber sehr belästigen. Die Kleidung trocknet an stärker nässende Stellen an, reizt dieselben, die Kranken finden selbst im Bette nicht die ersehnte Ruhe und büssen den



Schlaf ein. Sie klagen über Mattigkeit, Appetitlosigkeit und häufiges Frösteln und kommen einerseits durch die erwähnten Zustände, die mangelhafte Ernährung, andererseits durch den Verlust des Blutplasmas herunter.

Die Dauer des universellen Eczems lässt sich kaum angeben, da letzteres auch nach dem Schwinden des acuten Stadiums nur teilweise abheilt und an verschiedenen Körperstellen als chronisches Leiden zurückbleibt.

Unter den localisierten Formen des acuten Eczems sind wohl die häufigsten die Eczeme an den H ä n d e n, da diese den mannigfachen Schädlichkeiten am meisten ausgesetzt sind. Dieselben erscheinen unter bedeutende Schwellung des Handrückens und der Finger, welche sich mitunter bis auf die Vorderarme fortpflanzt. Die harte Epidermis der Palma hebt sich nur langsam ab, es entstehen häufig schmerzhaft Rhagaden, um die Nägel entwickeln sich wund Stellen mit Granulationswucherungen, so dass die Kranken die Extremität längere Zeit nicht gebrauchen können. Aehnliches Verhalten zeigen die Eczeme an den Füßen, doch sind sie hier weitaus seltener.

Im G e s i c h t e (Tab. 24) kommen häufig acute Eczeme vor, welche mit bedeutender Anschwellung der Lider, Wangen, Nasen, Lippen, ja selbst der Ohren einhergehen und eine grosse Spannung verursachen. Nicht selten wird diese Form mit Erysipelas faciei verwechselt. Berücksichtigt man aber die pralle entzündliche Infiltration, den Mangel von Knötchen, Bläschen oder Pusteln, die Schmerzhaftigkeit und die kontinuierlich erhöhte Temperatur beim Erysipel, so ist die Differentialdiagnose nicht schwer.

Nur selten bildet sich die Schwellung aller Teile beim Gesichtseczem so vollständig zurück, dass es nicht bei der geringsten Veranlassung neuerdings zu Recidiven käme. Die gleichzeitige Erkrankung der Ohrmuscheln mit dem Gesichte ist in dieser Beziehung ominös. Eine unangenehme Folgeerscheinung des acuten Eczems für die Kranken ist die Trockenheit und Sprödigkeit der Haut, welche trotz scheinbarer Heilung zurückbleibt und das Aufflackern der Recidiven veranlasst.



Acutes Eczem der Genitalien kommt namentlich beim männlichen Geschlechte häufiger vor, mit grosser ödematöser Schwellung des Penis und Scrotums. Es beginnt mit einem Gefühl von Schwere und Spannung und zwingt die Kranken zur Bettruhe. Bald wird die Haut der genannten Teile entzündlich afficiert, „fratt“, und es macht sich eine stärkere Secretion bemerkbar, durch welche die Kranken nur noch mehr belästigt werden, da ein Teil der Oberfläche der geschwollenen Partien von Krusten überzogen wird, welche wieder einreissen und schmerzhaftes Brennen verursachen.

Beim weiblichen Geschlechte tritt das Eczem an den Labien auf, von wo es sich auf die Genitocrural-falten, mitunter selbst auf die Oberschenkel fortpflanzt.

Das Eczema intertrigo ist eine über grössere Bezirke der Haut sich erstreckende Affection mit spärlicher Secretion und stetem Abstossen von Epidermiszellen. Hierdurch bildet sich eine Schmiere, welche der geröteten Hautunterlage aufliegt. Derselbe Process wiederholt sich an allen aneinander liegenden Hautflächen, z. B. in der Crena ani, unter den Hängebrüsten, an den Gelenksbeugen und vielen anderen Stellen fatter Kinder und dickleibiger Personen.

#### Das chronische Eczem.

Morphologisch lässt sich das chronische Eczem nur teilweise vom acuten abtrennen. Klinisch hingegen gibt es hinreichende Anhaltspunkte im Verlaufe dieser Affection, welche den chronischen Process von dem acuten unterscheiden lassen. Das chronische Eczem entsteht entweder im Anschlusse an eine rasche, unvollständige Involution acuter Eruptionen, wie wir bereits oben angedeutet haben, oder dadurch, dass ein acutes Eczem seine acut entzündlichen Erscheinungen einbüsst und allmählig in ein chronisches Stadium übergeht.

Die Hauptrepräsentanten des chronischen Eczems sind die nässende und die schuppende Form. Wenn auch mitunter papulöse Knötchen- und Bläschen-



formen mit entzündlichem Charakter vorkommen, also scheinbar ein acutes Eczem auftritt, so sind doch die häufigen Recidiven und die Hartnäckigkeit, mit welcher sich die Erscheinung monate-, ja jahrelang erhalten kann, die charakteristischen Merkmale der chronischen Form. Zu diesen Kennzeichen kommen noch die consecutiven Veränderungen hinzu, welche das chronische Eczem veranlasst haben, als da sind: Sprödigkeit und leichte Verletzbarkeit der Haut, Neigung zu Aufschürfungen und endlich die schmerzhaften Rhagadenbildungen, welche in den Flexuren der Haut aufzutreten pflegen. Als weitere Folge des chronischen Eczems wäre noch eine stärkere Pigmentierung der Hautoberfläche, mitunter auch Verdickung der Oberhaut, ferner Verdickung im Corium und bindegewebige Wucherungen zu erwähnen. Diese können sich unter besonderen pathologischen Verhältnissen bis zur Elephantiasis steigern, endlich sei noch der Consecutiva gedacht, als: Entartung der Follikel, Haarverlust u. a. m.

Von den subjectiven Symptomen steht das heftige Jucken, welches die Patienten so sehr zu plagen pflegt, dass sie unaufhörlich in den Kleidern wetzen und sich mit den Nägeln blutig kratzen, obenan.

Selten breitet sich das chronische Eczem über die ganze Körperoberfläche aus, meistens sind es nur einzelne Körperteile, die hiezu prädestiniert sind. Erfahrungsgemäss unterscheiden wir verschiedene Prädilectionsstellen: das *Eczema chronicum impetiginosum* des behaarten Kopftheiles, das häufig mit dem Eczem der Ohrmuscheln und des Gesichtes vergesellschaftet ist. Den Haarboden bedecken brüchige, gelbliche oder gelbgrüne, häufig braune Krusten. Zwischen den Haaren findet man zumeist abgelöste Stücke von Borken, manchmal aber auch Läuse und Nisse. Löst man die an der Haut haftenden Krusten oder Lamellen ab, so gewahrt man die rötliche, nässende, der Epidermis beraubte Kopfhaut. Die Haare stecken einzeln in den Borken, meistens sind sie durch Verklebung zu Büscheln vereinigt. Solche Zustände findet man bei Frauen und Kindern infolge



von *Pediculosis capitis*. Die Kinder haben überdies häufig Nacken- und Halsdrüenschwellungen, welche die Mütter als Scrophulose bezeichnen. Bei gröberer Vernachlässigung dieses Zustandes werden die Haare zu unentwirrbaren, dem Rosshaarpolster ähnlichen Platten verfilzt und verklebt vorgefunden. (*Plica polonica*, Weichselzopf.)

Das chronische Eczem des Gesichtes ist selten über die ganze Gesichtshaut verbreitet, zumeist sind es nur einzelne Teile, als Mund, Lippen, Ohren, Augenbrauen und Augenlitränder.

Eine besondere Varietät bildet das *Eczema infantum*, wobei Gesicht und Ohren mit Krusten bedeckt sind. (*Crusta lactea*.) Namentlich Wangen, Stirne und Ohren sind Träger dieser durch das Jucken lästigen Affection.

Die Eczeme der Mundlippen, welche in Begleitung von *Eczema nasi* vorkommen, führen zu Verdickungen des Lippensaumes, oft der ganzen Lippe, mit Rissigwerden des Lippenrotes, und selbst nach der Ausheilung bleiben wulstige Lippen mit linearen, narbig vertieften Faltenbildungen zurück. Das Eczem der Genitalien und der *Crena ani* führt zu mannigfachen Consequenzen, welche das Jucken und das Kratzen daselbst bewirken: z. B. Hautverdickungen, Wucherungen der chronisch entzündeten Analfalten etc. Es wäre noch das chronische Eczem der Gelenksbeugen der Extremitäten, der Brustwarzen, der Mamma und des Nabels hier anzuführen.

Die Beschäftigung vieler Gesellschaftsklassen bringt es mitsich, dass die Hände, die Finger, ja sogar die Fingernägel unter Eczem erkranken (Gewerbekrankheiten). Diese Eczeme ziehen nicht nur schwere pustulöse Eruptionen nach sich, es wird auch die Epidermis der Handflächen und der Finger verdickt, rissig, und die schmerzhaften Rhagaden, sowie die der Epidermis beraubten wunden Stellen machen häufig den Gebrauch der Extremitäten unmöglich. Ein ähnliches Verhältniss, wenn auch im geringeren Masse, sieht man an den Füßen.



Wir hätten noch jene eczemähnlichen Erkrankungen zu erwähnen, welche als *Impetigo faciei contagiosa* oder *parasitaria* bekannt sind. Es treten Blasen-, Krusten- und Borkenbildungen entweder in ganzen Platten oder in Gruppen auf, die in der Peripherie von einzelnen folliculären Rötungen und Schwellungen unregelmässig umgeben sind. Wenn es auch noch nicht gelungen ist, die betreffenden Pilze nachzuweisen, so macht die leichte Uebertragbarkeit am Individuum selbst die contagiöse Natur sehr wahrscheinlich. Wir haben solche Hautaffectionen bei jugendlichen Individuen herdwweise im Gesichte, am Halse, zum Teil an der Brust und sogar an den Vorderarmen gesehen. (Tab. 27, 28 und 28 a.)

Zum Schlusse wollen wir des *Eczema marginatum* (Hebra), als einer besonders charakteristischen Eczemform Erwähnung thun. Sie kommt in flachhandgrossen, zusammenhängenden Kreisen und Ellipsen vor, welche an der Peripherie Bläschen bilden, wobei das Centrum entweder mit Borken und Schuppen bedeckt ist oder bei längerem Bestande dunkel pigmentiert erscheint.

Der hauptsächlichste Sitz sind die Schenkel und die Genitalien. Eine Varietät im Auftreten bietet unser in Tab. 26 abgebildete Fall dar.

Das sogenannte *Eczema seborrhoicum* hat Unna als eine Erkrankung sui generis hingestellt. Dieses entwickelt sich in der Regel aus einer latenten Seborrhoe der behaarten Kopfhaut. Steigerungen derselben, also ein auffälliger Haarschwund, eine ungewöhnliche Ansammlung von Schuppen und Borken, starkes Jucken oder Nässen führen den Kranken erst dem Arzte zu. Vom behaarten Kopf greift die Erkrankung weiter über die Haargrenze der Stirne und Schläfe mit einem scharf begrenzten, bisweilen lebhaft roten, mit gelben Fettschuppen belegten Rande, oder von den Schläfen über die Ohren nach dem Halse. Unna unterscheidet drei Formen des seborrhoischen Eczems, die schuppemde, die borkige, und die nässende.



Ausser den genannten Localisationen sind noch zu erwähnen: die Sternalgegend, wo runde oder ovale Flecke von Fingernagelgrösse in Gruppen zusammentreten, jeder einzelne Fleck von gelber Farbe mit einem feinen roten Rande; die Achselhöhle, woselbst die Affection eine rote serpiginös fortschreitende Bogenlinie bildet; die Beuge-seiten der oberen Extremitäten, die Handrücken, das Gesäss, die Hüftgegend, die Analregion, die Genitocrural-falten. Differentialdiagnostisch ist das seborrhoische Eczem von anderen Eczemen und von der Psoriasis zu trennen. Diesbezüglich entscheidend sind der Gang desselben von oben nach unten, die Vorgeschichte einer seborrhoischen Localaffection, das charakteristische Aussehen der Einzelefflorescenz. Therapeutisch empfiehlt Unna zunächst den Schwefel, in Combination mit Zink insbesondere gegen die nässende Form; gegen die schuppige und borkige Form bewähren sich Chrysarobin, Pyrogallol und Resorcin. Innere Mittel erscheinen hier ohne besondere Wirkung.

Berücksichtigt man die oben angeführten Erscheinungen, so wird das acute Stadium des Eczems kaum mit irgend einer anderen Dermatoze verwechselt werden können, höchstens, wie schon erwähnt, das Gesichtseczem mit Erysipel, wobei auf die differentialdiagnostischen Momente oben hingewiesen wurde.

Die chronischen Eczeme dagegen können bei ihrer längeren Dauer und bei der Tendenz zur Schuppenbildung mit Psoriasis vulgaris und Lichen ruber planus verwechselt werden. Davor schützt den weniger Erfahrenen einerseits der Umstand, dass das Eczem oft entweder aus dem acuten Stadium hervorgegangen ist, also anamnestisch eine andere Vorgeschichte hat als die erwähnten Dermatosen, oder dass an irgend einer Körperstelle noch Nachschübe eines acuten Eczems vorhanden sind. Anderseits ist das Eczem hauptsächlich eine Erkrankung der Oberhaut und zeichnet sich vor der Psoriasis dadurch aus, dass es nicht in so zahlreichen, gleichartig aussehenden Plaques auftritt, wie diese. Die Lichenies sind knötchen-



artige, aus der Infiltration der Haut hervorgehende, mit geringer Abschuppung sich zurückbildende Erkrankungen, welche niemals nässende Formen producieren. Die subjectiven Erscheinungen, namentlich die des Juckens, kommen bei Eczemen stets, höchst selten bei der Psoriasis, öfters hingegen beim Lichen vor.

Prurigo, Ichthyosis, Lupus erythematosus, Herpes tonsurans und Favus dürften noch seltener mit Eczemen verwechselt werden. Hingegen sind Combinationen eines oder mehrerer dieser Processe mit Eczemen keine Seltenheit.

Ueber den Verlauf der Eczeme ist nur wenig zu sagen. Leichtere, localisierte acute Formen vergehen in 2—4 Wochen. Hingegen geht das universelle Eczem meist, wenigstens stellenweise in chronische Formen mit längerer Dauer über.

Der Verlauf der chronischen Eczeme richtet sich je nach den Ursachen, welche dasselbe hervorgerufen haben, nach den Veränderungen, welche diese Krankheiten in der Haut hinterliessen, also Verdickung der Haut, Haarverlust, Rhagadenbildungen etc.

Es verdient hervorgehoben zu werden, dass sich namentlich chronische Eczeme häufig mit Furunculose combinieren, was durch das Kratzen und die hiebei stattfindende Uebertragung von Kokken in die Follikel hervorgerufen wird.

So lästig und schwer sich die Eczeme oft gestalten, so kann man doch im allgemeinen den Kranken Trost auf Genesung zusprechen. Hören die Schädlichkeiten auf, oder werden sie vom Patienten vermieden, so genügt oft eine leichte locale Therapie, um das Eczem zu beseitigen.

Es heilt ohne Hinterlassung nennenswerter Veränderungen in der Haut, höchstens bleiben da und dort Pigmentablagerungen oder leichte Verdickungen der Haut zurück. Als eine Erkrankung des epidermidalen Stratum par excellence hinterlässt das Eczem, selbst die pustulöse Form, keine Narben auf der Haut und, kommen solche vor, so sind sie infolge von tieferen, namentlich bis in die Papillarschichte greifenden Geschwürsbildungen,



Furunkeln, entstanden, Umstände, die eigentlich nicht zu dem Bilde des Eczems gehören.

Bei Syphilitikern hört man mitunter Angaben, dass sie an Eczemen gelitten haben, denen eine Nerven- oder Organerkrankung vorausgegangen sei. Diesen ist aber kein Glauben beizumessen, sobald man Narbenveränderungen vorfindet. Letztere deuten stets auf gruppierte, spontan oder auf Behandlung zurückgegangene Syphilide.

Wichtiger für den Praktiker sind die Ursachen des Eczems.

Letztere teilt man zweckmässig so ein, dass diejenigen Schädlichkeiten, welche direkt auf die Haut eingewirkt haben und denen ein Eczem folgt (Eczeme durch äussere Insulte), von jenen unterschieden werden, welche durch allgemeine Störungen im Organismus denselben zu Eczemen disponieren (symptomatische Eczeme).

Weitaus die häufigsten sind die ersteren Ursachen: Mechanische, thermische und chemische Reize. Mechanische Reize durch Druck oder Reibung rufen leicht ein Eczem hervor, wenn die Haut früher bereits erhitzt oder sonst auf irgend eine Art irritiert war. Dann genügen oft Kleidungsstücke und Verbandmaterialien, um ein Eczem hervorzurufen. Diesbezüglich sind auch die mit Jucken einhergehenden Krankheiten hier zu nennen: Läuse, Scabies, Prurigo, Pruritus cutaneus, Urticaria, Lichen ruber, Ichthyosis und Pemphigus pruriginosus. Zu diesen Ursachen gehören auch die Stauungen in den Blutgefässen bei Krampfadern an den unteren Extremitäten, namentlich den Unterschenkeln, mitunter auch am Scrotum.

Das durch die Blutstauung hervorgerufene Jucken veranlasst die Kranken zum Reiben und Kratzen. Die ohnehin durch häufige Blutaustritte oder durch Exsudation in die Cutis verdünnte und gespannte Epidermis wird leicht verletzt. Die wiederholten eczematösen Ausbrüche veranlassen immer neue Entzündungen, das Unterhautgewebe wuchert, verdichtet sich, die Blut- und Lymph-



gefäße sind zum Teil erweitert, zum Teil neu gebildet, vielfache Anastomosen derselben (Varicositäten) sind neu entstanden, das Bindegewebe, in dem diese liegen, verdichtet sich, wuchert an, mit der Zeit wird es dichter, sclerosiert, der befallene Körperteil hat an Volumen zugenommen, und wir haben das Bild der Elephantiasis vor uns.

Thermische Reize, wie z. B. bei Kesselheizern, führen öfters zu diffusen entzündlichen Erkrankungen entweder der Hand,- Gesichts- und Brustgegend (Eczema caloricum), wobei oft zahlreiche grössere Blasen aufschliessen. Sonnenhitze, z. B. bei Ruderern, Badenden, ruft zumeist knötchenartige Eczeme hervor.

Häufig sehen wir bei länger andauernder profuser Schweißsecretion eine Körnchen- oder Kleinbläschen-Eruption (Calori, Eczema sudamen). Diese reichliche Schweißsecretion sammelt sich entweder in den Ausführungsgängen von Schweißdrüsen durch Abhebung der Epidermis, oder auch ausserhalb dieser letzteren durch seröse Ausscheidungen aus den Papillargefässen und Anhäufungen unter der Epidermisschichte an.

Die Reibung der Kleider oder das Aneinanderliegen und Macerieren der Haut vervollständigen das Bild und bestimmen den weiteren Verlauf der Erkrankung.

Endlich gehören hieher die zahlreichen chemischen Reize, z. B. Arnikatinctur, welche als Volksmittel bei Wunden und Verletzungen dient, ferner die Harze, z. B. Terpentin, welche den verschiedenen Pflastern beigemischt sind, aber auch von Handwerkern (Anstreichern, Buchdruckern) bei ihrer Arbeit verwendet werden. Viele medicamentöse Stoffe: Crotonöl, Canthariden, Senfmehl, Jodoform, Schwefel, Carbolsäure, Sublimat, ältere Quecksilbersalben, Kalilösungen, Lauge, Seifen (wegen des Ueberschusses an freiem Alkali; namentlich bei Wäscherinnen), endlich macerierende Umschläge mit kaltem Wasser oder infolge von Kaltwasserkuren (ehemals als kritische Ausschläge begrüsst). Tab. 14, 24 u. 25.



Die symptomatischen Eczeme entstehen durch die verschiedenartigsten Erkrankungen, welche den Organismus treffen und die Haut in einen reizbaren Zustand versetzen. Es sind dies namentlich die Zustände herabgesetzter Ernährung, welche die Widerstandsfähigkeit solcher Individuen derart vermindern, dass die Haut derselben schon auf leichte Reize mit Eczemen antwortet. Dahin gehören Scrophulose, Rhachitis, Diabetes, Gicht, ferner die Fettleibigkeit und die verschiedenen anämischen und dyspeptischen Zustände, welche namentlich die peripheren Körperteile (Kopf, Hände) vorübergehend zu Eczemen geneigt machen.

#### Interne Behandlung.

Namentlich von französischen Autoren werden für alle Fälle acuter und chronischer Eczeme sehr ausgedehnte diätetische Vorschriften und eine Anzahl von internen Medikationen aufgestellt. Es fehlt aber bislang der Beweis, dass wirklich alle diese Fälle durch constitutionelle Ursachen, Diathesen etc. bedingt seien, die Wahrscheinlichkeit spricht eher gegen eine solche Annahme. Die interne Behandlung wird sich also auf jene Fälle beschränken, in denen eine nebenher bestehende Constitutionserkrankung die Möglichkeit eines Zusammenhanges zwischen ihr und dem Hautleiden offen lässt. Man wird eine bestehende Anämie berücksichtigen und mitbehandeln, in Fällen von Diabetes, Nephritis, uratischer Diathese, Oxalurie Diätvorschriften geben, Alkalien, Diuretica etc. verordnen, überhaupt, und darauf wird bei uns thatsächlich noch viel zu wenig geachtet, den kranken Organismus in toto seiner ärztlichen Beobachtung unterwerfen und nicht sich auf Betrachtung und Behandlung der Haut beschränken, als sei sie ohne jeglichen Zusammenhang mit dem betreffenden Individuum ein Stück für sich.

##### a) Acutes Eczem.

Bei E. intertrigo und papulosum Streupulver, Amylum, Talcum oder Combinationen wie:



Rp. Amyl. orizae 100,  
Pulv. alum. plum. 20,  
Flor. Zinci,  
Pulv. rad. ir. flor. aa 5,  
M. D. S. Streupulver.

Bei sehr heftigen Entzündungserscheinungen Eis, kalte Umschläge, essigsäure Thonerde, Umschläge von 2<sup>0</sup>/<sub>0</sub> Resorcinlösungen, 2—5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> wässrige Tumenollösungen (Neisser) und Ähnliches.

Besteht Jucken, so kann dasselbe durch Betupfen mit spirituösen Lösungen von Acid. carbol., Acid. salicyl. mit nachfolgender Pudereinstreuung bekämpft werden, eventuell durch Application von Theer. Die meisten Autoren vermeiden die Anwendung des Theers, solange Nassen besteht, das nach Lassar hingegen keine Contraindikation des Theergebrauches bedeutet.

Im Stadium der Krustenbildung gelangen die erweichenden Oele, Fette zur Anwendung, namentlich das hier souveräne Mittel Unguentum diachyli Hebrae. Bei bestehender Schuppenanbildung Salbenverbände mit Vaseline, Unguent. leniens, Unguent. Zinci, Ung. Wilsoni, Lassar'scher Paste, Zinkcasein Zinkoesypuspasten, Kühsalben nach Unna:

Rp. Lanolini 10,  
Adip. benz. 20,  
Aq. rosarum 30,

Rp. Oesyp.  
Zinc. oxyd  
Ol. oliv aa (1 Hle)

Rp. Zinc. oxyd. Amyl. aa  
Oesyp., Olei oliv. (Berliner)

b) Chronisches Eczem.

Neben den schon genannten Mitteln gelangen hier erweichende Salbenverbände, Emplastrum saponato-salicylicum, Kautschuk zur Verwendung. Bei schwieligen Verdickungen, welche dem Theer nicht weichen, Verstärkung des Theers durch Zusatz von Schmierseife (aa



partes), Carbolsäure. Eventuell Naphtosalbe, Pyrogallussäuresalbe, Chrysarobinsalbe (1:10, — 1:50, Vaseline), Aetzungen mit Kal. causticum (5:10 Aq. destill).

### Prurigo.

Die Prurigo, Juckblattern, Tab. 29, ist eine chronische, durch Recidiven und ihren oft das ganze Leben hindurch sich hinziehenden Verlauf gekennzeichnete, äusserst lästige Erkrankung. Sie ist weniger durch die eigenen pathologischen Producte, als vielmehr durch die accidentellen Folgeerscheinungen auf der Haut charakterisiert. Sie beginnt bei Kindern im 1. oder 2. Lebensjahre mit Ausbrüchen von stark juckender Urticaria. Die Quaddeln und Kratzeffecte heilen unter Bädern und Pflege der Haut ab, um bald wieder zu erscheinen. Die Quaddelausbrüche wiederholen sich öfters, bis es zur Bildung von Knötchen kommt. Diese sind stecknadelkopfgross, blass oder blassrot gefärbt und jucken ebenso wie die vorangehenden Quaddeln, so dass wir sie meistens zerkratzt, mit einem Blutbörkchen bedeckt antreffen. Ihr Hauptsitz sind die Streckflächen der Unterschenkel, der Oberschenkel, die Kreuzbein- und Gesässgegend, ferner die Streckseiten der Vorder- und Oberarme. Die Prurigo-Knötchen sind kaum über das Niveau der Haut erhaben, nur nach starkem Reiben treten sie mehr hervor. Aufgekratzt sinken sie gänzlich ein, und eine Blutborke bezeichnet ihren früheren Bestand, bis selbe sich ablöst und eine weissliche Narbe zurücklässt. Die Haut der Knie-, Leisten- und Ellbogenbeugen, sowie jene des Gesichtes bleibt von Knötchenausbrüchen gewöhnlich verschont, somit zart, weiss und feucht, sofern sie nicht von Eczem, welches sich in schwereren Fällen oft hinzugesellt, befallen wird.

Diese geringen Grade der Prurigo ohne bedeutende subjective Belästigung, und, infolge dessen auch ohne die Consecutiverscheinungen, werden durch häufige Bäder und sorgsame Pflege der Haut bei Individuen, welche unter günstigen localen Verhältnissen leben, stationär erhalten,



eventuell geheilt. Die Ausbrüche bleiben oft nur auf die Unterschenkel oder Oberschenkel beschränkt und treten höchstens im Winter auf kurze Zeit auf.

Diese Formen nennt man *Prurigo mitis* zum Unterschiede von *Prurigo agria* oder *ferox*. Bei dem letzteren ominösen Leiden sind die Ausbrüche der Prurigoknötchen so zahlreich und das Jucken dadurch so heftig, dass die Erkrankten sich beständig kratzen und reiben. Die Haut ist von rundlichen oder meist länglichen, braun angetrockneten Blutborken bedeckt, welche in frischen Fällen oft von einem entzündlich geröteten oder eitrigem Hofe umgeben sind. Daneben finden sich noch frische rote, oder ältere weissliche Narben. Die Haut ist von dem durch zahlreiche Insulte ausgetretenen und verändertem Blutfarbstoff mehr oder weniger braun pigmentiert und infolge der Entzündungen trocken, derb anzufühlen, meistens kaum mehr in Falten abhebbar. Die Lanugohaare fehlen in schweren Fällen gänzlich, oder sind stellenweise durch das Kratzen abgerissen. Die Knie- und Sprunggelenke bedeckt eine verdickte, tiefer mit Falten und Furchen durchzogene Haut. Die vielen Insulte der Haut und die mit den Nägeln dabei verunreinigten (inficierten) Wunden führen zu chronischen Entzündungen der Lymphdrüsen. Wir finden die Schenkel-, Leisten-, mitunter auch die Axillardrüsen haselnuss- bis faustgross angeschwollen. Die Kranken sind durch das beständige Jucken bei Tag und Nacht belästigt, sehen blass und schlecht genährt aus und werden zu ihrem grössten Unglücke von ihren Nebenmenschen oft als unrein und krätzeverdächtig gemieden, vervehmt (*Kaposi*). Dieses Uebel macht die Individuen zu Eczemen disponiert, welche die wenigen freien Hautstellen der Gelenksbeugen und des Gesichtes befallen können. Ueberdies sind Pusteln und Ecthymata an den Extremitäten keine seltene Beigabe.

Die Diagnose der Prurigo, insoferne diese nicht durch Eczeme oder Scabies gedeckt ist, dürfte unter Berücksichtigung der angeführten Symptome, der Localisation



und namentlich der charakteristischen Begleiterscheinungen kaum schwierig sein. Ausgenommen hievon sind die Anfangsstadien, wo die Kinder nur die Urticariaeruptionen an sich tragen.

Aetiologisch kann man nur eine hereditäre Veranlagung annehmen, zumal die Erfahrung lehrt, dass oft mehrere Kinder einer Familie an diesem Uebel leiden.

Behandlung: Prurigokranke sind in der Regelschwächliche, in der Entwicklung und Ernährung zurückgebliebene Individuen, bei welchen demgemäs die Hebung der Gesamternährung sich als notwendig erweist. Interne Medikation (Carbolpillen, Menthol) ist ohne Effect auf den Hautprocess, als unterstützende Mittel werden Ol. jec. Aselli, pur oder mit Jodzusatz (Jod. pur. 0,10, Ol. jec. Aselli 100), ferner Phosphor (Ol. jec. Aselli 30, Phosph. pur. 0,01

Gumm. arab., Sachar. alb. aa 15,  
Aq. destill. 40,)

verabreicht.

Von localen Mitteln nennen wir vor allem den Theer in den früher ausführlich behandelten Methoden der Applikation, den Schwefel (Solutio Vlemingkx, Schwefelsalben), Unguentum Wilkinsoni (Cyclus von 10—12 maliger Einreibung), das  $\beta$ -Naphtol (5 % Salbe in Cyclen von je 4 Einreibungen, nach einem solchen Cyclus ein Bad). Ausserdem werden Schwitzkuren (warme Bäder mit nachfolgender Einpackung, subcutane Injectionen von Pilocarpin 0,01 pro dosi, intern folia Jaborandi als Infusum fol. Jaborandi 4, : 100), Schwefelbäder, Soolbäder mit gutem Erfolge verwendet.

Murray, Hatschek empfehlen die Massage der erkrankten Haut, die namentlich den Juckreiz sehr rasch zum Schwinden bringen soll.

### Sensibilitätsstörungen der Haut.

Wir hatten im Vorangehenden bei den verschiedensten Kapiteln Gelegenheit auf die durch Irritation der Nerven entstandenen Hauterkrankungen hinzuweisen. Es



sind dies zahlreiche Anomalien, welche als *Trophoneurosen* bezeichnet werden müssen. Sehr verlockend erscheint es, der Auffassung mancher neuerer Autoren zu folgen und die pathologischen Veränderungen auf der Haut in weiterem Masse noch, wie bisher als Effekte nervöser Störungen hinzustellen. In letzter Linie sind es auch die Nerven, welche bei diesen Vorgängen eine grosse Rolle spielen, namentlich die vasomotorischen Zweige und das sympathische Geflecht nehmen grossen Einfluss auf die nutritiven Verhältnisse der Haut. Da jedoch für viele von diesen Prozesse die pathologische Veränderung und das hiedurch gesetzte klinische Bild gegenüber den noch vielfach unergründeten Nerveneinflüssen als Substrat praevalieren, so bleibt diese Aenderung des Systems noch der Zukunft vorbehalten.

Wir wollen hier im Anschluss an die mit Jucken einhergehenden Dermatosen in Kürze die reinen Sensibilitätsstörungen der Haut anreihen. Diese geben sich in gesteigerter oder verminderter Empfindung kund. Wir können hiezu nur diejenigen Empfindungsstörungen rechnen, welche ohne weitere äussere Veranlassung, also auch ohne primäre anatomische Veränderungen auf der Haut entstehen.

Die übermässige Empfindlichkeit der Haut charakterisiert sich durch das Jucken, sie bildet den Inbegriff des *Pruritus cutaneus*. Diese Erkrankung kommt als *Pruritus universalis* und als *Pruritus localis* vor. Die Kranken empfinden anfallsweise ein Jucken in der Haut und geraten dadurch in eine solche Erregung, dass sie nicht widerstehen können, zu reiben und zu kratzen und nicht eher davon ablassen, bis die Haut erythematös wird, oder zerkratzt, aus verschiedenen Verletzungen leicht blutet. Die Juckempfindung macht einem Gefühle von Brennen Platz, die Kranken fühlen sich darnach körperlich abgespannt, matt. Meist tritt gegen Abend beim Auskleiden und des Nachts das lästige Gefühl auf, wodurch ihnen oft die Nachtruhe geraubt wird. Die Haut zeigt diffuse Rötung oder meist



Urticariaquaddeln nebst den mit blutigen Borken bedeckten Verletzungen. Sie ist häufig trocken, selten feucht und erscheint bei längerem Bestande des Leidens bräunlich verfärbt. Die Schweisssecretion ist zu dieser Zeit zumeist nur auf die Gelenkbeugen beschränkt. Bei jüngeren Individuen finden sich Verdauungsstörungen, beim weiblichen Geschlechte Störungen in der Sexualsphäre als Begleiter dieser lästigen Erkrankung. Es sollen aber auch Gemütsaffecte Veranlassung zum Pruritus geben.

Ungünstig ist der *Pruritus cutaneus senilis*, der die Kranken bis an ihr Lebensende plagt. Die durch andere Momente hervorgerufenen Störungen sind besserungsfähig.

Die Diagnose ist nicht jedesmal auf den ersten Blick zu stellen. Man muss mit grosser Umsicht die mit Jucken einhergehenden Dermatosen, ebenso wie das Vorhandensein von Parasiten ausschliessen können.

#### Therapie.

Bei der Behandlung sind zunächst jene Erkrankungen zu berücksichtigen, welche erfahrungsgemäss Pruritus bedingen können, in erster Reihe Diabetes, Gicht, ferner Magen-, Darmerkrankungen, Leberaffectionen, Krankheiten des weiblichen Genitaltractus. Ist eine solche Ursache des bestehenden Hautjuckens auffindbar, dann wird gegen sie zunächst therapeutisch vorzugehen sein. Die ansonst gegen diese Erkrankung empfohlenen, sowohl innerlich als äusserlich anzuwendenden Mittel, sind sehr zahlreich. Wir nennen von den ersteren vor allem das Natrium salicylicum, ferner Atropin, Chinin, Pilocarpin, Tinctura Gelsemii. Aeusserlich werden Bäder, Douchen, Einwickelungen empfohlen; in manchen Fällen sind niedrige Temperaturgrade des Wassers, in anderen wieder hohe von guter Wirkung. Von juckstillenden Mitteln gelangen zur äusserlichen Anwendung in Form von Einpinselungen oder Salben: Carbolsäure, Salicylsäure, Ichthyol, Naphtol, Teer, Chloralhydrat, Kampfer, Menthol, Thymol u. v. a.

Von speciellen Verordnungen nennen wir beispielsweise:



Rp. Acid. carbol. 4,  
Acet. aromat. 200,  
S. 2 Esslöffel auf 1 Liter erwärmten  
Wassers, mit dem täglich der Körper  
gewaschen wird. Nach dem Ab-  
trocknen Einstreuen mit:

Bismuth. salicyl. 20,  
Amyli 80,  
oder

Rp. Hydrarg. bichl. corr. 0,03,  
Ammon. chlorat. 0,12,  
Acid. carbol. 4,  
Glycerini 60,  
Aq. rosarum 120,  
S. morgens und abends einzupinseln,  
oder

Rp. Chloralhydrat,  
Camphorae,  
Acid. carbol.,  
Glycerini aa partes,  
S. Aeusserlich.

Die häufigste Form des local auftretenden Pruritus ist der Pruritus pudendorum. Die äusseren Genitalien und häufig auch die Vulva werden bei weiblichen Individuen von solchen Juckempfindungen befallen und erleiden durch die mechanischen Irritationen Verdickungen, Hypertrophien und catarrhalische Affectionen der Schleimhäute.

Bei Männern, meistens auch schon im vorgeschrittenem Alter ist die Juckempfindung auf das Scrotum und Perineum beschränkt und führt bald zu Eczemen und den oben angeführten Hautveränderungen. Manchmal sind auch das Orificium urethrae, die Urethra selbst und die Crena ani mitafficiert. Der Pruritus analis ist fast stets mit mannigfachen Erkrankungen des Rectums compliciert, wie Faltenwucherungen, Rhagaden etc.

#### Therapie.

Bei den geschilderten Pruritusformen ist auf etwaige



locale Erkrankungen (Haemorrhoiden Oxyuris vermicularis, Rhagades, Endometritis, Lageveränderungen des Uterus) Bedacht zu nehmen. Die sonstig vorzunehmende Behandlung deckt sich im Wesentlichen mit der im Vorstehenden kurz abgehandelten des universellen Juckens.

Anästhesien der Haut haben wir fast stets nur als eine umschriebene Unterempfindlichkeit der Haut beobachtet. Sie ist als Folge von Störungen in den Leitungsbahnen der Nerven oder von Störungen des Centralnervensystems von verschiedener Ausdehnung. Wir unterscheiden eine Unterempfindlichkeit auf Temperatureinflüsse und eine solche auf Tastempfindung. Vollständiges Erlöschen der Sensibilität ausgebreiteter Bezirke finden wir z. B. bei Lepra anaesthetica.

### Anomalien der Epidermis.

Die Epidermis wird oft im Uebermasse erzeugt und in kleinen Schüppchen oder grösseren Lamellen abgestossen, oder es bleiben die Hornzellen und werden zu Schwielen, Schuppen und Schildern, endlich zu cylindrischen oder kantigen Pflastern, Schäften und Hörnern. Ueber und neben einander gelagerte Schwielen, **Callositas oder Tyloma** sind Verdickungen und Verhornungen der äusseren Epidermisschichte, welche mehrere Millimeter dick sein können. Je nach dem Drucke, welcher die Hypertrophie und Verhornung der Epidermis veranlasst hat, gestaltet sich auch die Form der Schwiele. Die Empfindung geht zwar verloren, aber bei anhaltendem Druck entstehen darunter schmerzhaftes Entzündungen im Corium, und die Schwiele wird durch eine seröse, mitunter hämorrhagische Exsudation abgehoben. Bei flächenhaften Schwielen oder solchen, welche an den Gelenkbeugen der Phalangen sitzen, bilden sich häufig schmerzhaftes Rhagaden. (Tab. 40.)

### Clavus.

Clavus, Hühnerauge, Leichdorn ist eine hornartige Schwiele mit einem Kern, welche in die Cutis



trichterförmig eingelagert ist. Der ursprüngliche Clavus, der Kern besteht aus concentrisch über einander geschichteten Zellen, liegt in einem Schweissdrüsengange und dringt gegen die Cutis vor, wobei er die Papillen der Haut zum Schwinden bringt.

Das **Cornu cutaneum, Hauthorn**, ist ein von der Oberfläche der Cutis hervorgehender Auswuchs von anscheinend faserigem Gefüge und kommt am behaarten Kopfteile, an der Stirne, am Präputium, öfter beim weiblichen Geschlechte und in vorgerückter Lebensperiode vor. Meist sind die Hörner gewunden und gekrümmt, an der Basis breiter, von schmutzig-brauner Farbe. Die Behandlung des Hauthornes besteht in der operativen Entfernung desselben und der den Boden bildenden Hautpartie.

**Warze, Verruca.** Warzen sind flach erhabene oder stärker vorspringende Auswüchse auf der Haut, die nicht empfindlich sind, und eine selten glatte, meist zerklüftete dunkelgrauweisse Oberfläche haben. Sie bestehen aus stark verlängerten Papillen und einer angewucherten und verhornten Epidermis.

Der Lieblingssitz ist der Handrücken, das Gesicht, seltener der behaarte Kopfteil. Für ihr Auftreten lässt sich selten eine Ursache ausfindig machen, höchstens in einzelnen Fällen eine anhaltende Reizung der Haut. Sie gehen entweder spontan zurück, oder es bilden sich häufig guirlandenartige Figuren mit centraler Rückbildung und peripher stehenden Warzen, welche dann unregelmässige Kreise einschliessen.

An und für sich ist die Warze bloss ein Schönheitsfehler und belästigt wenig, wenn sie aber Verletzungen, tiefere Einrisse und Zerklüftung erfährt, gibt sie Anlass zu mancherlei Infectionen.

Therapie: Man entfernt die warzigen Bildungen mit dem scharfen Löffel und verätzt die Basis mit Salpetersäure, Chromsäure, Liquor ferri sesquichlorat., Acid. acetic. glaciale.



Die Zerstörung der Warzen kann auch durch den Thermokauter oder auf electrolytischem Wege vorgenommen werden.

### Ichthyosis, Fischeschuppenkrankheit

ist eine epidermoidale Erkrankung, die auf hereditärer Disposition beruht, sich frühzeitig, in der Kindheit, meist im zweiten Lebensjahre entwickelt. Je nach Gestaltung der Vorgänge in der Epidermis unterscheiden wir verschiedene Grade dieser Erkrankung, als *Ichthyosis simplex*: diese befällt meist die Streckseiten der Extremitäten, kommt aber auch am Stamme vor. Die Oberfläche der Haut fühlt sich rauh an und die kleinen Knötchen sind mit festhaftenden Epidermisschüppchen bedeckt, nach deren Abstossen ein Härchen zum Vorschein kommt. Subjectiv belästigt dieser leichte Grad die Kranken gar nicht.

Einen bedeutenderen Grad der Erkrankung stellt die sog. *Ichthyosis serpentina* dar, welche durch Anhäufung von hornartigen, schmutzig-braunen Schuppen und Schildern auf der Haut des Stammes und der Extremitäten ausgezeichnet ist. Ueber den Ellbogen und Knieen breitet sich eine warzige Epidermis aus; auch die Gesichtshaut ist trocken, schuppig, grau, der Haarboden schuppt kleienartig ab. (Tab. 39.)

Den höchsten Grad nennen wir *Ichthyosis cornea* oder *hystrix*, wobei die erkrankte Epidermis aus polyedrischen Pflastern, Schäften und Stacheln besteht, und anscheinend von blättrigem und faserigem Gefüge ist. Zwischen diesen Gebilden befindet sich eine Anzahl stärker vergrößerter Papillen.

Die untere Fläche dieser Stacheln zeigt Unebenheiten, in welchen die verhornten Papillen eingelagert sind und zapfenartige Vorsprünge bilden, die in die erweiterten Mündungen der Haarbälge versenkt sind. Nicht nur die Horngebilde, sondern auch die Haut nimmt eine dunkle Färbung an, so dass die Kranken ein höchst



auffallendes Aussehen darbieten (Hystricismus). So wurde eine Familie Lambert, Vater und zwei Söhne, im vorigen Jahrhundert als „Stachelschweinmenschen“ ausgestellt und beschrieben.

Schwere Grade von Ichthyosis pflegen durch den zeitweilig auftretenden stärkeren Wechsel der Schuppen ((Mausern), durch die Veranlagung der spröden Haut zu anderweitigen Erkrankungen gefährlich zu werden.

Wichtig aber ist, dass die Krankheit unheilbar bleibt und bei der hereditären Disposition ein facultatives Ehehindernis abgeben kann.

Behandlung: Die Entfernung der auflagernden Hornmassen erreicht man durch Einreibung mit Seife, Unguent. Wilkinsoni,  $\beta$ -Naphtholsalbe, Salicyl-Resorcin-Teersalben in Verbindung mit Bädern, protrahierten Einpackungen des Körpers.

Ist die Haut solchermassen geschmeidig geworden, so genügen zur Erhaltung des Zustandes Einreibungen mit Fett, Glycerin, Bäder (Stärkemehlbäder), Schwitzbäder.

Papillomatöse Wucherungen bei Ichthyosis hystrix werden durch Kaustica oder operativ entfernt.

Interne Massnahmen haben sich bislang als völlig nutzlos erwiesen.

### **Acanthosis nigricans — Keratosis nigricans (Kaposi).**

(Dystrophie papillaire et pigmentaire.)

Diese seltene Erkrankung characterisiert sich durch zwei Momente: Die Pigmentation- und die papillomatöse Wucherung der Haut. Gewöhnlich tritt zuerst die intensiv dunkle Verfärbung der Haut auf, erst später kommt es zur Ausbildung der papillären Wucherungen. Bevorzugte Localisationen sind die Nackengegend, die Achselgegend, die Brüste, der Nabel, die Regio analis, die Genitocruralfalte, die Regio poplitea. In einzelnen Fällen war eine gleiche Beteiligung der Mundschleimhaut und der Zunge zu constatieren. Dieser Zustand der Haut verursacht den Betroffenen keine nennenswerte Belästigung. Be-



merkwürdig ist, dass in der überwiegenden Mehrzahl der bisher beobachteten Fälle carcinomatöse Erkrankungen des Magens oder des Uterus vorhanden waren, so dass das Krankheitsbild durch diese Störungen beherrscht wurde. In einem Falle Spietschka's war ein Deciduoma malignum vorhanden, nach der Operation schwand die Hauterkrankung.

Histologisch findet man papilläre Wucherung, Verdickung des Stratum corneum, das Pigment ist hauptsächlich in den basalen Cylinderzellen, im Stratum papillare und subpapillare, und in den Lymphbahnen der Drüsen enthalten. Veränderungen in der Cutis sind nur geringfügiger Natur. Die Behandlung wird sich auf die allgemein hygienischen Massregeln zu beschränken haben, da der Character des concomitierenden Grundleidens den Ablauf der Hauterkrankung zu einem sehr ungünstigen gestaltet.

### **Psorospermia follicularis vegetans (Darier).**

Darier stellte als eine selbständige Krankheits-species eine Wucherung und Verhornung der Epidermis dar, eine Erkrankung also, an der die Cutis gar nicht participiert. Es bilden sich durch Hyperplasie im Stratum corneum kleine Horngebilde, welche nach unten zugespitzt in der Epidermis stecken.

Diese kleinen Knötchen sind nicht an die Talgdrüsenmündungen allein gebunden, sondern können überall in der Epidermis vorkommen. Das Stratum Malpighii ist stellenweise unter ihnen verdünnt. Es werden davon Hals, Stirn, Leistengegend, Achselhöhlen und Handrücken befallen. Die von Darier als Psorospermien bezeichneten Gebilde entstehen nach den neueren Autoren durch concentrische Verhornung von Epidermiszellen und kommen in zweierlei Formen vor, als runde Körperchen mit einem Kerne, von der Grösse einer Epidermiszelle, am reichsten in der Körnerschichte, und als kernlose unregelmässige Gebilde in den oberen Epidermislagen.



Die Annahme einer parasitären Natur dieser eigentümlichen Dermatoze ist somit fallen gelassen worden.

Eine von Paget beschriebene Hyperkeratose Paget-disease, sowie eine von White als Keratosis palmaris benannte Krankheit werden mit der Darier'schen Psorospermiosis als identische Processe hingestellt. Kaposi bemerkt dazu, dass diese Keratosen an unseren Lichen ruber acuminatus erinnern.

### Anomalien der Haare.

Angeboren kommt die Alopecia connata meistens nur als unzureichende Behaarung mit Lanugohaaren vor, und kann zuweilen noch durch Haarwuchs ersetzt werden.

Alopecia senilis ist der im Alter fast regelmässig auftretende Haarausfall, welcher, von der Stirne beginnend, sich gegen den Nacken hinzieht, wobei an den Seiten noch Haare erhalten bleiben.

Der erworbene Haarmangel, Alopecia praematura, tritt zwischen dem 20.—30. Lebensjahre infolge einer erworbenen Disposition auf. Sehr häufig ist dieselbe Form von Kahlköpfen bei mehreren Mitgliedern einer Familie anzutreffen. Sowohl bei der senilen als auch bei der frühzeitigen Calvitie (Glatzkopf) ist der Haarmangel bis auf wenige Lanugohärchen ein vollständiger und bleibender. Die Haut der Glatze ist glänzend, die Hautfollikel sind atrophisch.

Vorübergehend ist der Mangel der Haare beim häufig vorkommenden Haarausfall nach acuten Krankheiten z. B. Typhus, Puerperium u. a., ferner nach Syphilis, nach entzündlichen und einigen parasitären Dermatosen.

Alopecia totalis praematura neurotica. (Tab. 41a.) Zuweilen fallen die Haare ohne eine nachweisbare Haarerkrankung bei jugendlichen Individuen binnen wenigen Tagen oder Wochen aus. Mitunter sind die Haare zu der Zeit trockener und spröde. Am auffälligsten ist der Haarverlust am Kopfe, aber auch die Augenbrauen und die Schamhaare fallen aus.



Die mitunter nachwachsenden Haare sind dünn, atrophisch und fallen oft wieder aus. Die Hautdecke zeigt bei solchen Fällen keine nennenswerte Veränderung. Zu bemerken ist, dass die Nägel häufig miterkrankt sind, trübe und brüchig werden. Fast regelmässig sind hiermit nervöse Störungen, Migräne, sogar Psychosen vergesellschaftet. Der Haarausfall wird von den Beobachtern dieser Fälle als eine Trophoneurose hingestellt.

*Alopecia areata*, Area Celsi. (Tab. 41b.) Ohne nennenswerte Veränderungen treten am behaarten Kopfe kahle Stellen auf, die sich peripher vergrössern; oft nur eine oder mehrere zugleich. Die Haare sind von normalem Aussehen und die am Rande der kahlen Stellen stehenden leicht ausziehbar. Die Haut ist blass, ohne Störungen der Sensibilität. Häufig confluieren die benachbarten kahlen Stellen und es entstehen grössere, haarlose Felder, selten eine vollständige Kahlheit. Nach einigen Monaten fangen Lanugohaare zu wachsen an, die später durch normale Haare ersetzt werden. In 1 bis 2 Jahren hat man solche Heilungen eintreten gesehen. Trotzdem gewichtige Dermatologen sich mit der Aetiologie dieser Krankheit beschäftigt haben, ist bis zur Stunde keine einheitliche Ansicht erzielt worden. Die einen bezeichnen die Krankheit als eine Trophoneurose, die anderen stellen sie als eine parasitäre Erkrankung hin. Da für beide Ansichten plausible Angaben vorliegen, scheint die Ansicht Lesser's die richtige zu sein, dass zwei ätiologisch verschiedene Processe unter demselben klinischen Bilde verlaufen.

Die Behandlung der Alopecie richtet sich naturgemäss nach der im speziellen Falle vermuteten oder erweisbaren Ursache. Es muss jedoch bemerkt werden, dass diese theoretische Scheidung in der Behandlung der verschiedenartigen Formen von Alopecie gewöhnlich nicht aufrecht bleibt, sondern dass im wesentlichen unsere therapeutischen Bestrebungen als örtlich reizende und parasiticide für alle Formen in Anwendung treten.



Für die neurotische Alopecie sind innerlich Tonica empfohlen (Eisen-, Arsenpräparate, Pilocarpin), lokal Massage der Kopfhaut, Anwendung des constanten und faradischen Stromes. Von reizenden Procedures nennen wir die Anwendung von Salzlösungen, Essigsäure, Tinctura cantharidum, Teertinktur, Ol. macidis, Chrysarobin, Resorcin. Besteht gleichzeitig Seborrhoe, so ist diese entsprechend mit zu behandeln, da sie in solchen Fällen ätiologisch gewiss eine bedeutsame Rolle spielt.

Die Trichorrhexis nodosa kommt vorwiegend an den Barthaaren als eine knotige Auftreibung vor. Am Haarschaft befinden sich in verschiedener Entfernung zahlreiche solche Anschwellungen. Die Haare brechen daselbst leicht ab, und es bleibt ein zerfaserter Stumpf zurück. (Tab. 64.) Hodara (Archiv für Dermatologie und Syphilis B. 41, I) hat bei Trichorrhexis nodosa einen Mikroorganismus nachgewiesen und gezüchtet. Er konnte mit demselben an gesunden Haaren dieselbe Krankheit erzeugen. Auch Spiegler ist ähnliches gelungen.

Therapie. Die Behandlung ist ziemlich machtlos. Besnier befürwortet Epilation der kranken Haare und Anwendung von Tinctura cantharidum, Eichhoff rät Kurzhalten der Haare und Einreiben von

Vanillini 0,20  
Adipis 10,  
Mf. unguent.

Sonst empfohlen: Teer-Schwefelsalben. Einpinseln von Salmiakgeist etc.

Mitunter sehen wir normal aussehende Haare an den Enden zerfasert. (Trichoptilosis.) Man hat hiefür die Trockenheit der Haare als Ursache angegeben.

Uebermass in der Haarbildung (Hypertrichosis) zeigt sich nicht nur dadurch, dass Haare an ungewöhnlichen Körperstellen vorkommen, sondern auch, dass sie ungewöhnlich lang und dick sind. Dicke und Länge trifft oft mit der Dichtigkeit zusammen.

Die Haare sind beim Albinismus absolut ohne



- **Pigment**, gelblich-weiss, weich, dünn, von seidenähnlichem Glanze. Erworben sehen wir das Erbleichen der Haare häufig an entfärbten Hautstellen, oft aber auch ohne ein Achroma. (Tab. 41).

Das Ergrauen der Haare beruht auf dem Mangel an pigmentführenden Zellen (Ehrmann) im Rete und in der Haarzwiebel, somit auf dem Nachwachsen schon pigmentarmer, grauer Haare. So findet man Haare, die eine dunkle Spitze und einen schon weisslichen nachwachsenden Anteil haben. Das plötzliche Ergrauen, von dem manche Berichte über Schreckscenen erzählen und welches auf Gasbildung im Haarschaft beruhen soll, bedarf noch einer wissenschaftlichen Bestätigung.

### Die Anomalien der Nägel.

Die Missbildungen der Nägel entstehen durch übermässiges Wachstum, durch Verdickung und Verunstaltung infolge von Hypertrophie des Nagelbettes. Die Nägel werden krallenartig, rollen sich dütenförmig ein. (Onychogryphosis). Letztere entsteht dadurch, dass der Nagelkörper durch die unter ihm angehäuften, schmutziggelben, bräunlichen, blätterigen Massen von dem Nagelbette entfernt wird, welches verkürzt und gewölbt erscheint. (Tab. 40.) Oder es wuchert der vordere Abschnitt des Nagelgrundes, das eigentliche Nagelbett. Die Leisten desselben sind hypertrophiert und die blätterige Masse zeigt eine Structur wie die der Hauthörner. Fehlen der Nägel beobachtet man nach Paronychia, Entartung bei atrophischen Zuständen der Endphalangen und neben Krankheiten der Epidermis, (Psoriasis, Herpes tonsurans).

Einfache Stauungsprocesse und chronische Intoxikationen, acute Infectionen mit Recidiven, wie Erysipel, lokale Reizzustände (Fussbekleidung) und Entzündungen der Umgebung können als Ursachen einer dermoepidermalen Hypertrophie der Nägel angesehen werden. Hautkrankheiten, wie chronische Eczeme, Psoriasis, Lichen ruber, Elephantiasis, Syphilis, Ichthyosis, kurz alle



jene, welche mit einer Zelleninfiltration der Papillarschichte und einer Hyperplasie der Epidermis einhergehen, können zur Onychogryphosis führen, endlich die parasitären Nagelerkrankungen, Favus und Trichophytie.

### Pigmentanomalien der Haut.

Die Erbleichung der Haut findet sich, wie bei den anämischen Zuständen schon angedeutet wurde, infolge von Blutmangel nach Haemorrhagien, nach erschöpfenden Krankheiten, Chlorose und beim Hydrops. Angeborener Pigmentmangel (Albinismus universalis) kommt als hereditäre Anomalie vor. Die sonst normale Haut solcher Individuen (Albinos) ist vollständig pigmentlos, weiss oder rötlich. Auch nach gewissen Hautkrankheiten sollen die sonst vorkommenden residualen Pigmentierungen vollständig fehlen. Das Auge erscheint infolge der durchschimmernden Blutgefässe der Iris rot. Die Albinos sind infolge des Pigmentmangels der Augen lichtscheu, sie haben Nystagmus. Die Haare sind fein, seidenartig, glänzend, gänzlich weiss.

Albinismus partialis kommt als angeborene Pigmentlosigkeit einzelner Teile der Haut vor. Derselbe entspricht häufig dem Ausbreitungsgebiete eines Nerven und ist, im Gegensatze zur erworbenen Pigmentatrophie von normal pigmentierter Epidermis umgeben. Auch die Haare können in solchen pigmentlosen Gebieten weiss bleiben, was aber nicht jedesmal zutrifft.

Die erworbene Form des Pigmentmangels, Leucoderma acquisitum, Vitiligo (Tab. 41) kommt als anfangs kleine, weisse Scheiben auf einer noch normal gefärbten Haut vor, welche sich allmählich unregelmässig ausbreiten, wobei die unregelmässige, konkave Begrenzung stärker pigmentiert erscheint. Bis auf den Pigmentmangel bestehen normale anatomische Verhältnisse und keine functionellen Störungen. Die Ausbreitung kann nach Jahren sich fast über die ganze Körperoberfläche bis auf wenige dunkle Streifen erstrecken. Die Haare erbleichen mit der Haut.



- Man hat vielfach als Ursache der Vitiligo Innervationsstörungen angeführt. Es ist aber für diesen Schwund des in den Retezellen normalerweise angehäuften Pigmentes nur da und dort eine äussere Ursache, so z. B. Druck von Bandagen oder Constriction von Narben zu finden. Es ist nur bekannt, dass nach einzelnen akuten Erkrankungen, wie z. B. Typhus, Scarlatina, Vitiligo aufgetreten ist. Die meisten Fälle jedoch betrafen sonst normale Individuen zwischen dem 10. und 30. Lebensjahre. Die Arbeiten von Ehrmann, Jarisch, Riehl u. a. haben uns gezeigt, wie die Pigmentverschiebung durch Vermittelung von Zellen (Chromatophoren) stattfindet, ohne uns jedoch über die Ursache des ganzen Processes aufzuklären.

Die stärkere Anhäufung des Pigmentes kommt angeboren vor, wird aber häufiger erworben.

Bräunliche, braune und schwarze Färbung der Haut kommt angeboren bei sog. Pigmentmälern vor. (Tab. 35 u. 36.)

Auf einzelne Hautbezirke beschränkte Pigmentzunahmen stellen die Sommersprossen, Epheliden, dar. Sie bilden kleine, hirse- bis erbsengrosse, gehäuft auftretende gelbbraune Flecke, welche im Sommer im Gesichte, an den Händen, aber auch an bedeckt getragenen Körperteilen auftreten, um im Winter wieder zu verschwinden.

Des weiteren wären Pigmentationen der Haut zu erwähnen, die bei Erkrankungen des weiblichen Sexualapparates mitunter zur Beobachtung kommen. Der erste Grad hiervon ist das Chloasma uterinum, eine gelbliche und graue Verfärbung im Gesichte, an den Warzenhöfen und der Linea alba. Verfärbung des Rumpfes und der Extremitäten wurde bei cystischen Degenerationen beider Ovarien (Neusser) beobachtet. Nach doppelseitiger Ovariectomie ging die Bronzefärbung rasch zurück.

Therapie: In prophylaktischer Beziehung ist Vermeidung der Sonnenstrahlen während der Sommerszeit



von Wichtigkeit. Bei bestehenden Pigmentflecken empfiehlt sich die Anwendung des Sublimats in  $\frac{1}{2}$ —1%iger wässeriger oder alkoholischer Lösung zu Waschungen, Bedecken der afficierten Stellen mit in Sublimat getauchten Compressen durch mehrere Stunden, die Anwendung von Schälsalben wie:

Rp. Bismuth. subnitr.  
Hydrarg. praecip alb.  $\overline{aa}$  5,  
Adipis 50,  
M. f. unguent.

oder eine der sonst gebräuchlichen Naphtol-, Resorcinsalben.

Neben den bei Epheliden und Lentigo gebräuchlichen Methoden, die auch beim Chloasma manchmal erfolgreich sind, seien genannt: Die Anwendung des Wasserstoffsperoxyds nach der von Unna empfohlenen Formel:

Rp. Adipis lanae 5,  
Vaselini 10,  
Hydrog. superoxyd. 20,  
Hydrarg. bichl. corr. 0,05,  
Bismuth. oxychl. 0,5,  
M. f. unguent.

Leloir lässt auf die vorher mit Schmierseife oder Alcohol gewaschenen Pigmentflecke eine 15%ige Lösung von Chrysarobin in Chloroform aufpinseln, die so behandelten Stellen werden nach dem Eintrocknen mit Traumaticin gedeckt. Hardy empfiehlt Waschungen mit

Rp. Hydrarg. bichl. corros. 1,  
Zinc. sulfur,  
Plumb. acet.  $\overline{aa}$  2,  
Aq. destill. 250,  
Alcoh. q. s.  
M. D. S. Aeusserlich.

Eine grössere Anzahl der Fälle von erworbener Pigmentvermehrung sind solche, in denen grosse Hautfelder oder gar die ganze Hautdecke mehr oder weniger pigmentiert ist. Das Pigment entsteht durch Hyperämie



und diese durch einen direkt die Haut treffenden Reiz. Nicht zu unterschätzen ist aber eine ganze Reihe von Fällen, in denen infolge von Erkrankungen eines oder mehrerer Organe das Pigment gebildet wird, welches ebenso im Inneren des Organismus wie in der Haut abgelagert wird. Im Nachfolgenden wollen wir in Kürze solche zur Pigmentanbildung führende Prozesse anführen:

*Melasma* ist eine über grössere Strecken, häufig an den unteren Gliedmassen, ausgebreitete, bräunliche Verfärbung der Haut nach chron. Entzündungen, Stauungen an kachektischen und herabgekommenen Individuen. Ähnlich kommt eine allgemeine Verdunkelung infolge vernachlässigter Pflege bei Individuen mit schlaffem Panniculus vor (*Chloasma Cachecticorum*) z. B. bei Phthisikern, wobei die Haut fettig, schmierig und verdunkelt erscheint.

Vagantenkrankheit (Vogt) ist eine Melanose, welche durch vernachlässigte Pflege, Läuse und Hitze bei Vagabunden entsteht.

Schmutziggraue Verfärbung der Haut findet man bei Wechselfieberkachexien.

Hierher wäre auch die Pellagra zu rechnen, welche Erkrankung wir bereits bei den Erythemen beschrieben haben.

Ferner kommt *Melanoicterus* auf der Haut bei Lebercirrhose und chronischen Formen von *Icterus gravis* vor. Er kann an einzelnen Körperstellen eine eigentümliche Hellbronze-Farbe annehmen.

Bei *Diabetes mellitus* (*Diabete bronzé*) wurde *Melanodermie* beobachtet. Auch bei diesen Fällen, die mit Polydipsie, Polyphagie, Polyurie und Glycosurie einhergehen, ist das Pigment infolge von hypertrophischer Pigmentcirrhose, mit Pigmentanhäufung in den verschiedensten Organen, im Herzen und den Lymphdrüsen vergesellschaftet. Dieses Pigment ist eisenhaltig und wird als ein Derivat des Blutfarbstoffes angesehen.

In diese Gruppe gehören auch die *Melanodermien* nach *Pancreasaffectionen* mit oder ohne Glycosurie.



**Morbus Addisonii.** Diese von Th. Addison zuerst mit Veränderungen der Nebennieren in Zusammenhang gebrachte Erkrankung tritt als eine bronzefarbige Pigmentierung der Haut auf, äussert sich in Störungen von seiten des Digestionstractes und des Nervensystems und endet fast ausschliesslich letal. Nach Lewin finden sich bei 88<sup>0</sup>/<sub>0</sub> typischer Fälle von M. Addisonii Nebennierenerkrankungen. Die Verfärbung der Haut beginnt, nachdem die Kranken vorher durch längere Zeit ein Gefühl von Schwäche und Mattigkeit verspüren und sich ein lästiges Druckgefühl im Magen, oft Schmerzen im ganzen Unterleibe, vermehrter Durst, Ueblichkeiten und Brechneigung hinzugesellt haben.

Anfangs ist der Farbenton schmutzig-gelb, gelbbraun oder rauchgrau, durch allmähliche Verdunkelung erreicht die Haut eine Bronzefarbe und wird sogar ganz schwarz. Meist werden unbedeckte Hautpartien und solche, welche dem Drucke der Kleider ausgesetzt sind, zeitweilig auch die Schleimhäute der Lippen und des Mundes betroffen.

Die Verfärbung ist entweder über grössere Hautpartien ausgebreitet, in die merkwürdiger Weise hellweisse Flecke eingestreut sind, oder sie tritt in Form von einzelnen unregelmässigen Flecken auf; auch zwischen den Haaren ist die Haut pigmentiert, die Haare selbst sind gewöhnlich nicht daran beteiligt.

Die Haut des Gesichtes ist meist am dunkelsten, die Nägel und das Nagelbett meist nicht pigmentiert.

Ausser dem erwähnten Druck der Bekleidung verursachen auch die mit Jucken und Kratzen einhergehenden Dermatosen stärkere Pigmentierung.

Die Haut fühlt sich glatt und elastisch an, neigt zu Schweissen, zeigt aber sonst keine nennenswerten Veränderungen.

Die Pigmentierung entsteht nach Neusser<sup>1)</sup> durch

---

<sup>1)</sup> Neusser, Morb. Addisonii in Nothnagel's Pathologie (Wien bei Hölder).



Vermittlung des allgemein und local geschädigten Sympathicus, durch Ausfall der Function der Nebennieren. Zu der allgemeinen Mattigkeit stellen sich Niedergeschlagenheit, Verstimmung und Abnahme der Intelligenz ein. Abmagerung, Kachexie, Schwäche der Herzaction, Herzklopfen und Dyspnoe sind die Symptome der vorgeschrittenen Stadien. Der Exitus erfolgt unter zunehmender Prostration infolge von Herzschwäche, häufig noch nach vorausgegangenem stürmischen Endstadium, höheren Fiebergraden, Diarrhöen, unstillbarem Erbrechen, Delirien, schliesslich Collaps und Coma. Die Dauer der Erkrankung bewegt sich zwischen Monaten und Jahren. Oft tritt der letale Ausgang plötzlich ein, ohne dass die Kranken die ganze qualvolle Reihe der genannten Erscheinungen durchmachen müssten.

Im Vorangehenden wurden solche Prozesse angeführt, in denen sich das Pigment im Körper der Kranken selbst, aus organischen Bestandteilen in Folge der pathologischen Einwirkung gebildet hat. Es gibt aber Pigmentbildungen aus gewissen mineralischen Substanzen, welche dem Organismus zugeführt werden. Wir wollen auf zwei Hauptrepräsentanten aufmerksam machen. Diese sind *Arsenpräparate* und *Nitras argenti*.

Die Braunfärbung der Haut nach Gebrauch von Arsen, *Arsenmelanose*, *Arsenicismus* tritt auf, wenn dieser anorganische Giftstoff durch Beschäftigung mit demselben oder durch medicamentösen Gebrauch in den Organismus gelangt. (Tab. 37.)

Das Arsen gelangt auf dem Wege des Verdauungstractes per os als Medicament, oder unbewusst mit dem Trinkwasser in den Körper, oder es wird, wie früher beim Hüttenbetriebe, mit der Luft, oder schliesslich von arsenhaltigen Tapeten und Einrichtungsgegenständen eingeatmet.

Diese Erkrankung tritt lediglich auf der äusseren Haut auf, die Schleimhäute bleiben davon frei.

Die Pathogenese der Pigmentbildung ist noch un-



aufgeklärt. Man nimmt an, dass der Giftstoff durch Affinität zu gewissen Stoffen die Blutkörperchen zerstört, wobei der Blutfarbstoff die Hautpigmentation veranlassen soll. Das Pigment wurde in den untersten Basalzellen des Rete und in der Cutis abgelagert vorgefunden. Warum aber, wie die klinische Beobachtung lehrt, das Pigment gerade an den früheren Krankheitsstellen der Haut (Eczema, Psoriasis etc.) deponiert wird, ist ganz unaufgeklärt.

Die Quantität des Arsens, die eine Pigmentierung der Haut bewirkt, ist bei einzelnen Individuen eine verschiedene. In unserem Falle trat sie nach Aufnahme von 0,26 Acid. arsenic. ein, in anderen Fällen waren nur 0,216 Acid. arsenic. und in einem Falle von der Klinik Schrötter 0,125 Acid. arsenic. hiezu nötig.

Was die Dauer der Anwendung betrifft, so sind Fälle nach 6monatlicher Anwendung der Solutio Fowleri, andere erst nach drei Jahren, nach dreimaliger Gabe von 5—10 Tropfen pro die, beobachtet worden.

Die Pigmentierung tritt allmählich auf, zumeist an den von Haus aus stärker pigmentierten Hautstellen. Meist ist die Haut bronzefarben, manchmal graphitähnlich.

Sobald die Arsenaufnahme aufhört, erblasst die Haut und kehrt zur Norm zurück, zumal auf ihr andere Veränderungen nicht beobachtet werden. Je intensiver die Pigmentierung und je älter das Individuum, desto langsamer schwindet die Melanose.

Als weitere Hautveränderung nach Arsengebrauch führt man die Arsenhyperkeratose (Wilson) an. Neben gleichmässiger Hyperkeratose ragen einzelne harte Wärzchen mit einem centralen Grübchen hervor, das den verhornten Ausführungsgängen der Schweissdrüsen entspricht. Die Arsenhyperkeratose soll mitunter zur Entstehung von Epithelialkrebsen geführt haben.

#### Argyrie.

Durch Ablagerung von reduciertem Silber in der Cutis wird die Haut verfärbt. Das Silber findet sich extracellulär in feinsten Körnchen vor. Das Gesicht



ist am häufigsten pigmentiert, auch die Conjunctivae bulbi werden grau, desgleichen die Nagelbette. Anfangs ist die Haut blassgrau, mit der Zeit, bei fortgesetzter Silberaufnahme wird sie dunkelblau, wie cyanotisch.

So wie bei Arsen ist auch hier die Untersuchung des Urins ein wichtiger diagnostischer Behelf. In demselben kann das Silber nachgewiesen werden.

### Neubildungen der Haut.

Angeborene und erworbene Bindegewebsneubildungen sind die zahlreichsten unter den gutartigen Geschwülsten der Haut. Sie kommen als kleine beschränkte Hautauswüchse oder als diffuse Hautverdickungen vor. Zu den ersteren gehören die Warzen. Sie stellen Aussackungen der Lederhaut dar, welche von einer pigmentierten Epidermis bekleidet sind. Sie sind bald glatt, bald gekerbt, oft mit Haaren und erweiterten Talgfollikeln versehen, und sitzen breit oder gestielt auf. (Tab. 35.)

Aehnlich diesen ist der sog. *Naevus mollusciformis*, auch *N. lipomatodes* genannt. Dieser kommt im Gegensatz zu jenem seltener aufsitzend, sondern meist in Form von hängenden, gestielten Geschwülstchen an der Haut des Halses und an den Augenlidern vor.

Der *Naevus spillus* zeigt vorspringende linsen- und bohngrosse Flecke, erscheint aber auch zuweilen als über grössere Strecken der Haut ausgebreitete Hypertrophie der Haut und ihrer Papillen mit schwarzer oder dunkelbrauner Pigmentierung in der Epidermis, oft sogar bis in die Cutis. Er ist sehr häufig mit steifen Haaren bewachsen.

#### Behandlung:

Bei flachen Naevis empfiehlt sich zunächst die Anwendung von Aetzmitteln, wie Trichloressigsäure, Milchsäure, Salpetersäure, Sublimatcollodium (5—10 0/0), Schlagen diese Mittel fehl, so wird man die Excision kleinerer Naevi vornehmen.

Haben die Naevi grössere Ausdehnung, so dass



eine chirurgische Entfernung unthunlich erscheint, so ist die Electrolyse zu empfehlen, (Voltolini, Hardaway, Fox), in zweiter Linie die galvanokaustische Zerstörung.

Narbe, Cicatrix. Substanzverluste der Haut, welche bis in das Corium oder wenigstens in die Papillarschichte reichen, werden durch Narbenbildung zur Heilung gebracht. Wir haben solche nach Verbrennungen, Eiterungen, Verätzungen und solchen Krankheiten, die eine eiterige Schmelzung des Gewebes veranlassen, als Lupus, ulceröse Syphilis, Scrophulose und verschiedene Dermatitisen oder hämorrhagische Zerwühlungen und Gangrän der Haut zu gewärtigen. Nachdem sich das nekrotische Gewebe abgestossen hat, beginnt die Bildung des Granulationsgewebes, die bestimmt ist, den Defect auszufüllen. Von der Tiefe wandelt sich diese Granulationswucherung allmählig in Bindegewebe um, und von der Nachbarschaft beginnt die Bildung der Epidermis, die Ueberhäutung. Die häufigen epithelialen Inseln, welche in grossen Wunden nach Verbrennungen oft zu sehen sind, dürften von der Epidermis der Talg- und Schweissdrüsenreste herkommen. Junge Narben sind noch zellenreich, enthalten noch viele Blutgefässe, ältere dagegen schrumpfen, die Gefässe veröden, und es entsteht ein faseriges Bindegewebe. Die Narbenbildung hat je nach der Mächtigkeit und dem Sitze oft grosse Bedeutung, indem durch sie die Gelenke häufig in Contracturstellung fixiert werden. Die Mundhöhle wird verzogen oder verengt, die Augenlider ectropioniert, und endlich werden vielfach durch Constriction Circulationsstörungen erzeugt, welche namentlich an den Gliedmassen zu secundären ödematösen Stauungen und Wucherungen des Gewebes, Elephantiasis führen.

Das Keloid ist eine platte, vorspringende, weisse oder blaurote, derbe, wulstige, oft verzweigte narbige Verdickung, mit dünner, glänzender Epidermis bedeckt, und besteht aus angehäuften embryonalen Bindegewebelementen, welche in dichtes faseriges Gewebe eingelagert sind.

Elephantiasis Arabum, Pachydermia. Die



erworbene Pachydermie stellt eine Verdickung der Lederhaut mit hypertrophiertem Papillarkörper dar. Durch die bedeutende Zunahme im subcutanen Zellgewebe entstehen die plumpen Gliedmassen; am häufigsten beobachtet man diesen Zustand an den Unterschenkeln. Höhere Grade kommen mit ungleichmässiger Hypertrophie und Sklerose des subcutanen Bindegewebes, und verschiedenartigen, sogar warzigen Wucherungen im Papillarkörper vor. Mitunter kann man anfangs durch Betasten knollige Verdickungen und derbere Streifen durchfühlen. Die Decke ist mit dem subcutanen Gewebe reichlich serös durchtränkt, und in ganz vorgeschrittenen Graden sind auch die Muskeln bis auf das Periost sowie das subcutane Gewebe schwierig entartet. (Elephantiasis Arabum). Die Ursachen dieser Verbildungen sind eczematöse, erysipelätöse, oder mit Phlebitis und Lymphangioitis einhergehende bindegewebige Entzündungen der Haut. Obduration und Obliteration der Venen und der Lymphgefässe führen zu den erwähnten Consecutiverscheinungen, und können nicht nur an den unteren Extremitäten, sondern auch an den oberen, am Hodensack, den Schamlefzen vorkommen. Die Oberhaut über diesen sclerosierten Bindegewebsmassen nekrotisiert häufig, und es entstehen grosse, buchtige, mit steilen, schwieligen Rändern ausgestattete Geschwüre, von Narbengewebe, papillomatösen Wucherungen und eczematöser Haut umgeben.

Scleroderma. Diese chronische Erkrankung ist durch brettharte Konsistenz und Starrheit der Haut ausgezeichnet. Sie kommt hauptsächlich auf der oberen Körperhälfte in beschränkten Bezirken vor, oder sie breitet sich über grössere Strecken aus. Man findet sie im Gesichte, am Halse, an den oberen Partien der Brust und des Rückens, an den oberen Extremitäten, seltener am Unterleibe und den unteren Extremitäten vor. Die ergriffene Haut ist fest und hart, von der Unterlage nicht abhebbar. Die Ausbreitung geschieht entweder in unregelmässigen Feldern, oder streifenförmig, bänderartig, oder diffus über grössere Strecken. Die Oberfläche ist ent-



eder glänzend oder matt-braunrot gefärbt, weissliche Partien wechseln mit unregelmässig dunkelbraun pigmentierten Flecken. Die Hände werden livid, cyanotisch verfärbt. Da die Haut der Unterlage stramm anliegt und die darunterliegenden Muskeln und Gelenke fest umspannt sind, so sind diese in ihrer Bewegung behindert. Wird die Haut des Gesichtes beulig, so verleiht das Leiden demselben ein starres Aussehen, verhindert die Beweglichkeit der Mundlippen und Augenlider, macht die Nase schmal und das ganze Antlitz erscheint, um sich eines klassischen Ausdruckes von *Caposi* zu bedienen, wie versteinert, als wäre es in Marmor gehauen. Die Gelenke der Extremitäten sind entweder wenig oder gar nicht beweglich, die Finger leicht gebeugt und starr. Der Versuch, die Gelenke zu strecken, ebenso der Druck auf die Haut ruft Schmerzen hervor. Die Tastempfindung ist nicht wesentlich alteriert, ebenso auch die Funktion der Hautsekretion, die Temperatur etwas herabgesetzt.

Die Ausbreitung geschieht vielfach regellos, doch wurde das Leiden auch entlang der Ausbreitung der peripheren Nerven beobachtet. Man hat halbseitige Lokalisation wie bei Zostereruptionen auf der einen Körperhälfte, entlang den verschiedenen Nerven beschrieben.

Der Beginn der Erkrankung ist oft so unscheinbar, dass die Kranken erst durch ein Gefühl von Spannung auf ihr Leiden aufmerksam werden. Mitunter gehen Schmerzen in den Muskeln und Gelenken dem Prozesse voraus, oder eine lebhafte erythematöse Röte mit ödematöser Schwellung, welche wochenlang bestehen bleiben kann, bis es zur Sklerosierung der Haut kommt. Diese Stadien können über kurz oder lang zur Norm zurückkehren, indem die sklerotischen Herde wieder normales Gefüge erhalten.

Mitunter recidiviert die Erkrankung, die Herde nehmen an Ausdehnung zu, und es geht der Zustand in das sogenannte atrophische Stadium der Sclerodermie über, welches einer Besserung nicht fähig ist.



Die Haut wird dünn, pergamentartig, die Follikel veröden und die Drüsen atrophieren mit. Die Verfärbung, der Glanz und auch das Festhaften an der Unterlage bleiben unverändert. Durch Druck schwindet das subkutane Fett, ja selbst die Muskel atrophieren (Inaktivitätsatrophie).

Durch den Reiz auf die Haut entstehen häufig an den vorspringenden Partien Ulcerationen, selbst Gangrän.

Diese atrophischen Zustände führen mitunter zu Erkrankungen der Gelenke, des Periostes und der Knochen.

Nach jahre- oder jahrzehntelangem Siechtume tritt Abmagerung und hochgradiger Marasmus ein. Der tödliche Ausgang erfolgt meist durch intercurrierende Erkrankungen.

Die Diagnose der Sclerodermie ist durch die charakteristischen Veränderungen der beim Anfühlen glatten, kühlen Haut leicht zu stellen. Verwechslungen könnten mit pigmentierter Haut bei Morbus Addisonii, bei dem übrigens die Sklerosierung der Haut fehlt, oder mit Xeroderma pigmentosum vorkommen. Letzteres ist aber durch das Auftreten von Carcinom charakterisiert.

Wir finden diese Erkrankung häufiger beim weiblichen Geschlechte.

Die Aetiologie derselben ist noch unaufgeklärt. Vielfach wird ihr Entstehen auf Störungen im Bereiche der peripheren Nerven zurückgeführt, dies um so mehr, als, wie schon erwähnt, einzelne Formen der Nervenausbreitung folgen. Es sind auch hiebei Gefäßveränderungen, namentlich streckenweise Kompression beschrieben worden, welche Umstand zu der Annahme geführt hat, dass die Sclerodermie als Ausgang einer Entzündung anzusehen sei.

**Behandlung:** Bei der Behandlung der Sclerodermie empfehlen sich kräftige Diät, Gebrauch von roborigierenden Mitteln, Bädern, ohne und mit medikamentösen Zusätzen. Zum internen Gebrauche werden Jodkalium und Natr. salicylicum befürwortet. Lokal ist wohl am wirksamsten die Massage der erkrankten Hautpartien mit einem indifferenten Fett oder einer Salicyl-



salbe. Von manchen Autoren wird die Wirkung des konstanten Stromes gelobt.

*Scleroderma neonatorum.* Die Zellgewebsverhärtung bei Neugeborenen tritt zumeist in den ersten Lebensmonaten auf, beginnt mit Oedem und Verhärtung der Füße und der Unterschenkel und dehnt sich binnen 1—2 Tagen allmählich auf den übrigen Körper aus. Die Temperatur sinkt stetig, der Tod erfolgt zumeist binnen 2—10 Tagen. Das Leiden kombiniert sich häufig mit Herzfehlern und Erkrankungen des Respirations- und Verdauungstraktes geschwächter oder lebensschwacher Kinder.

*Myxödem.* Diese verunstaltende Erkrankung kommt hauptsächlich beim weiblichen Geschlechte vor und besteht in der Volumszunahme der befallenen Hautpartien, welche geschwollen, verdickt und verhärtet erscheinen. Sie kommt im Gesichte, am Stamme und den Extremitäten, aber auch an der Zunge und am Gaumensegel vor. Auch die Hände und Finger werden durch die Verdickung in verschiedenem Masse verunstaltet.

Daneben sind die geistigen und funktionellen Fähigkeiten solcher Individuen sehr reduciert, sie werden stumpfsinnig, verlieren den Geschmack- und Geruchssinn, sowie das Arbeits- und Denkvermögen. Sie gehen häufig an Herz- und Nierenerkrankungen zu Grunde.

Die Krankheit basiert auf einer Vermehrung des Schleimgewebes in der Haut, den Muskeln, aber auch in den inneren Organen.

An diese Prozesse reiht sich das *Hautödem*, *Anasarca* an, welches aus Cirkulationsstörungen hervorgeht. Dasselbe stellt eine sekundäre Erscheinung und nicht eine selbständige Hautkrankheit dar und wird daher in den betreffenden Kapiteln der speziellen Pathologie beschrieben.

### **Partielle Atrophie und Verdünnung der Haut.**

Diese entsteht am häufigsten in mittleren Lebensjahren bei Hydrops, Anasarca, bei Gravidität und bei rapider



Fettansammlung durch Spannung und Dehnung der Haut, indem die tieferen Gewebsschichten auseinanderweichen und die äussere Haut sehr verdünnt ist (*Striae gravidarum*). Anfangs sind die Streifen bläulich-rot, später werden sie weiss-glänzend, narbenähnlich (*Striae atrophicae*).

Durch Druck einer Bandage von, aussen oder durch eine von innen hervorwachsende Geschwulst wird die Haut eine Zeit lang hyperämisch. Die macerirte Epidermis stösst sich reichlich ab. Endlich kann die Haut atrophisch werden, nach starkem Druck auch nekrosieren und geschwürig zerfallen.

### Allgemeine Atrophie der Haut.

Diese treffen wir im Greisenalter als eine senile Involution der Haut und ihrer Adnexe oft an. Ausserdem wird eine diffuse fortschreitende Atrophie der Haut durch mancherlei noch nicht ergründete pathologische Processe herbeigeführt. Die atrophische Haut ist ausserordentlich dünn, gerunzelt, wie Cigarettenpapier. Die Elasticität geht verloren, so dass aufgehobene Falten sich nur langsam ausgleichen. Die Venen sind dilatirt und schimmern als bläuliche Linien durch die dünne durchscheinende Epidermis durch. Die Schweissdrüsensecretion ist nur noch an wenigen Stellen, so am Genitale, im Gesichte und Achselhöhle erhalten. Die Haare fehlen, nur hie und da steht ein Lanugohärchen hervor. Klinisch muss man den Process als Atrophie bezeichnen. Für die fortschreitende Form der Hautatrophie ist es histologisch erwiesen, dass ihr ein chronischer Entzündungsprocess vorausgeht, der sich hauptsächlich in den Cutislagen abspielt. Die Folgen sind Schwund und Atrophie des Papillarkörpers, der Talg-, Schweissdrüsen und der Haare, und Zunahme des Bindegewebes in den tieferen Cutislagen.



## Xeroderma, Pergamenthaut.

### A. Xeroderma pigmentosum.

Kaposi hat diese Erkrankung zuerst beschrieben und auf deren eigentümliche Bösartigkeit aufmerksam gemacht. Sie tritt infolge angeborener Anlage schon im zarten Kindesalter, seltener später auf, und ihr Hauptmerkmal sind sommersprossenartige gelb-bräunliche Pigmentflecke, zwischen denen sich weissliche Hautpartien, oft blatternarbenähnlich, seicht vertieft, und kleine Gefässausdehnungen befinden. Die Haut gewinnt ein atrophisches, pergamentähnliches, vertrocknetes Aussehen und ist an die Unterlage stramm angezogen, schwer faltbar. Die Teleangiectasien sind entweder punktförmig, oder auch länglich. Die Gefässerweiterungen verleihen mit den erwähnten Pigmentationen und weisslichen Narben der Haut ein scheckiges Colorit.

Es wird die Haut des Gesichtes, des Halses, der Handrücken, der Vorderarme, der Schultern, der Brust, seltener auch der Unterschenkel und Fussrücken befallen.

Im weiteren Verlaufe veröden die Gefässchen, es entstehen weissglänzende atrophische Grübchen, und später diffuse Schrumpfung der Haut. Da die Epidermis gleichfalls atrophiert, sich in dünnen Lamellen abhebt und rissig wird, entstehen Eczeme, seichte Rhagaden und Geschwüre, die Mund- und Nasenöffnungen sind verengt, die unteren Augenlider ectropioniert.

Von den gewöhnlichen Sommersprossen und Pigmentmälern unterscheidet sich diese Krankheit durch das rasche Fortschreiten und die continuierliche atrophische Umbildung des Gewebes.

Die Veränderungen der Gefässe, die in Neubildung und Verödung bestehen, sowie die Wucherungen des Endothels nebst der Pigmentanbildung, ferner die Wucherungen der Retezapfen nach unten und die atrophischen Vorgänge sind die Vorstufen, welche dieses Leiden durch Bildung von Carcinomen und Sarcomen zu einem so eigenartigen stempeln.



Diese bösartigen Neugebilde können binnen wenigen Monaten an verschiedenen Stellen, im Gesichte und an den Ohrmuscheln vorkommen. Damit ist das Schicksal dieser Patienten besiegelt, da der letale Ausgang unvermeidlich ist. Die Epithelialcarcinome treten als warzenartige Gebilde auf, wuchern, zerfallen und führen bald zur Kachexie und zum Tode. Auffallend und zugleich für die Heredität sprechend, ist ihr frühzeitiges Auftreten im Kindesalter und bei mehreren Geschwistern einer Familie.

Die Behandlung des Xeroderma hat bisher keinerlei positive Erfolge erzielt. Man wird sich auf die jeweils notwendige symptomatische oder auch operative Behandlung beschränken müssen., ohne jedoch davon den Kranken viel versprechen zu können.

B. Als zweite Form von Xerodermie führt Kaposi eine Atrophie der Haut und der Extremitäten an, die in der frühesten Kindheit beginnen soll und übrigens nur durch dieses frühzeitige Auftreten vom Scleroderma atrophicum unterschieden ist. Die Kranken werden durch die mangelhafte Bedeckung im Gebrauche der Extremitäten behindert.

### **Lupus erythematosus.**

Diese chronisch-entzündliche Erkrankung erscheint anfangs in Form kleiner, erhabener Flecke von dunkelroter Färbung, meist glänzend, und in der Mitte mit einem dünnen festhaftenden Schüppchen versehen. Das Anfangsstadium führt durch periphere Ausbreitung zu dem sogenannten L. eryth. discoides (Tab. 42).

Wir begegnen zunächst am Nasenrücken, an der Nasenspitze, den Nasenflügeln, den Wangen solchen pfennig-, thaler- bis flachhandgrossen Scheiben. Die Form der Scheiben wechselt je nach der mehr oder weniger regelmässigen peripheren Ausbreitung. Eine der häufigsten ist die sogenannte Schmetterlingsform, die vom Nasenrücken sich auf die Nasenflügel und selbst auf



Die Wangen ausdehnt. Das Centrum der ausgebildeten Schieiben ist deprimiert, narbig glänzend, rot oder von ectatischen Gefässen durchzogen. Der Rand ist röter, succulenter, oft mit Krusten bedeckt. Diese entstehen durch stärkere Exsudation aus den dilatierten Gefässen, wobei das Exsudat an der Oberfläche mit der Epidermis vertrocknet. Die Entzündung geht vorwiegend von den Follikeln und Schweissdrüsen aus, und verbreitet sich in der Cutis, greift sowohl in die Tiefe auf das Unterhautzellgewebe, als auch nach oben auf die Epidermis über. Durch die Exsudation wird die Epidermis gelockert und löst sich in kleinen, anfangs haftenden Schuppen ab. Die Rückbildung geschieht durch Schrumpfung des neugebildeten Bindegewebes, also durch narbige Atrophie, wobei die Hautstellen einsinken, schrumpfen, die Hautfollikel veröden. Die Talg- und Schweissdrüsen gehen darin zu Grunde.

Eine zweite Form des *L. erythem.* ist die disseminierte (Tab. 43), bei der die Efflorescenzen in grösserer Anzahl zugleich auftreten. Solche zahlreiche Eruptionen sind über das ganze Gesicht und die Ohren zerstreut. Die Flecke selbst sind mässig erhaben, derb-elastisch, dunkelrot, mit rissiger, sich abschilfernder Epidermis und erweiterten Follikelmündungen besetzt. Breiten sich diese Efflorescenzen auch über die Finger und Vorderarme aus, so pflegt die Färbung noch dunkler zu sein, die Knoten noch derber wie im Gesichte. Der behaarte Kopf und die Mundschleimhaut sind auch einige Male krank befunden worden. Nach unserer Erfahrung dürfte diese Ausbreitung zu den Seltenheiten gehören.

Der Verlauf des *L. erythem.* ist bei der einen wie der andern Form ein äusserst chronischer, indem die erkrankten Stellen unverändert 15—20 Jahre bestehen bleiben.

Wenn man auch die Prognose unter solchen Verhältnissen auch nicht absolut ungünstig nennen kann, da sich der *Lupus eryth.* entweder rasch involviert oder mit Narbenbildung und leichter Gefässectasie ausheilen kann,



so lehrt doch die Erfahrung, dass viele dieser Fälle an Pneumonien und Tuberculose zu Grunde gehen.

K a p o s i macht die nicht zu unterschätzende Beobachtung, dass die Mehrzahl der Kranken weibliche Individuen sind, die an und für sich an Chlorose, Anämie, Dysmenorrhoe, Katarrhen der Lungenspitzen und beginnender Tuberculose leiden, männliche Kranke dagegen besser aussehen.

Wir haben einen Fall von Lupus disseminatus mit ziemlich acutem Ausbruch unter auffälligen Störungen des Allgemeinbefindens rasch zunehmen gesehen, und die Kranke ging nach 6 Monaten an einem Lungenleiden acuterer Art zu Grunde.

T h e r a p i e: In leichteren Fällen genügen Waschungen mit Schmierseife, Seifenspiritus, um die Efflorescenzen zum Schwinden zu bringen. Sehr empfehlenswert ist die Applikation von Salicylseifenpflaster oder grauem Pflaster auf die erkrankten Hautpartien. Schütz empfiehlt Bepinselung mit

Solut. arsen. Fowleri	4,
Aq. destill.	30,
Chloroformii	gtts II
D. S. Aeusserlich.	

Bei hartnäckigen Fällen wird man die reducierenden Mittel in Anwendung nehmen, wir haben speciell mit der oben angegebenen Lassar'schen Schälbehandlung gute Resultate erzielt. Die Verwendung des Galvanokauters und des Thermokauters hat gleichfalls warme Fürsprache gefunden; auch die multiple Scarification mit nachfolgender Einstreuung von Jodoform gibt gute Resultate (V e i e l).

Einen mehr hervorstechenden geschwulstartigen Charakter haben die Bindegewebsgeschwülste sensu strictiori. Diese sind:

Fibroma molluscum s. pendulum.

Diese stellen rundliche, zumeist herabhängende, selten platte und breit aufsitzende Geschwülste dar, die sich teigig



weich, lappig oder etwas derber anfühlen und von normaler Haut überzogen sind. Sie kommen hauptsächlich am Kopfe und am Rumpfe vor, können sich aber auch über den ganzen Körper in Hunderten von Exemplaren verschiedener Grösse verbreiten. Die grösseren belästigen durch Spannung, Behinderung der Bewegung, Hinzutreten einer Entzündung, oder gar Gangrän der Hautdecke.

Sie werden als bindegewebige Ausstülpungen aus den tieferen Coriumschichten oder von den Nerven-scheiden (Neurofibrome) aufgefasst, und bestehen aus gallertartigem, später aus fibrösem Bindegewebe. Der Stiel enthält die Gefässe. Die Haut ist am Scheitel der Geschwulst angelöthet, stellt somit einen Beutel dar, in dem die Geschwulst aufgehängt ist.

Je nach der Spannung und Zerrung der Hautdecke erleidet dieselbe mitunter verschiedene Veränderungen an den Drüsen und dem Epithelüberzuge, mitunter bringen Entzündung, Ulceration, Gangrän die Geschwulst zum Abfall. Auch spontane Involutionen wurden beobachtet.

Als Ursache nimmt man eine hereditäre Anlage an, zumal die Geschwülste schon in den Kinderjahren entstehen. Hebra hat auf einen geringeren Grad physischer und psychischer Fähigkeiten solcher Individuen hingewiesen.

Die Behandlung ist eine ausschliesslich chirurgische.

### Lipoma, Fettgeschwulst.

Die Lipome treten erst im vorgerückteren Alter auf und bilden lappige, weich-elastische Geschwülste. Sie sind meistens multipel und sitzen entweder breit auf oder sind gestielt, herabhängend. Die Haut darüber ist von normalem Aussehen und wird seltener durch Zerrung und Zug verändert, wie bei den Fibromen.

Die Behandlung der Lipome ist eine chirurgische.

### Xanthoma, Xanthelasma, Vitiligoidea.

Xanthome sind scharf umschriebene, flache, wenig erhabene oder höckerige Geschwülstchen, welche die



Haut überragen. Die ersteren (*Xanthoma planum*) sind schwefel- oder strohgelbe Flecke, von zart weicher Consistenz, zumeist an den inneren oder auch den äusseren Augenwinkeln, an den Ohren, der Nase, ja sogar an der Schleimhaut des Mundes.

Sie treten um das Klimacterium bei Frauen, aber auch bei Männern im vorgerückterem Alter auf, ohne die Individuen weiter zu belästigen.

Die zweite Form, *Xanthoma tuberosum*, kommt in Form von hirsekorn-, bohnen-, und haselnussgrossen Geschwülsten vor. Diese sind von derber Consistenz und ungleichmässig lappigem Gefüge. Ihre Farbe ist an der Basis rot, an den prominenten Stellen gelblich. Die Geschwülstchen kommen an den Streckseiten der Gelenke, an den Fingern, Ellbogen, Knieen, im Nacken, in der Kreuz- und Gesässgegend vor. Auch an den Schleimhäuten und sogar in den inneren Organen (Endokardium, Aortenwand etc.) wurden sie gefunden.

Das Xanthom stellt anatomisch eine Bindegewebsgeschwulst mit eingestreuten specifischen Xanthomzellen dar. Die Aetiologie der Xanthomatosis ist noch unaufgeklärt. Häufig kommen daneben Icterus, Lebererkrankungen und Diabetes vor. Namentlich letztere Erkrankung scheint in mehreren Fällen zum *Xanthoma tuberosum* zu disponieren.

In unserem Falle (Tab. 44 u. 44a) ist zweimal nach Schwund der Melliturie auf eine Karlsbader Kur die Rückbildung der Xanthomknoten in auffälliger Weise erfolgt. Die Recidive war auch mit dem Auftreten von Zuckergehalt im Harne synchronisch, und beide Male bildeten sich die Knötchen mit dem Schwunde des Zuckers im Harne zurück.

Behandlung. Das *X. planum* wird am besten durch chirurgische Eingriffe entfernt. Bei multiplen Xanthomeruptionen ist eine genaue Berücksichtigung des Allgemeinzustandes (Untersuchung auf Leberaffectionen, Gicht, Diabetes, Pentosurie, Nephritis) dringend geboten. Ein



Zurückgehen der Xanthomknoten wurde unter einer entsprechenden Allgemeinbehandlung wiederholt beobachtet.

Brocq empfiehlt den innerlichen Gebrauch von Ol. phosphoratum und Terpentinöl.

### D e r m a t o m y o m e.

Die Myome sind eine seltene Hautaffection. Sie kommen um die Brustwarzen herum, am Hodensacke, an der Aussenfläche der Oberarme vor, und stellen erbsengrosse, derbe, mit der Haut bewegliche Geschwülste dar. Die Haut über denselben ist stärker pigmentiert, sonst unverändert.

Bei Druck sind die Geschwülste nicht schmerzhaft, obzwar auch manche als spontan schmerzhaft und sehr druckempfindlich beschrieben wurden.

Die Geschwülste entwickeln sich aus Wucherungen von glatten Muskelfasern, mit Zunahme von Bindegewebe in denselben und in deren Umgebung. Sie gehen von den Arrectores pilorum aus. Einige Male wurden nebst den Muskelzellenwucherungen zahlreiche Gefässschlingen und Nervenstämme vorgefunden, und solche Fälle dürften die besonders schmerzhaften Geschwülstchen darstellen.

### Angiomata.

A. Teleangiectasien und Naevus vasculosus, Feuermal sind zumeist angeborene Erweiterungen der Capillaren und kleinerer Blutgefässe der Haut, welche in dem Niveau der Haut liegen. Die Farbe des Feuermals ist zumeist dunkelblaurot, je nachdem grössere erweiterte Gefässe oder feine Capillaren vorwiegen.

Kleinere, hirsegrosse Ektasien beobachtet man häufig über den Stamm unregelmässig zerstreut, grössere Feuermale im Gesichte (Schläfengegend), an der Haargrenze, am Nacken (Tab. 45 a), ja sogar über grössere Teile der Körperoberfläche ausgebreitet (Tab. 45). Simon wollte die Teleangiectasien als dem Ausbreitungsgebiete mancher



Hautnerven zugehörig erklären. Die grösseren Feuermale kommen einseitig vor und wachsen in die Breite. Daher ist es keine unbegründete Sorge der Mütter, die kleinen Feuermale bei Neugeborenen sobald wie möglich entfernen zu lassen. Die Gefässerweiterungen infolge venöser Stase, welche durch Behinderung des Rücklaufes entstehen, haben wir an der betreffenden Stelle abgehandelt. Venenausdehnungen bilden oft ei- bis faustgrosse Knäuel, welche die Kranken sehr belästigen, indem sie oft zu Entzündungen führen. Sie kommen an den unteren Extremitäten, im Plexus spermaticus, an den Hämorrhoidalvenen vor und müssen operativ entfernt werden. (Dittel'sche elastische Ligatur, Glühschlinge oder Excision).

#### B. Lymphangioma.

Die capillaren Lymphgefässe der Haut werden durch Behinderung des Abflusses der Lymphe, sei es durch Infiltration und Verschluss der grösseren Stränge, sei es durch Schwellung der Lymphdrüsen, in deren Gebiet die Lymphgefässe liegen, erweitert. Platzen solche Gefässchen, so sickert beständig die lymphatische Flüssigkeit aus. Desgleichen kann Druck einer Bandage, z. B. eines Bruchbandes, zu schweren Erweiterungen der Lymphgefässe führen.

Grössere Ausdehnungen der Lymphgefässe kommen als knotige Gebilde in einer geschwollenen Hautpartie vor, wobei dieselben nicht nur varicöse Erweiterungen der Lumina zeigen, sondern sich auch vielfach in dem Corium neu gebildet haben. Solche Anschwellungen haben wir am Scrotum und Penis beobachtet. Endlich kommen Ausdehnungen der Lymphgefässe mit Schwellung und Hypertrophie der Haut oft über ganze Körperteile verbreitet vor, z. B. an den unteren Extremitäten, welche als Elephantiasis lymphangiectodes durch Blutgefässerweiterungen, der Pachydermie und Elephantiasis gleichkommen.

#### Lymphangioma tuberosum multiplex.

Zahlreiche linsengrosse, teils rundliche, teils läng-



liche, braunrote, in der Cutis sitzende und mit ihr verschiebbare Knötchen am Stamme und der Halsgegend hat Kaposi u. a. beschrieben. Da wir selbst keine Erfahrung über diese seltene Hautkrankheit besitzen, so verweisen wir auf Kaposi's „Hautkrankheiten“.

### **Rhinoscleroma.**

Eine eigentümliche Nasenerkrankung ist das im Jahre 1870 von Hebra und Kaposi beschriebene sog. Rhinosclerom. Die Erkrankung befällt die Nase und breitet sich mit einer ausserordentlichen Langsamkeit über die Haut und Knorpel der Nase und ihre Umgebung aus. Sie schreitet ferner über die hinteren Anteile des weichen Gaumens, über den Isthmus, den Larynx und die Trachea. Sie bleibt eine lokalisierte Krankheit und breitet sich nur per contiguitatem von dem Punkte ihres Angriffes weiter aus. Das Rhinoscleroma befällt Individuen um die Pubertätszeit. Die Kranken pflegen von keiner besonders robusten Constitution zu sein. Obzwar man von einer specifisch hereditären Erkrankung nicht sprechen kann, nimmt man doch allgemein eine gewisse Prädisposition an. Ein Nasenflügel oder die Nasenscheidewand werden von dem Uebel befallen, und die Form der Nase verändert sich allmählig ohne bedeutende Entzündungserscheinungen. Diese verbreitert sich und erscheint beim Betasten starr und unbeweglich. Durch Hervorwuchern der Wände nach innen entstehen Verengungen, ja vollständiger Verschluss der Nasengänge. Nach Monaten sehen wir bereits die ganze Nase, vorne bis auf die Lippen, rückwärts bis auf die Choanen von der Erkrankung ergriffen.

Das äussere Bild ist verschiedenartig, je nach dem Umstande, ob Wülste, Knoten über das Hautniveau hervorragen, oder ob mehr plattenartige gleichmässige Verdickungen der Haut und der Knorpel stattgefunden haben. Die Farbe ist rot in verschiedenen Nuancen, meist braun- oder blaurot. An der glatten oder fein-runzeligen glänzenden,



Oberfläche ziehen Gefäße durch. Die noch nicht ergriffene Peripherie ist normal. Sowie die Nasenhöhle verengt wird, sind auch die Funktionen der Lippen behindert. Ebenso begegnen wir verschiedenen Verziehungen und Einschnürungen im Isthmus faucium, so dass man hiebei öfters veranlasst wird, an syphilitische Produkte zu denken. Die Kranken sehen durch diesen Process entstellt aus und sind durch den Verschluss der Nase durch Verengung des Kehlkopfeinganges und der Mundspalte vielfach belästigt. Die erkrankten Stellen sind auf Druck schmerzhaft und so haben diese Armen bei dem jahrelangen Leiden genug zu tragen, ohne dass das Allgemeinbefinden direct gestört wäre.

Die meisten Untersucher stellen den anatomischen Befund als eine Entzündung dar, wobei das Infiltrat zum Teile resorptionsfähig ist, zum Teile sich in Bindegewebe umwandeln kann.

Constant findet man seit Frisch spezifische Bacillen im Rhinoscleromgewebe. Paltauf und Eiselsberg fanden die in Kapseln eingeschlossenen Bacillen in Protoplasmamassen, welche den von Mikulicz zuerst beschriebenen Rhinoscleromzellen oder degenerierten Kernen entsprechen. Die Rhinosclerombacillen stellen 2–3  $\mu$  lange Bacillen oder auch ovoide, fast runde, meist zu Diplokokken vereinigte Kapsel-Kokken vor, die von den Pneumoniekokken kaum zu unterscheiden sind. Die Uebertragungsversuche auf Tiere sind bisher resultatlos geblieben.

Die Prognose ist in allen Fällen nicht sehr günstig, zumal man den Process durch keine Behandlung aufzuhalten vermag. Man wird gegebenen Falles chirurgisch eingreifen, wenn es zu funktionshindernden Verwachsungen und Wucherungen gekommen ist.

## Die tuberkulösen Erkrankungen der Haut.

(Siehe Tab. 46 bis 51.)

Unter diesem Kapitel subsumieren wir die durch den Tuberkelbacillus auf der Haut erzeugten pathologi-



schen Veränderungen, welche grosse Verschiedenheiten im Aussehen, Verlaufe, in der Struktur und Pathogenese aufweisen. Um Wiederholungen zu vermeiden, wollen wir in diesem Abschnitte der klassischen Arbeit von Jadassohn (Lubarsch und Ostertag 1896) folgen, zuerst aber einige allgemeine Gesichtspunkte kurz berühren.

Der Bacillus kann auf verschiedene Art auf und in die Haut gelangen. Entweder werden fremde, tuberkelführende Stoffe übertragen (*exogene Inoculationstuberkulose*), oder es stammt das Material von einem bereits erkrankten Körper, z. B. dessen Sputum, Speichel, Fäces und Urin (*Autoinoculationstuberkulose*). Damit der Tuberkelbacillus haften bleibt, müssen aber noch gewisse äussere, prädisponierende Momente vorhanden sein, zumal die Haut an und für sich nicht sehr zur tuberkulösen Erkrankung disponiert zu sein scheint. Solche Angriffstellen kann der Tuberkelbacillus bei Verletzungen oder Hautkrankheiten, kurz bei Verwundungen der Hautdecke finden. Andererseits kann sich die Tuberkulose auch von einem benachbarten Organe aus den Weg in die Haut bahnen (*Contiguitätstuberkulose*), z. B. vom primär erkrankten Hoden auf den Hodensack oder vom Knochen auf die darüberliegenden Weichteile. Endlich kann der Tuberkelbacillus von einem erkrankten Organe durch *Metastase* in die Haut gelangen.

Wir unterscheiden 5 klinisch differente Formen der Hauttuberkulose:

- A. Lupus,
- B. Scrophuloderma,
- C. Das tuberkulöse Geschwür,
- D. Die Tuberculosis verrucosa cutis,
- E. Fungus.

So verlockend es wäre, die genannten Formen der Hauttuberkulose nach den klinischen Erscheinungen auseinander zu halten, so muss man doch die Thatsache hervorheben, dass einzelne dieser Formen nebeneinander bestehen, ja, dass noch häufiger eine aus der anderen hervor-



gehen kann. So kann sich z. B. Tuberculosis verrucosa in Lupus umwandeln; aus einem schon vernarbten Scrophuloderma kann sich Lupus entwickeln (Riehl). Neben tuberkulösen Geschwüren entwickeln sich subkutane Scrophulodermaknoten u. s. w. Im grossen und ganzen aber haben bei einzelnen Individuen die multiplen Erkrankungen einen gleichartigen Charakter. Dies dürfte nicht nur auf die hereditäre Disposition der Tuberkulose zurückzuführen sein, sondern auch die individuelle, zur Bildung spezieller Formen geneigte Disposition andeuten.

Alle diese genannten Formen können spontan abheilen. Die Narbenbildung, die hier, wie bei allen ulcerösen Prozessen die Ausheilung bedeutet, ist je nach der Dauer und Mächtigkeit der Erkrankung einmal eine zarte, ein anderesmal eine mächtigere und kann zur Schrumpfung und verschiedenen consecutiven Veränderungen führen. Verschiedene Autoren haben auf eine zeitweilige Ruhepause im Verlaufe aufmerksam gemacht, und diese entweder mit jeweiligen Zuständen im Organismus selbst (Gravidität), oder mit äusseren Temperatur- und Witterungseinflüssen in Zusammenhang gebracht.

### A. Lupus.

Der Lupus ist die häufigste Form der Hauttuberkulose und kommt vorwiegend an den unbedeckten Körperteilen, so im Gesichte und an den Händen, seltener am behaarten Kopfe vor. Er beginnt häufig im Kindesalter und wird öfter beim weiblichen Geschlechte angetroffen.

Es ist erwiesen, dass er in den meisten Fällen durch Inoculation von aussen entsteht, er wird aber auch von Drüsen- und Knochentuberkulose in die Haut hineingetragen, oder bei Erkrankungen der Schleimhaut auf die Haut fortgesetzt. Im allgemeinen sind die Tuberkelbacillen beim Lupus sehr spärlich, meist liegen mehrere in den Riesenzellen eingeschlossen. Der Tuberkel in der Haut besteht aus runden epitheloiden und Riesenzellen,



seinem Reticulum und Gefässen. Das Lupusknötchen stellt schon ein Conglomerat solcher Tuberkel vor.

Der Lupus beginnt klinisch mit dem Auftreten kleiner stecknadelkopf- bis hanfkorngrosser Knötchen von gelbgrauer oder braunroter Farbe. Anfangs liegen dieselben in der Haut und ragen erst nach längerem Bestande, von glatter, glänzender Epidermis überzogen hervor. Anfangs sind die typischen Knötchen auch flach, isoliert, und erst durch die Umwandlungen und durch das Aneinanderreihen und Confluieren benachbarter Knötchen entstehen verschiedene klinische Bilder.

Die Ausbreitung des Lupus wird bald flächenhaft; die isolierten Herde setzen an der Peripherie meist scharf ab und sind von entzündlich infiltriertem Cutisgewebe umgeben, wobei die Rundzellenanhäufungen den Gefässen folgen. Diese mächtige Zelleninfiltration überdeckt alle Bestandteile der Cutis. Elastische Fasern, Haarbälge, Talg- und Schweissdrüsen sind entweder gar nicht oder nur in Resten vorhanden. Die Veränderungen der Epidermis hängen mit den Vorgängen in der Cutis zusammen, einmal begegnen wir einem raschen Untergange des Epithels, zumeist aber sind durch den entzündlichen Reiz Wucherungen des Epithels, namentlich der gegen die Cutis vordringenden Epithelzapfen entstanden.

An der Oberfläche erscheinen die Lupusherde entweder glatt, oder mit Schuppen bedeckt, oder es entstehen durch Hyperkeratose verrucöse Bildungen an der Oberfläche.

Bei Lupus begegnen wir zumeist Sclerosierungen des entzündlichen, das lupöse Gewebe einschliessenden Infiltrates, wodurch eine Resorption mit Narbenbildung eingeleitet wird. Seltener, und nur durch besondere Einflüsse (fortgeleitete Entzündung, secundäre Infection) kommt es zum Zerfall und zur Ulceration des lupösen Gewebes. Trockene Verkäsung ist beim Lupus selten.

Durch diese andeutungsweise gegebenen, anatomischen Veränderungen, namentlich durch die erwähnte Ausbreitung der lupösen Wucherungen unterscheiden wir



klinisch den *Lupus tuberculosus*, wenn glänzende Knötchen entweder disseminiert oder in Reihen fort-kriechend (*L. serpiginosus*) über das Hautniveau hervorragen, *L. tumidus*, wenn die lupösen Wucherungen förmliche Geschwulstbildungen annehmen, *L. verrucosus*, *papillomatosus*, wenn die Oberfläche papillomatös, warzig erscheint, und endlich den *L. exulcerans*. (Tab. 46, 47, 47 c.)

Die lupösen Geschwüre sind meist mit dunkelgefärbten Krusten bedeckt, unter welchen die im Niveau der Haut liegende Geschwürsfläche rot, feucht, leicht blutend, den granulierenden Wunden ähnlich zu Tage tritt.

Die Schleimhäute der Nase und der Mundhöhle sind oft lange der Sitz von Lupusknötchen, ohne dass dies den Patienten besondere Beschwerden verursacht. Wir finden solche am Zahnfleische, am Gaumen, an der Zunge und dem Kehlkopfe als stecknadelkopf- bis hirsekorn-grosse braunrote, zumeist schon exulcerierte, leicht blutende Knötchen vor.

Vereinigen sie sich zu grossen Plaques, so ist die Oberfläche unregelmässig, mit grauem, angewuchertem Epithel bedeckt oder geschwürig zerfallen und bildet flache oder rhagadenförmige, tiefe Geschwüre.

Von der Schleimhaut breitet sich, wie schon erwähnt, der Lupus auf die äussere Haut aus oder umgekehrt. Durch Ulcerationen und durch Schrumpfung bedingte Defecte des Gaumensegels, sowie grubige Einziehungen der Zunge, letztere oft neben derber knotiger Anschwellung in der Nachbarschaft kommen häufig vor. In der Nasenhöhle haben wir oft neben Ulcerationen und Krustenbildung polypenartige Wucherungen bis zum vollständigen Verschlusse der betreffenden Nasenhälfte angetroffen.

Diese unterscheiden sich durch die granulierende Oberfläche, durch ihr leichtes Bluten von den mit glatter Schleimhaut bedeckten, durchscheinenden Schleimpolypen. Die Perforation des Septums und narbige Schrumpfung mit Verziehungen sind nach jahrelangem Bestande die häufige Folge. Die äussere Nase, namentlich die Nasenflügel sind häufig der Angriffspunkt des Lupus.



Von der Spitze breitet sich die Erkrankung nach und nach bis zur Nasenwurzel aus. Papilläre drusige Wucherungen am Rande der Geschwüre mit stetem Zerfall werden von braunen Krusten bedeckt, und führen allmählich zu Zerstörung der ganzen knorpeligen, ja nicht selten auch der knöchernen Nase. An den Wangen, oft am Unterkieferande, am Halse breitet sich der Lupus ebenfalls aus, wobei wir nicht selten die Unterkieferdrüsen miterkrankt und infolgedessen vereitert antreffen. An den Ohrläppchen begegnen wir häufig dem Lupus tumidus. An den Augenlidern führt der Lupus zum Ectropium und zu Consecutiverkrankungen des Bulbus.

Aber auch in der Conjunctiva bulbi kommt Lupus primär, wenn auch selten, vor und greift auf die Cornea über. Am Stamme, namentlich an den Nates, treffen wir oft die papillär-warzigen, an den Extremitäten die serpiginösen Formen. Durch narbige Schrumpfung werden die Gelenke fixiert, die Gliedmassen verunstaltet und unbrauchbar gemacht. Verbildungen der Hände, namentlich unförmige Vergrößerungen sind auf Lymphgefässerkrankungen zurückzuführen. (Tab. 48, 48 a u. 48 b.)

Der Verlauf des Lupus ist ein äusserst chronischer. Zwischen dem 10. und 20. Lebensjahre beginnend, breitet er sich sehr langsam aus, heilt auf der einen Seite, um peripher weiter fortzukriechen, involviert sich, d. h. vernarbt oft gänzlich, um abermals zu recidivieren. Durch mechanische Insulte oder hinzukommende Infectionen, Erysipel etc. gerät er in Entzündung, Zerfall und Geschwürsbildung, woraus oft die schwersten Destructionen des Gesichtes, der Nase, des weichen und harten Gaumens etc. resultieren.

Es sei gleich hinzugefügt, dass die Erysipele gerade beim Lupus häufig recidivieren.

Die narbigen Constrictionen behindern die Circulation und führen zu chronischen Oedemen und Elephantiasis der darunter liegenden oder peripher befindlichen Körperteile. Auch das Fortschreiten des tuberkulösen Processes entlang der Lymphspalten und -Gefässe führt auf Grund



der lupösen Entzündung zur elephantiasischen Umwandlung, welche die Weichteile und selbst die Knochen in Mitleidenschaft ziehen kann.

Eine Complication von syphilitischen Producten im lupösen Infiltrate oder in einer Narbe kann gelegentlich einerluetischen Infektion von Seite eines Lupösen vorkommen. Trotzdem möchten wir den Ausdruck „Lupus syphiliticus“ als nichtssagend aus der Terminologie ausgemerzt wissen.

Umgekehrt können syphilitische Geschwüre durch Infection mit tuberkulösem Materiale in tuberkulöse Ulcerationen umgewandelt werden.

Endlich sei der Combination von Carcinom und Tuberkulose gedacht.

Das Carcinom tritt häufiger in einer lupösen Narbe als auf frischem lupösem Gewebe auf. Es geht vom Rete oder von den drüsigen Organen der Haut aus und entsteht nicht, wie manche Autoren angenommen haben, durch Umwandlung des lupösen Gewebes in Carcinom.

Therapie des Lupus vulgaris. Die innere Behandlung wird auf die Hebung der Constitution der Lupuspatienten Bedacht nehmen, eine Wirkung auf die Hautaffection selbst ist durch keines der bezüglich empfohlenen Mittel zu erwarten. Hier ist nur durch eine mit Verständnis geleitete Lokaltherapie Erfolg zu erzielen. Als mechanische Zerstörungsmittel kommen in Anwendung: der Volkmann'sche Löffel, ausgedehnte Scarificationen der erkrankten Hautpartieen (Balmanno-Squire, Vidal), die Kauterisation mit dem Paquelinbrenner, Galvanokauter, Thermokauter, die Excision mit nachfolgender Transplantation, ein Verfahren, das in der Hand des Geübten vorzügliche Resultate gibt (Lang).

Als chemische Zerstörungsmittel werden die Aetzpasten verwendet, so die Wiener Aetzpasta (4 Teile Aetzkalk mit 5 Teilen Kali causticum siccum), die Chlorzinkstifte (durch Zusammenschmelzen von Zinkchlorid und Kalisalpeter oder Zinkchlorid und Chlorkalium, mit einer Stanniolhülle), die Canquoin'sche Paste (Zinkchlorid mit



Roggenmehl zu gleichen Teilen), die Landolf'sche Paste (3 Teile Chlorzink, 5 Teile Chlorbrom, 1 Teil Chlorantimon). Die erwähnten Pasten verätzen die kranke und gesunde Haut in der gleichen Weise.

Hingegen wirkt die Paste Cosmi (Arsen. alb. 1, Cinnab. fact. 3, Ung. emollient. 24) elektiv, d. h. sie zerstört die Lupusknötchen, lässt aber die angrenzende gesunde Haut intact. Elektive Wirkung ist natürlich auch durch den Lapisstift, durch Aetzung mit Acid. carbonicum, Acid. lacticum, Acid. pyrogallicum erzielbar.

Sehr befriedigende Resultate haben wir mit der 20—25<sup>0</sup>/oigen Pyrogallussalbe zu verzeichnen. Der Schmerz, den die Application derselben hervorzurufen pflegt, ist kein bedeutender, kann aber übrigens durch Zusatz von Orthoform gemildert werden. Nach wenigen Tagen ist die Verschorfung der lupösen Infiltrate vollendet, die Abstossung derselben und Vernarbung lässt man unter einer indifferenten Salbe (Borsalbe) vollziehen.

Nach Unna-Scharf treibt man in jedes Lupusnest ein zugespitztes Hölzchen (Zahnstocher, Schusterholznägel etc.), welches einige Tage in einer Lösung von

Sublimat	1,
Acid. salicyl.	10,
Aeth. sulf.	25,
Ol. oliv. ad	100,

aufbewahrt lag. Hierauf schneidet man mit einer Schere alle das Hautniveau überragenden Holzstümpfe ab und klebt über die gespickte Fläche irgend ein Guttaperchapflaster, am besten das Unnasche Quecksilbercarbolguttaperchapflaster. Nach Abnahme des Pflasters präsentiert sich eine mit dünnem Eiter bedeckte Fläche. Die Hölzer werden entfernt, die Fläche mit Sublimatspiritus oder Aether gereinigt und in die durch die Hölzer erzeugten Löcher folgendes Pulver gebracht:

Hydrarg. bichl. corros.	0,10
Magnes. carbon. ad	10,
Acid. salicyl.	5,
Cocain. muriat.	0,5



Ueber die so präparierte Fläche wird neuerlich ein Pflaster gebreitet.

Schütz entfernt in Narkose zunächst mit dem scharfen Löffel alles morsche Gewebe, hierauf wird der Boden der Wundfläche und etwa  $\frac{3}{4}$ —1 cm des gesunden Randes sehr sorgfältig scarifiziert. Dann wird das ganze Wundgebiet mit einer kalt gesättigten, durch Zusatz von etwas reiner Salzsäure haltbar und klar erhaltenen alkoholischen Chlorzinklösung mehrmals überpinselt. Hierauf treten sehr heftige Schmerzen auf, die Operationsstelle und ihre Umgebung schwellen mässig an; unter Borwasserumschlägen gehen die Erscheinungen nach und nach zurück und in 1 bis 2 Tagen hat sich die Wunde gereinigt. Auf dieselbe wird nun ein dreimal täglich zu wechselnder Pyrogallussäure-Vaselin (1 : 4) — Salbenverband gebracht. Am fünften Tag wird der Verband durch Borwasserumschläge ersetzt. Haben sich die Schorfe abgestossen, so folgt eine zweite Pyrogallusätzung, nach entsprechendem Intervalle, während welchem wieder Borwasserumschläge appliciert werden, eine dritte. Die Vernarbung des Defectes erfolgt unter Empl. hydrargyri, Jodoformverband oder Borsalbe.

Elsenberg hat zur Aetzung das Parachlorphenol empfohlen.

Die sonstig empfohlenen Mittel als Injectionen von Thiosinamin (H. v. Hebra), Cantharidin (Liebreich), Tuberkulin (Koch), Tuberkulocidin (Klebs) haben einer nüchternen Kritik nicht Stand gehalten, über die jüngsten Vorschläge der Heissluftbehandlung (Holländer, Lang) der Beleuchtung mit X-Strahlen sind naturgemäss ausgedehntere Erfahrungen noch nicht vorhanden.

## **B. Das Scrophuloderma (Tuberculosis cutis colliquativa).**

Die primäre Erscheinung und das klinische Merkmal des Scrophuloderma ist der erweichende Knoten. Charakterisiert ist derselbe durch die massige Colliquation, durch die Bildung eines fluctuierenden Tumors. Alle die



hieber gehörigen pathologischen Prozesse gehen von subcutanen Lymphdrüsen und -Gefässen, ja auch vom erkrankten Knochen aus. Es entsteht eine Entzündung und Knotenneubildung unter der noch verschiebbaren Haut. Erst im weiteren Verlaufe erweicht der Knoten, die darüber ziehende Haut wird angelötet, bricht durch, und es entsteht ein schlaffes, unterminiertes Geschwür. Breitet sich der Process weiter aus, so treten neue Knoten auf, es kommt zu Fistelbildungen, Ulcerationen und Narben. Mitunter findet man am Körper zerstreute Knoten (*gommes scrophuleuses* der Franzosen) an Stellen, wo man sonst Lymphdrüsen nicht zu finden gewohnt ist. Wir haben abnorm gelagerte Lymphdrüsen zahlreich bei Syphilitischen beobachtet und stimmen Jadassohn bei, der meint, dass, wenn subcutane, tuberculös veränderte Knoten an solchen Stellen vorhanden sind, man häufiger an abnorm gelagerte Lymphdrüsen denken müsse.

Solche typische cutane und subcutane Knoten kommen auch im Verlaufe der grossen Lymphgefässe, teils im Anschlusse an eine primäre Hautkrankheit (Tab. 47 b), teils auch ohne eine solche, vor.

Histologisch ist diese tuberculöse Entzündung durch eine schärfere Abgrenzung als beim Lupus und einen grösseren Reichtum an mit fragmentierten Körnern versehenen Eiterkörperchen ausgezeichnet. Die Zahl der Bacillen ist gering, doch haftet die experimentelle Impfung besser, als jene mit lupösem Gewebe und die Tiere gehen schneller an allgemeiner Tuberculose zu Grunde.

Die Behandlung hat zunächst dem Allgemeinzustande der Patienten volle Aufmerksamkeit und Sorgfalt zuzuwenden und die gesunkene Ernährung nach Möglichkeit zu heben. Local sind vor allem chirurgische Massnahmen notwendig und die Nachbehandlung nach allgemein chirurgischen Grundsätzen durchzuführen.



### C. Das tuberculöse Geschwür, *Tuberculosis ulcerosa cutis*.

Diese locale Tuberculose ist zumeist mit einer schweren allgemeinen Tuberculose gepaart und als solche durch Autoinoculation herbeigeführt, oder von den Schleimhäuten fortgeleitet. Sie kommt in der Mundhöhle, an den Lippen, am Naseneingange, am Anus und den Genitalien vor. Die miliaren Tuberkel (hier ist die Lymphoidzellenformation vorherrschend) von Stecknadelkopf- bis Hanfkorngrosse zeigen eine grosse Tendenz zur Erweichung mit Zerstörung des erkrankten Cutisgewebes. Es entsteht ein oberflächliches Geschwür mit torpidem Grunde, neugebildeten Knoten und ausgenagten zackigen, unterminierten Rändern. Mitunter trifft man noch am Rande entweder Vertiefungen nach ausgefallenen miliaren Tuberkeln oder solche weissgelbliche Knötchen selbst. (Tab. 47 a, 47 b, 49, 50, 51.)

Namlich die an den Schleimhäuten befindlichen Geschwüre neigen zu papillomatösen Wucherungen.

Der bacilläre Befund ist bei dieser Form, die auch als miliare Tuberculose der Haut bezeichnet wird, sehr reichlich.

### D. *Tuberculosis verrucosa cutis*.

Diese von Riehl und Paltauf zuerst beschriebene Form der Hauttuberculose ist durch ihre verrucöse papillare Oberfläche, durch das Fehlen von Geschwüren und durch den Mangel an Lupusknötchen, dagegen eine häufige Pustelbildung ausgezeichnet. Ihr Sitz ist an den Fingern und am Dorsum der Hand, sie kommt bei Fleischern, Leichendienern, Aerzten, kurz nach Manipulationen mit tuberculösem Materiale vor, also als Folge einer exogenen Inoculation. Nach solchen Infectionen können ebensogut Leichentuberkel, Scrophuloderma oder tuberculöse Geschwüre entstehen.

Die *Tuberculosis verrucosa cutis* ist ein localisierter Process. Die grauweissen warzigen Papillome von ver-



chiedener Zahl und Grösse können für sich einzeln oder gruppiert mit der Tendenz, central abzuheilen und sich peripher auszubreiten, vorkommen. In den obersten Schichten der Cutis findet man die ausgebildeten Tuberkeln, mit mehr oder weniger reichlich eingestreuten Bacillen, nebst einer gleichzeitigen, kleinzelligen, diffusen Infiltration. Die erwähnten Pusteln sind kleine, miliare Abscesschen in dem kleinzelligen Infiltrate, welche mit einer Eiteransammlung unterhalb der Epidermis einhergehen. In dem Eiter der Pusteln sind Kokken gefunden worden, die bei den genannten Autoren als die Eitererreger gelten. Die epidermale Erkrankung, Wucherung des Stratum, Corium, Verbreiterung des Rete, welches überdies mit Leucocyten durchsetzt ist, ist, wie bei vielen anderen Erkrankungen, die Folge der entzündlichen Vorgänge in der oberflächlichen Cutis, an der sich, wie schon erwähnt, die tieferen Lagen der Epidermis beteiligen. Hierbei kommt es zu Proliferation und Verhornung der oberen Schichten.

Therapie: Excision.

### E. Tuberculosis fungosa, Fungus cutis.

Riehl beschrieb eine aus der Tiefe vom Knochen und Periost gegen die Weichteile fortschreitende tuberculöse Infiltration, welche zur Bildung von Fistelgängen und zu massigen Wucherungen an der Oberfläche führt, so dass pilzhutförmige Geschwülste entstehen, welche wieder zerfallen und Geschwüre bilden. Wir haben in unserem Falle Tab. 47 c eine solche Form am Unterschenkel beschrieben. Es ist in einem solchen Falle ganz zweckmässig, die Bezeichnung Lupus fallen zu lassen, zumal auch hier, wie bei der Tuberculosis verrucosa die Bildung von Lupusknötchen vermisst wird, und das ganze Gewebe nur durch eine Infiltration und nachträglichen Zerfall, aber nicht durch eine colliquative Schmelzung wie beim Scrophuloderma ausgezeichnet ist.

Die Bacillen sind hier nach Riehl reichlicher wie bei Scrophuloderma oder Lupus.



### **Lepra.** (Tab. 51 a, b, c).

Die Lepra ist eine chronische durch einen charakteristischen Bacillus bedingte Infektionskrankheit, deren Wesen in der Bildung von Granulationsgewebe mit verschiedener Ausbreitung besteht.

In Europa sind es vor allem Norwegen, Island, die schwedische, finnische und russische Ostseeküste, in Asien Vorder- und Hinterindien, China, in Afrika Aegypten, Abessynien, Marokko, in Amerika Californien, Mexico, in Australien die Sandwichinseln, die am stärksten von der Lepra heimgesucht sind.

Als Erreger der Lepra gilt der *Bacillus leprae* (Hansen, Neisser) und es hat sich gegenüber älteren Anschauungen die Meinung immer mehr Anhänger erworben, dass die Lepra als eine contagiöse Erkrankung von Individuum zu Individuum schreitet.

Man unterscheidet zwei Hauptformen der Erkrankung: die *Lepra tuberosa* und die *Lepra maculosa*, *anästhetica* oder *nervosa*. Bei der Einheitlichkeit des ursächlichen Momentes sind Mischformen selbstverständlich. Es gibt zwar gewisse Praedilectionsstellen auf der allgemeinen Hautdecke, doch sind lepröse Herde (Leprome) in Leber, Milz, Lymphdrüsen und Hoden constante Begleiter beider Formen.

Die *Lepra tuberosa* befällt vorwiegend das Integument, und zwar sowohl die ganze Haut als auch die Schleimhäute der Nase, des Gaumens, des Larynx und Pharynx.

An der äusseren Haut zeigen sich die ersten Veränderungen in Form eines Infiltrates, die Haut wird an einer Stelle in einem Umkreise von einem bis mehreren Centimetern über ihr normales Niveau erhoben, nimmt eine braunrote oder mattrote Farbe an. Im Bereiche des Infiltrates schwindet die Sensibilität, an behaarten Teilen fallen die Haare an diesen Stellen aus.

Nach längerer oder kürzerer Zeit (bis zu mehreren



ahren) entwickeln sich die knotenförmigen Leprome auf diesem Boden, sie erscheinen in Form papulöser Flecken von roter bis kupferbrauner Farbe, und nehmen nach und nach an Grösse zu. Anfangs isoliert oder zerstreut stehend, können sie später zu diffusen Massen, welche eine höckrige Oberfläche darbieten, verschmelzen. Die Grösse der Knoten kann von Erbsengrösse bis tumorartigen Massen variieren. Ihre Consistenz ist fest und in ihrem Bereiche ist die Hautsensibilität bedeutend herabgesetzt oder aufgehoben. Der Lieblingssitz der Leprome ist die Haut des Gesichtes, namentlich die Stirne, Augenbrauenbogen, Nase und Lippen, sowie die der oberen und unteren Extremitäten, besonders der Streckseiten. Mit zunehmendem Alter gehen diese Knoten Veränderungen ein, die entweder in fibröser Metamorphose mit Atrophie des Knotens oder in Erweichung und Zerfall desselben bestehen. Ulcerationen mit graubelegtem Grunde und callösen Rändern sind die Folgen dieser Einschmelzung. Directe Vereiterung der Leprome ist ziemlich selten. Die Geschwüre dringen in die Tiefe bis auf Sehnen und Knochen, welche blossgelegt werden und necrotisieren, manchmal werden auch die Gelenkhöhlen durch dieselben eröffnet.

An den Schleimhäuten zeigen sich die Leprome entweder in Form kleiner Knötchen, oder als breite, flache Infiltrate, welche geschwürig zerfallen und unter narbiger Schrumpfung heilen können. Die Folgen sind oft enorme Zerstörungen der befallenen Teile; Schwund der knorpeligen Nasenscheidewand, des weichen Gaumens, der Epiglottis, Stenosierungen des Larynx gehören zu den häufigsten Erscheinungen.

Auch auf der Conjunctiva bulbi, namentlich am Cornealrande entwickeln sich oft charakteristische Knoten.

Die Erkrankung hat einen entschieden progressiven Verlauf, indem immer neue Eruptionen von Lepromen stattfinden. Diese Neueruption entsteht ebenso wie die initiale, unter febrilen Allgemeinerscheinungen, erythematöser Rötung der befallenen Hautpartie, welcher



bald Infiltration und Knotenbildung folgt. An den älteren Knoten vollziehen sich zur Zeit der Nachschübe Veränderungen in Form von miliaren Abscessen oder Blasenbildungen, welche beide zu Ulcerationen Veranlassung geben können.

Es verdient hervorgehoben zu werden, dass zur Zeit der acuten Nachschübe der Leprabacillus im Blute nachweisbar ist, wo er sonst constant fehlt.

Die *Lepra nervosa* zeichnet sich durch das Vorwiegen sensibler und trophischer Störungen der Haut und Musculatur aus, während die Gewebsneubildung, die zu den mächtigen Knotenbildungen der tuberösen Form führt, mehr in den Hintergrund tritt.

Die Krankheit tritt als lepröse Polyneuritis auf. Ihr Substrat ist die Ausbildung lepröser Herde mit geringer Granulationsbildung (Leproide) in den peripheren Nerven. Im Anfangsstadium zeigt die Haut rundliche, manchmal confluierende, meist symmetrische Flecke von anfangs hellerem, später dunklerem Rot, welches sich mit der Zeit bis zum Braun oder Schwarzbraun verändert. Die Flecke erreichen durch excentrisches Fortschreiten bis Handtellergrösse und zeigen einen leicht infiltrierte Rand mit atrophischem Centrum. Je jünger die Eruption, umso breiter ist der Infiltrationswall. Mit zunehmender Atrophie wird die Farbe der Infiltration immer blässer, sie geht in ein gelbliches Braun über, und schliesslich schwindet das Pigment völlig, so dass die atrophische Stelle lichter als die umgebende Haut wird. Das Fortschreiten geschieht durch excentrisches Vorrücken des Infiltrates, während die inneren Partien atrophisieren. Durch diese Ausbreitung und Confluenz benachbarter Eruptionen entstehen landkartenähnliche Zeichnungen. Die befallenen Hautstellen sind complet anästhetisch.

Die sensiblen und trophischen Erscheinungen stehen überhaupt im Vordergrunde des Krankheitsbildes. Den prodromalen Parästhesien folgen bald tiefere Sensibilitätsstörungen, zuerst Thermoanästhesie, dann später völlige Anästhesie der Haut, sowie endlich Anästhesie der tieferen Teile, Muskeln und Knochen.



Unter den trophischen Störungen zeigen sich zuerst Muskelatrophien, mit Vorliebe des Thenars (Type Arranduchenne), der Interossei (Krallenhand), der Streckmuskeln der Hand. An den unteren Extremitäten werden in erster Linie die Zehenstrecker von der Atrophie ergriffen. Es treten ferner Processe in einzelnen Nervengebieten, namentlich im Facialis auf.

Unter den trophischen Störungen der Haut sind ausser den beschriebenen Atrophien namentlich die Geschwürsbildungen (Druckgeschwüre) hervorzuheben, die am häufigsten unter der Form des Mal perforant an den Fusssohlen auftreten. Ferner bilden sich in der Hohlhand tiefe Rhagaden und Risse, welche sich auch auf die Finger und das Dorsum manus erstrecken können.

Eine der häufigsten Hautveränderungen besteht in Blasenbildungen, dem sogenannten Pemphigus leprosus. Es treten hierbei milium- bis taubeneigrosse, mit klarer Flüssigkeit gefüllte Blasen auf, welche platzen und livide excorierte Flecke hinterlassen, die bei mangelnder Pflege zu Geschwürsbildungen Veranlassung geben können. Das Auftreten dieser Blasen wird manchmal von allgemeinen Krankheitserscheinungen begleitet, auch wollen einige Autoren im Blaseninhalte Leprabacillen gefunden haben, so dass die dystrophische Natur der Blasen eigentlich noch zweifelhaft ist.

Auch die tieferen Teile zeigen trophische Störungen. Namentlich sind die Knochen der Fingerphalangen hiezu disponiert. Dieselben werden nekrotisch, das Fingerglied schwillt an, unter Erweichung bildet sich eine Fistel aus, durch welche der sequestrierte Knochen ausgestossen wird. Die Folge wiederholter solcher Processe ist eine Verstümmelung der Hand, welcher die Krankheit auch den Namen *Lepra mutilans* verdankt.

Erwähnenswert sind die neuen Befunde von Sticker, nach welchen der Primäraffect der Lepra eine spezifische Laesion der Nasenschleimhaut ist, zumeist in Form eines Geschwüres über dem knorpligen Teil des Septums. Dieser Primäraffect ist gleichzeitig der Ort, von welchem



aus die Leprabacillen in ungeheueren Mengen an die Umgebung des Kranken abgegeben werden.

Der Verlauf der Erkrankung ist ein exquisit chronischer, die Dauer schwankt zwischen 5—18 Jahre, wobei die anästhetische Form den protrahierteren Verlauf zeigt. Eine Heilung ist nicht bekannt, alle Fälle verlaufen letal. Es entwickelt sich eine fortschreitende Kachexie, welche sowohl durch die fortdauernden Ulcerationen der Haut und die schweren trophischen Störungen hervorgerufen wird, als auch namentlich in der visceralen Lepra (Leber, Milz, Nieren) ihre Ursache findet.

Speciell die Niere zeigt constant schwere parenchymatöse Veränderungen, ohne jedoch direct von leprösen Herden befallen zu sein. Die viscerele Lepra bedingt schwere Störungen der Magen- und Darmfunktionen, sodass die Erkrankten der zunehmenden Kachexie erliegen oder durch intercurrente Krankheiten dem Exitus verfallen.

Speciell ist die Tuberkulose eine der gewöhnlichsten Complicationen, die den letalen Ausgang beschleunigen.

*Therapie.* Das Schwergewicht ist auf die prophylactischen Massnahmen zu legen. Bei schon bestehender Erkrankung spielen diätetische und hygienische Verordnungen eine bedeutsame Rolle, ohne dass selbe imstande sind dem progressiven Character der Krankheit Einhalt zu thun. Die gegen die Lepra empfohlenen Mittel bis zum jüngsten, dem Carrasquillaserum, haben nur einen problematischen Wert. Unna will durch internen Gebrauch von Natrium ichthyosulfuricum, örtliche Anwendung von Ichthyol und Acidum pyrogallicum in zwei Fällen Heilung erzielt haben. Auch der innerliche Gebrauch von Natrium salicylicum, Jodpräparaten wird von mancher Seite befürwortet. Vidal gibt

Rp.	Balsam. Gurjuni,	
	Gumm. arab. aa	4,
	Tinct. catechu	12,
	Infus. Valerianae	60,
	S. für einen Tag.	



Diese tägliche Dosis wird allmählich auf 12,0 gr pro die gesteigert.

Häufig angewendet wird auch das Oleum Chaulmoogra, zunächst in der Dosis von 3mal täglich 5 Tropfen bis auf 120 Tropfen pro die.

Local:

Rp. Ol. Chaulmoogra 25,  
Vaselini 50,  
Paraffini 10,

oder Resorcinsalben (5—20%), Ichthyolsalben.

### Die malignen Geschwülste der Haut.

Die allgemeine Decke ist oft der Sitz von bösartigen Neubildungen, sei es, dass diese daselbst entstanden sind oder dass sie durch Metastasen hierher verpflanzt, zur weiteren Entwicklung gelangen, in welcher letzterem Falle sie häufig erst zur Erkennung des Leidens führen. Dieses vielfach noch umstrittene Capitel findet in den Werken über Chirurgie und pathologische Anatomie die entsprechende Würdigung, nichts destoweniger bleibt es sehr oft dem Dermatologen vorbehalten, die Anfänge dieses ominösen Leidens beobachten zu können.

Die am häufigsten vorkommenden malignen Hautgeschwülste sind die Sarcome und ihnen ähnliche Neubildungen, und einzelne Formen der Carcinome.

Die in den letzten Jahren auf klinischem, namentlich aber histologischem Gebiete gemachten Erfahrungen haben dazu beigetragen, dass man aus der früher als Sarcome bezeichneten Gruppe manche Geschwülste ausgeschieden hat. Kaposi fasst unter der Bezeichnung „Sarcoide Geschwülste“ die Mycosis fungoides, die Lymphodermia perniciosa und die Sarcomatosis cutis zusammen, obzwar auch er sich dessen bewusst ist, dass es schwer angeht, die vielfach ihrer Structur nach so unterschiedlichen Prozesse neben einander abzuhandeln.



Eine von den Sarcomen abgetrennt zu behandelnde Krankheit ist die **Mycosis fungoides** (Alibert). Diese chronische Hautkrankheit zeichnet sich durch einen progressiven Verlauf, ferner durch Bildung von Infiltraten und knotigen Geschwülsten aus, die rasch wuchern, sich aber auch völlig involvieren können. Uebersichtshalber teilt man den Verlauf in verschiedene Stadien ein. Die Krankheit beginnt mit prodromalen erythematösen und eczematösen, heftig juckenden Plaques am Stamme, an den Beugen der Extremitäten und im Gesichte, namentlich an der Stirne. Die Oberhaut über diesen Stellen schilfert sich leicht ab oder ist von dicken Krusten bedeckt.

Nebst dem erwähnten heftigen Jucken werden die Kranken während dieses monatelang dauernden Processes von Schlaflosigkeit geplagt. Allmählich schwinden einzelne Herde gänzlich, andere heilen im Centrum ab, schreiten aber an der Peripherie vor, und es entwickelt sich der von Köbner als *stadium infiltrationis* benannte Zustand. Neben plattenartigen Infiltraten entwickeln sich rote, linsen- und bohngrosse Buckel, welche zu halbkugeligen Geschwülsten von der Grösse eines Paradiesapfels oder einer Mandarine heranwachsen. Die Farbe wird blassbraun bis dunkelrot, die Oberfläche der Knoten gekerbt, das Centrum leicht eingesunken, die anfangs derbe Consistenz wandelt sich in eine matschweiche um. Auch diese Tumoren können noch in wenigen Tagen abschwellen, ja bis auf Pigmentreste vollständig zurückgehen. Häufiger aber zerfallen sie nekrotisch und bilden leicht blutende Geschwüre. Hat sich der Allgemeinzustand der Kranken bisher erträglich gezeigt, so verfallen dieselben jetzt sichtlich, werden marantisch und die grösste Mehrzahl erliegt diesem Leiden.

An diesem Processe beteiligen sich die Lymphdrüsen nicht. In selteneren Fällen hat man bei der Section in den inneren Organen zahlreiche bohngrosse, weissliche Geschwülste vorgefunden.

Die histologischen Befunde der Geschwülste



der Mycosis fungoides lehren, dass es sich um Zellwucherungen um die Gefässe, an der Basis der Papillen im Zellgewebe, und um die Drüsen und Haarfollikel handelt. Das zellreiche Gewebe tritt zumeist als Infiltrat auf, substituiert die Cutis und auch den Papillarkörper.

Die unregelmässigen Anhäufungen von Rundzellen sind in einem Maschenwerk eines fibrillären Bindegewebes eingelagert und Paltauf meint, dass dieses Stroma zum grössten Teile aus auseinander gedrängten Cutisbündeln besteht. Die Epidermis erscheint anfangs in ihren Zapfen erweitert, später aber dünn und ohne Wucherungsvorgänge.

Unna hebt besonders hervor, dass Schmarotzer sich in dem lockeren, weichen Gewebe leicht localisieren und zu Necrobiose und zu allgemeiner septischer Infection führen können.

Die vielfachen Befunde der Bakterien oder Kokken in den Geschwülsten werden als von einer septischen Infection herrührend geschildert und gehören nicht zum Wesen der Krankheit.

Die meisten Autoren stimmen darin überein, dass die Tumoren der Mycosis fungoides zwischen den Granulationsgeschwülsten und den Sarcomen stehen, wofür die verhältnismässige Gutartigkeit, die spontane Rückbildung, die geringe Metastasenbildung nebst dem anatomischen Verhalten sprechen.

Bei der äusserlichen Behandlung kommen die reducierenden Mittel (Resorcin, Chrysarobin, Pyrogallussäure) in Anwendung. Am meisten Erfolg verspricht eine consequente Arsenbehandlung nach einer der gebräuchlichen Methoden der Application. Eine chirurgische Behandlung erscheint aussichtslos.

Die Hauterkrankungen bei **Leukämie und Pseudo-leukämie** äussern sich in verschiedenen Tumoren und Infiltrationszuständen, welche nach dem äusseren Verhalten bald näher der Mycosis fungoides, bald den wahren Sarcomen anzugehören scheinen. Wir möchten nach Paltauf (Ref. des II. international-



dermatologischen Congresses) auf das Bestehen des Allgemeinleidens vor und zur Zeit der Entwicklung der Tumoren aufmerksam machen. Paltauf hebt richtig hervor, dass man nach dem Blutbefunde, namentlich bei Leukämie schon frühzeitig die Tumoren und Infiltrate der Haut diagnosticieren könne.

Die Blutbefunde lassen eine wahre Leukocytose erkennen. Die Zahl der roten Blutkörperchen ist mehr oder weniger gesunken und der Hämoglobingehalt des Blutes vermindert. Doch bedarf dieser Umstand einer genauen Erwägung, da ähnliche Befunde mitunter bei Mycosis fungoides und auch bei Sarcomatosis cutis gemacht wurden.

Die *Lymphodermia perniciosa* schildert Kaposi als eine unter Auftreten von Eczemen sich zu Infiltraten und Knoten entwickelnde Krankheit, welche das Gesicht, den Stamm und die Extremitäten befällt. Die Ausbreitung im Gesichte über die Stirne, Ohren und Lippen verleiht den Kranken das Aussehen der *Facies leonina*.

Das Leiden tritt als leukämische Tumorenbildung, oder als diffuse Infiltrate im subcutanen Fettgewebe auf, worüber die Haut eczematös erkrankt ist. Unter Zunahme der allgemeinen Blässe zerfallen einzelne Knoten geschwürig, es entwickeln sich Lymphdrüenschwellungen, sowie Milzschwellung und nach monatelangem Leiden erfolgt das letale Ende. Bei der Autopsie finden sich in der Pleura der Lungen und in anderen inneren Organen leukämische Knoten, wie in der Haut und den Drüsen vor.

Ähnliches, wenn auch weniger typisches Verhalten bieten die Ablagerungen in der Cutis bei der **Pseudo-leukämie**. Auch hier deuten urticariaähnliche oder eczematöse Eruptionen die Bildung der Knoten in der Subcutis an. Die subjectiven Beschwerden, sowie der weitere Verlauf sind jenen bei der Leukämie ähnlich und lassen nebst dem Blutbefunde das Wesen der Krankheit erkennen.



## Sarcoma cutis.

Die eigentlichen Sarcome der Haut treten als das typische melanotische Sarcom, *Sarcoma melanodes* auf. Diese Geschwülste entstehen aus einem Warzennävus und bilden binnen wenigen Wochen erbsen- bis kirschkerngrosse und auch grössere, schmerzhaft schwarzblaue Geschwülste. Dieselben sind anfangs derber, später werden sie succulenter. Es treten Lymphdrüenschwellungen auf, die Knoten selbst zerfallen, durch Confluenz entstehen grössere blauschwarze Plaques. Endlich treten Metastasen in den inneren Organen auf und die allgemeine Kachexie führt zum Exitus letalis.

Diese Melanosarcome sind alveolär gebaute Angiosarcome mit Pigmentablagerung in und zwischen den Zellen.

Eine andere Form ist das multiple, haemorrhagische, idiopathische Sarcom. Da wir selbst keine Erfahrung über diese Form haben, lassen wir die kurze Schilderung Kaposi folgen. „Ohne bekannte Ursache treten haselnussgrosse, bläuliche, derb-elastische, kugelförmig hervorragende, zuweilen gruppiert stehende Knoten mit glatter Oberfläche zuerst an den Füßen auf. Später erfolgt die Eruption an den Beinen, Armen und am Stamme, endlich Schwellung in den Lymphdrüsen, Knotenbildung auf den Schleimhäuten und in den inneren Organen. Einzelne Knoten können sich spontan involvieren.“ Die Pigmentierung führt Kaposi auf die häufig vorkommenden capillaren Haemorrhagien zurück.

Der Verlauf dehnt sich auf 3—8 Jahre aus, wobei sich von der Peripherie gegen das Centrum neue, rundliche, blaurote Knoten entwickeln. Die Füße und Hände sind polsterartig aufgetrieben, bei Druck schmerzhaft. Die Involution der Knoten mit Bildung pigmentierter narbiger Gruben ist die gewöhnliche Involution bei den älteren Knoten. Zerfall tritt seltener ein. Unter Fieber, blutigen Diarrhöen, Haemoptoe, Marasmus erfolgt der



Tod. Bei der Section findet man die blutreichen Knoten in den Lungen, der Leber, Milz, im Herzfleische, besonders aber im Dickdarme.

Die Behandlung der Sarcome ist im wesentlichen eine chirurgische. Beim Pigmentsarcom ist jedenfalls ein Versuch mit einer consequenten Arsenbehandlung zu machen. Es ist dies die einzige Methode, welche bisher günstige Resultate ergeben hat (K o e b n e r).

**Epithelialkrebs,** (Epithelioma, Cancroid, ulcus rodens, Hautkrebs, Schornsteinfegerkrebs).

Die allgemeine Decke erkrankt häufig primär, indem sich in ihr selbst Krebse entwickeln, oder es greifen die unterhalb der Haut sich entwickelnden Tumoren auf die Haut über, oder der Hautkrebs entsteht endlich auf metastatischem Wege, von einem oder mehreren entarteten Organen ausgehend.

Die häufigste Form auf der Haut ist der Epidermidalkrebs, welcher gewöhnlich den primitiven Hautkrebs darstellt. Anfangs bildet er ein flaches, derbes Knötchen oder eine diffuse, uneben höckerige Wucherung oder auch einen vom subcutanen Bindegewebe in die Haut greifenden Knoten. Das Charakteristische dieser Krebsgeschwülste sind die sogen. Perlkugeln, Cancroidkörperchen, welche ein Conglomerat verschiedenartig geformter epitheloider Zellen in Form von wachsartig glänzenden oder blassroten, derben Knötchen darstellen, welche an der Oberfläche sitzend leicht ausschälbar sind. Jahrelang können flache, warzenartige Gebilde bestehen bleiben, bis sich an der Peripherie neue Knötchen entwickeln. Zerfällt die Masse, so bildet sie ein flaches Geschwür, welches wenig Flüssigkeit secerniert (Ulcus rodens), die zu einem dünnen Häutchen antrocknet.

Mitunter kommt es zur vollständigen Exfoliation und zur Vernarbung im Centrum, und es bildet sich am Saume ein neuer, fortschreitender, derberer Rand mit eingestreuten Cancroidkügelchen. Enthalten die Narbe und der



Rand Pigment eingelagert, so spricht man von *Schornsteinfegekrebs*.

Ein bis zwei Decennien kann ein solcher Process auf der Haut verlaufen, verschiedenartige Schrumpfung und dadurch bewirkte Veränderungen auf der Haut hervorbringen, ohne dass der allgemeine Organismus dadurch alteriert wird. Manche Formen entstehen aus knotigen, tiefer greifenden Geschwülsten, welche bis in das Unterhautzellgewebe reichen, flache Geschwülste bilden, welche in der Mitte zur Ulceration kommen. Diese zerfallen früher, greifen in der Peripherie auch rascher um sich, können aber in der Mitte vernarben, so dass wir um eine glänzende vascularisierte Narbe einen Kranz eines frischen krebigen Gewebes vorfinden. Die Wucherung kann auch papillomatös sein, zerfällt rascher und bildet somit dem Verlaufe nach die bösartigere Form dieser Abart des Krebses.

Der häufigste Sitz ist das Gesicht, die Augenlider, Nase, Lippen, seltener Stirne und Wangen. Am bedeutungsvollsten sind die Krebse der Augenlider, welche die letzteren consumieren, auf die Conjunctiva übergreifen und so den Bulbus gefährden können. (Tab. 55 a.)

Von der Nase und den Lippen können sich die Krebse auf die Schleimhäute der Nasen- und Mundhöhle fortsetzen. Uebrigens kommt der Epithelialkrebs auf den Schleimhäuten der Mund- und Nasenhöhle und des Rectums auch primär vor. Die häufigen Verdickungen an den Schleimhäuten der Wangen, namentlich der Zunge, sind nach jahrelangem Bestande häufig der Entstehungsort von Krebsen. Am Penis, namentlich um die Harnröhre, entwickeln sich Epitheliome und greifen auf das Corpus cavernosum über, grössere oder kleinere Geschwüre bildend. (Tab. 54 u. 55.) Die Lymphgefässe des Penis und die Inguinaldrüsen beteiligen sich an dieser Entartung, indem sie zuerst anschwellen, derbe, schmerzlose Tumoren bilden, aber auch zerfallen und verjauchen können. Aehnliches Verhalten bieten die Krebse an den äusseren Genitalien der Weiber, an der Vagina und



der Vaginalportion, woselbst sie häufig für Syphilis gehalten werden. (Tab. 53.)

Die Krebse kommen gewöhnlich im vorgeschrittenen Alter vor und da treten sie auf lange granulierenden Geschwüren oder Narben nach Syphilis, Lupus, Fussgeschwüren, nach Warzen und den erwähnten Schleimhautverdickungen u. a. auf. Ihr Bestehen ist, wie schon angedeutet, ein bis zwei Decennien gefahrlos, bis sich, namentlich bei der papillomartigen Form, stärkerer Zerfall und Drüsenerkrankungen entwickeln und die Kranken durch Marasmus enden.

Ein anderes in der Haut vorkommendes Carcinom ist das *Carcinoma lenticulare*, welches sich häufig bei Mammacarcinomen mit Rötung und Verhärtung über den Thorax ausbreitet und eine Infiltration der ganzen Haut veranlasst, sodass der Thorax von der neugebildeten Masse wie von einem Panzer auf weite Flächen umgeben ist. („*Cancer en cuirasse*“) (Tab. 52).

Bei der Behandlung kommen in erster Linie chirurgische Massnahmen in Betracht. Nur wenn dieselben sich als undurchführbar erweisen, sind die anderen Methoden heranzuziehen. Als solche nennen wir die Zerstörung der Geschwulstmassen mit Aetzmitteln (Milchsäure, Essigsäure, Salpetersäure, Wiener Aetzpaste-Chlorzink, Arsenpasten), die thermokaustische Methode, Auskratzung des Neugebildes mit dem scharfen Löffel. Die Pyoctaninbehandlung, ebenso die Adamkiewicz'sche Cancroinbehandlung sind wieder verlassen. Beim Ulcus rodens werden local Resorcin, Acid. pyrogallicum in Pulver- oder Salbenform empfohlen. Lassar befürwortet subcutane Arseninjectionen.

## Die parasitären Hautkrankheiten.

Die Parasiten der Haut gehören teils in das Pflanzenreich, teils in das Tierreich.

Die durch ihre Anwesenheit hervorgerufenen patho-



logischen Veränderungen (parasitäre Hautkrankheiten) haben einen contagiösen Character und müssen von den Infectiouskrankheiten, welche wohl auch durch Parasiten (Microorganismen) hervorgerufen werden, aber nebst der Haut auch noch andere Organe afficieren, getrennt werden.

### A. Die pflanzlichen Parasiten der Haut.

Die pflanzlichen Parasiten der Haut gehören sämtlich in die Gruppe der pathogenen Schimmel- oder Fadenpilze (Hyphomyceten).

Die durch sie hervorgerufenen Krankheiten werden als Dermatohyphomycosen oder Dermatomyosen bezeichnet.

Jede dieser Krankheiten wird durch einen bestimmten Pilz hervorgerufen.

#### Favus, Tinea favosa, Erbgrind. (Tab. 56.)

Der Erreger des Favus ist das *Achorion Schönleinii*. Dasselbe besteht aus zahlreichen breiten und weitverzweigten Mycelfäden, findet sich am häufigsten an der behaarten Kopfhaut und bildet daselbst scheibenförmige gelbe Borken, die in der Mitte eine Delle (scutula) aufweisen. Der Pilz nistet sich in den Follikeln und selbst in den Haarwurzelscheiden ein und bringt allmählich die Haare zum Ausfallen. Die Haare lassen sich leicht ausziehen oder brechen ab. Die Farbe der Scutula ist charakteristisch schwefel- oder strohgelb. Nach Abfallen der Scutula bleibt eine glatte Grube zurück. Die Follikel sind zerstört und die betroffene Stelle ist mehr oder weniger kahl. Durch Zusammenfließen bilden sich umfangreichere Favusborken. Der Pilz verbreitet auch einen charakteristischen mäuseharnähnlichen Geruch. (Tab. 65 c.)

Diese chronische, schon in der Jugend auftretende und bis in das reife Mannesalter sich hinziehende Erkrankung kann spontan zur Ausheilung kommen, wenn



alle Follikel verödet sind. In solchen Fällen stehen nur einzelne, spärliche Haare hervor. Die Kopfhaut ist verdünnt, glatt, atrophisch.

Er kommt auch auf der Haut des übrigen Körpers, wenn auch nur selten vor, und wurde sogar bei der Section eines universellen Favus an der Schleimhaut des an einer Gastroenteritis Verstorbenen constatiert. (Kundrat.) Auch an den Nägeln der Hände entstehen undurchsichtige, bröckelige Stellen, welche von den Pilzelementen durchsetzt sind. (*Onychomycosis favosa*).

Die Behandlung hat bei Localisation der Erkrankung am behaarten Kopfe mit dem Kurzschneiden der Haare zu beginnen. Hierauf werden die auflagernden Pilzmassen abgelöst. Dies geschieht am einfachsten durch erweichende Oele, Fette, ohne oder mit Zusatz von Acid. carb.,  $\beta$  Naphthol, und nachfolgender gründlicher Abseifung des Kopfes. Erst jetzt kann man an die Epilation der erkrankten Haare gehen, dieselbe soll sich nicht auf die sichtbar erkrankten Stellen beschränken, sondern das Gebiet um 1—2 cm im Umkreise überschreiten. Dem leichten Zuge des Epilateurs folgen nur die erkrankten Haare. Ist die Epilation vollendet, dann kann man Waschungen mit antiseptischen Lösungen, Salbenverbände anwenden, die den Favuspilz zu vernichten bestimmt sind. Die Zahl der angegebenen Mittel ist eine sehr grosse. Wir nennen die Teerpräparate, Schwefelseifengeist, Salicylschwefelsalben, Sublimatalkohol, Resorcin, Kreolin, Naphthol, Pyrogallussäure, das Chrysarobin in folgender Formel:

Chrysarobini,	
Ichthyoli	aa 5,
Acid. salicyl.	3,
Vaselini	100,
M. f. unguentum.	(U n n a).



Besnier lässt abends folgende Salbe auftragen:

Bals. peruviani,  
Acid. salicyl., —  
Resorcini aa 5,0,  
Sulfur. praecip. 15,  
Lanolini,  
Vaselini,  
Adipis lanae aa 30,

M. f. unguentum.

Morgens wird mit lauwarmem Wasser und Seife (Teer - Naphtolseife) der Kopf gründlich abgeseift, getrocknet und hierauf eingepinselt mit:

Spirit. vin. 100,  
Acid. acet. 0,25—1,  
Acid. bor. 2,  
Chlorof. 2,

M. D. S. Aeusserlich.

Pick hält für die zuverlässigste Behandlungsmethode tägliches Waschen mit Borseifen, darauffolgende Waschung mit 5—10% alkoholischer Borsäurelösung, bei schweren Fällen Einstreuung von Borsäurepulver, darüber Verband mit feuchter Watte und Gaze.

Pirogoff lässt die erkrankten Stellen rasieren und dann alle 24 Stunden mit folgender Salbe bedecken:

Rp. Kal. carbon. 8,  
Flor. sulf. 30,  
Tinct. jod.  
Picis aa 100,  
Axungiae 200,

M. f. unguentum.

Vor der jedesmalig erneuten Anwendung wird der Kopf mit Seifenwasser gereinigt.

Zinsser lässt den Kopf mit Seife reinigen, dann rasieren. Der Kopf wird mit 3% Carbol- oder  $\frac{1}{4}$ % Sublimatcompressen bedeckt, darüber kommt eine Leiersche Spirale, durch welche warmes Wasser von 52—58° circulierte. Nachts bleibt der Kopf frei.



Wie immer man nach den vorhergehenden Anleitungen die Behandlung des Favus des behaarten Kopfes disponiert, muss man dieselbe mit eiserner Consequenz durch viele Monate durchführen. Die kulturelle Probe epilierter Haare ist zur Controle der Therapie durchaus notwendig.

Die Behandlung des Favus an unbehaarten Stellen ist eine viel leichtere und dankbarere Aufgabe. Man hebt die Scutula mit der Meisselsonde ab und appliciert hierauf auf die betreffende Hautstelle eines der oben genannten antimykotischen Mittel.

Die Favuserkrankung der Nägel wird durch Bäder in antiseptischen Lösungen mit nachfolgendem Verband mit diesen Lösungen behandelt. Vorher muss der Nagel mit dem scharfen Löffel gehörig abgeschabt werden.

### Trichophytie.

*Herpes tonsurans, Sycosis parasitaria, Eczema marginatum.*

Diese drei, äusserlich so verschiedenen Krankheitsformen werden sämtlich von *Trichophyton tonsurans* (Gruby, Malmsten) hervorgerufen. Dieser aus langgliedrigen Mycelfäden mit geringen Sporenketten bestehende Pilz wuchert in den oberen Schichten der Epidermis und erzeugt grössere Veränderungen und mannigfachere Bilder an der Haut als das *Achorion Schönleini*. Die obersten Schichten der Haut geraten in eine entzündliche Schwellung mit Bläschen-, Pustelbildung oder einer einfachen Abschuppung. (Tab. 65 c.)

Beim *Herpes tonsurans disseminatus* (Tab. 57) entstehen über grössere Hautstrecken (Abdomen, Rücken, Brust) in rascher Aufeinanderfolge kleine blassrote Flecke mit unregelmässiger Begrenzung, welche in der Mitte ein Schüppchen tragen.

In der Nachbarschaft und namentlich an tiefer gelegenen Körperpartieen gesellen sich in wenigen Tagen neue Flecke hinzu. Die älteren schuppen im Centrum,



breiten sich aber peripher unregelmässig aus, so dass wir auch in der Mitte abgeheilte und nur an der Peripherie noch mit Schuppen bedeckte Efflorescenzen vorfinden.

Bei dieser Form belästigt das Jucken die Kranken oft so sehr, dass sie die Efflorescenzen durch die beständigen Kratzeffecte verändern. Mitunter können wir vor der Ausbreitung des Herpes tonsurans eine ältere umschriebene Efflorescenz auffinden. Die umschriebenen Formen erlangen grössere Ausdehnung, meist Münzengrösse. Durch die centrale Abheilung und das periphere Ausbreiten sind sie oft ringförmig, wobei das Centrum ohne Schuppen, leicht pigmentiert, die Peripherie noch schuppig, gerötet und von flach anhaftenden Schuppen bedeckt ist. Bei stärkerer Entzündung transsudiert unter die Epidermis eine geringe Masse seröser Flüssigkeit; es entstehen Bläschen, die zu oberflächlichen Krusten antrocknen (*Herpes tonsurans vesiculosus*. Tab. 59). Breitet sich der Process mit solcher Bläschenbildung weiter aus, so entstehen in grosser Ausdehnung gerötete Scheiben mit randständig angeordneten Bläschen und Pustelchen an der Oberfläche. Durch Antrocknen der geborstenen Bläschen entstehen impetigo-artige Krusten. Diese Form des Herpes tonsurans bleibt meist auf einzelne Körperstellen mit zarter Epidermis beschränkt. Wir sahen sie bei Leuten, die mit Tieren zu thun hatten, mehrere Male an der Innenfläche der Vorderarme.

Tab. 58 veranschaulicht einen Fall an der Brust.

Aehnlich wie bei Favus können auch hier die Nägel von dem Processe ergriffen werden. (*Onychomycosis trichophytica*.)

Durch das Eindringen des Trichophyton in die Nagelsubstanz können die Nägel entweder teilweise oder gänzlich trübe und brüchig werden. Seltener werden sie stärker befallen, und können dann höckrig gekrümmt, krallenartig anwuchern (*Onychogryphosis trichophytica*). Diese Erkrankungen der Nägel heilen schwer aus und überdauern oft die der Haare und der Epidermis.

Die Haare werden durch das Hineinwachsen des



Pilzes zwischen die Zellen der Rindensubstanz glanzlos, brüchig und zerreißen bei dem geringsten Zuge. Da durch die Haarfollikel das Trichophyton tiefer in die Haut eindringt, entstehen follikuläre und perifollikuläre Entzündungen mit Eiterungen und stärkerer Exsudation. Wir sehen an der behaarten Kopfhaut kleinere oder grössere Scheiben, die von Schuppen und Krusten bedeckt sind. Die Haare sind entweder gänzlich ausgefallen oder ragen als abgebrochene Stümpfe an der Oberfläche empor. Der Process kann sich entweder allmählich von der einen Stelle ausbreiten oder verschiedene Stellen der Kopfhaut zerstreut befallen. Bei längerer Dauer sind alle diese Stellen abermals durch Eiterungen in den Haarfollikeln und Entzündungen im perifollikulären Gewebe geschwollen, etwas über ihre Umgebung erhaben und gegen dieselbe scharf abgegrenzt.

Am Barte tritt die Erkrankung in Form von Acnepusteln auf (*Sycosis parasitaria barbae*), welche aneinander gereiht grössere entzündliche Infiltration darbieten; infolge des lange bestehenden Gewebsreizes entstehen papilläre Wucherungen und so kommt es zu einer entstellenden und schmerzhaften Erkrankung.

Das *Eczema marginatum* (Tab. 26) entsteht an stärker schwitzenden, oberflächlich macerierten Hautpartien, die infolge dieser Beschaffenheit einen günstigen Boden für die Vegetation des Pilzes bilden. Die Haut dieser Stellen ist infiltriert, gerötet, schuppig und zeigt peripherwärts einen mit Bläschen und Krusten besetzten Wall. Die häufigen äusseren Einflüsse bringen es mit sich, dass eine vollständige Involution im Centrum wie auf der übrigen Haut nicht zustande kommt, sondern die Haut meist verdickt, und entweder gerötet oder stärker pigmentiert erscheint. Durch das Ineinanderfliessen der einzelnen abgesonderten Stellen entstehen grössere pigmentierte Flächen am Scrotum, an den Schenkeln, ad pubes, welche nach aussen von unregelmässigen Linien begrenzt sind, noch Pilzelemente enthalten und sich nach der Peripherie langsam ausbreiten. Dieses Leiden ist durch



das leichte Frattwerden und durch Maceration der Oberfläche, namentlich nach stärkeren Märschen für die Patienten empfindlich und hinderlich, durch das oft vehemente Jucken sehr belästigend.

In ähnlicher Weise wie die Genitalien erkranken die Haut der Afterfalte, der Achselhöhle, der unteren Flächen weiblicher, hängender Brüste.

Das Trichophyton wird vom Menschen auf Menschen, häufig aber von den Haustieren auf Menschen übertragen, z. B. oft von Katzen und Hunden auf Kinder, von Pferden und Rindern auf die damit Beschäftigten. Auch das Rasieren bietet häufig Gelegenheit zur Uebertragung des Pilzes.

Zur Behandlung des Herpes tonsurans eignen sich alle jene Mittel, welche eine energische Abstossung der Oberhaut zu erzeugen vermögen. Das wichtigste dieser Mittel ist Sapo kalinus, der wie eine Salbe auf die erkrankten Hautstellen verrieben wird und durch längere Zeit einwirken muss. Eine Combination mit  $\beta$ -Naphtol wird von mancher Seite warm befürwortet, wirkt aber nach unserer Erfahrung nicht wesentlich energischer. Mit gutem Erfolge können auch Teerpinselungen, Chrysarobin (als Salbe oder 5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> Chrysarobin-Traumaticinlösung), Sublimat (1 bis 2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>), Jodtinktur angewendet werden.

Bei Herpes tonsurans des behaarten Kopfes muss man nach vorgängiger Entfernung der Schuppen die Haare epilieren und dann erst die erkrankte Hautpartie mit einem der antimycotisch wirkenden Mittel behandeln. Im allgemeinen kommen hier dieselben Mittel zur Anwendung, welche bei der Favusbehandlung bereits genannt wurden. K a p o s i empfiehlt:

Rp. Ol. rusci	15,
Lac. sulfur.	10,
Spirit. sap. kal.	25,
Spirit. lavand.	50,
Bals. Peruvian.	1,5
$\beta$ -Naphtoli	0,5.
M. D. S.	Aeusserlich,



Bei der Sycosis parasitaria ist gleichfalls eine sorgfältig durchgeführte Epilation von hervorragender Bedeutung. Erst dann schreitet man zur Lokalbehandlung mit Chrysarobin, Anthrarobin (10—20<sup>0</sup>/<sub>0</sub>), Resorcin, Sublimat, grauem Pflaster, Jodtinctur, Acid. aceticum und Lac. sulfuris (Acid. acetici 10, Lac. sulfur. 2,5. M. f. Pasta. K a p o s i).

### **Pityriasis versicolor** (Tab. 60).

im Volksmunde als Leberflecken bekannt, entsteht durch das *Microsporon furfur* (Eichstedt).

Dieser Pilz ist durch traubenförmig gruppierte Sporenmassen zwischen den Mycelfäden leicht kenntlich. (Tab. 65, Fig. f.) Durch die Uebertragung dieses Pilzes erkrankt bloss die äussere Haut, nicht aber die Haare und Nägel. Der Pilz localisiert sich in den obersten Schichten der Epidermis. Mit Ausnahme von Gesicht, Händen und Füßen kommt die Pityriasis versicolor am ganzen Körper vor. Am häufigsten findet man am Stamme, besonders an den vorderen Partien desselben, an den oberen Extremitäten blass-braune, selten blass-rötliche, kleienförmig abschuppende Flecken. Der Verlauf der Erkrankung ist ein äusserst chronischer, doch werden die Kranken mit Ausnahme eines geringen Juckreizes von ihr kaum belästigt. Die Uebertragung des Pilzes ist zwar erwiesen, doch gehört eine eigene Disposition des Individuums dazu, die Krankheit zu acquirieren. Man findet sie häufig bei Phtisikern. Solche Individuen erleiden auch oft Recidiven. Hat die Krankheit Decennien lang auf der Haut bestanden, so schwindet sie im Alter oft spontan.

**B e h a n d l u n g:** Seifenwaschungen und Seifenbäder, Einpinselung mit Teer, Chrysarobin,  $\beta$ -Naphthol, Jodtinctur. Wolff empfiehlt Sodabäder, nach dem Bade Einreibung mit Sublimatsalbe (0,05 : 100 Vaseline).

### **Erythrasma.**

Das *Erythrasma* entsteht durch die Uebertragung des *Microsporon minutissimum* (Burchhardt,



v. Bärensprung). Dieser Pilz durchsetzt die Epidermis mit zahllosen feinen Mycelfäden und Conidien. Die Cultivierung desselben ist Dr. Reale (Klinik de Amicis) gelungen.

Es entstehen dort, wo zwei Hautstellen über einander liegen, also an der Innenfläche der Oberschenkel, in der Achselhöhle u. s. w. braune, wenig schuppende, flachhandgrosse Flecke. Manchmal wird die Haut an diesen Stellen maceriert, indem sich Intertrigo bildet. Die Affection verläuft sehr chronisch.

Behandlung. Zur Behandlung empfehlen sich die reducierenden Mittel: Anwendung von Teer-, Chrysarobin-, Anthrarobin-, Pyrogallussalben, Combinationen von Teer- und Pyrogallol, Teer mit Naphtol.

### **Actinomycosis** (Tab. 61).

Diese, am häufigsten primär an den Kiefern oder am Halse auftretende Erkrankung breitet sich allmählich in der Umgebung aus und erzeugt entzündliche Erscheinungen, Infiltrate, Abscesse und Fisteln. In der Tiefe erstreckt sich der Process als Granulationswucherung in die Gewebe und kann bis zum Knochen greifen.

Die Ursache dieser Erkrankung ist der Strahlenpilz, *Actinomyces*, der auch bei Rindern und Schweinen vorkommt. (Tab. 65 a).

Sehr wahrscheinlich ist die Annahme, dass derselbe mit der Pflanzennahrung auf Menschen übertragen wird.

Die Dauer des Processes richtet sich nach dem Sitze der Erkrankung, gewöhnlich aber sind lange andauernde Eiterungen und Fieber die Ursache, dass die Patienten marastisch werden.

Frühzeitig entdeckte, noch umschriebene Krankheitsherde lassen sich durch Aetzungen oder chirurgische Eingriffe (Thermokauter) abgrenzen. Zum innerlichen Gebrauche wird Jodkalium empfohlen.



## B. Die tierischen Schmarotzer

der menschlichen Haut lassen sich füglich in 3 Klassen teilen.

1. Solche, welche in der Haut oder im Unterhautzellgewebe leben. (Dermatozoonosen.)
2. Solche, welche dauernd oder vorübergehend auf der Haut des Menschen leben und Blut saugen.
3. Solche, welche nur zufällig auf die Haut gelangt sind und Irritationszustände hervorrufen. (Epizoonosen.)

Zur ersten Klasse gehört vor allem *Acarus* seu *Sarcoptes hominis*, die Krätzmilbe (Tab. 64, Fig. e, f, g, h), die Ursache der Scabies, einer mit heftigem Jucken verbundenen Hautaffection. Das geschlechtsreife Milbenweibchen bohrt sich durch die oberen Hornschichten in die Epidermis und bildet einen sog. Milbengang, in welchen es seine Eier legt. Nachdem die Larven ausgeschlüpft sind, graben sie gleichfalls Gänge und der hierdurch hervorgerufene Reiz führt, verstärkt durch das unausweichliche Kratzen, zu Entzündungen der Haut. (Tab. 62, 62 a.)

Behandlung: Die Einreibung mit einer der im nachfolgenden angeführten Salben hat unter besonderer Berücksichtigung der Lieblingslocalisation der Krätzmilbe zu geschehen. Es wird also jeder einzelne Finger, jede Interdigitalfalte, die Beugen von Handwurzel- und Ellbogengelenk, Schultergelenk, Umgebung der Brustwarze, Gürtel, das männliche Genitale, Nates, Kniegegend und Knöchel mit der Salbe eingerieben. Nach der Einreibung wird Patient in wollene Decken gehüllt oder in wollene Unterkleider gesteckt. Wir lassen gewöhnlich durch zwei Tage am Morgen und Abend einreiben und erst am 4. Tage baden. Das Bett des Patienten ist einer gründlichen Desinfection zu unterziehen. Zu den Einreibungen verwendet man:

Rp.  $\beta$ -Naphthol 15,  
Cretae alb. 10,



Sapon. virid. 50,  
Axung. porc. 100,  
M. f. unguentum. (K a p o s i).

Das Unguentum Wilkinsoni modificatum Hebrae:

Rp. Flor. sulf.  
Ol. fagi  $\overline{aa}$  40,  
Sap. virid.  
Axung. porci.  $\overline{aa}$  80,  
Pulv. cret. alb. 5,  
M. f. unguent.

oder die Weinberg'sche Salbe:

Rp. Flor. sulf.  
Styracis liquid.  
Cretae alb.  $\overline{aa}$  20,  
Sapon. virid.  
Axung. porci  $\overline{aa}$  40,  
M. f. unguent.

Die Pastausche Styraxmischung (Styracis 4, Ol. oliv. 1).

Den peruvianischen Balsam (9 Gramm für eine Einreibung) oder:

Rp. Kal. carbon. 25,  
Lact. sulfur. 75,  
Ol. lavandulae,  
Ol. caryophyll.  $\overline{aa}$  1,  
Axungiae q. s. f. unguent.

oder eine 5—10% tige Losophansalbe:

Rp. Losophani 5—10,  
leni calore solut. in  
Ol. olivarum 20,  
Adipis suill. q. s. ad 100,  
M. f. unguent.

Nach der Hardy'schen Schnellkur wird der Patient mit Schmierseife am ganzen Körper tüchtig eingerieben, worauf er ein laues Bad nimmt. Nach dem Bade Ein-



reibung mit der Helmerich'schen Salbe in der Modification von Hardy:

Flor. sulf. 20,  
Kal. carb. 10,  
Axung. 80,

Die Salbe wird durch 24 Stunden belassen, erst nach diesem Zeitraum nimmt der Patient ein Bad.

Etwaige durch die Einreibung entstandene Dermatitis, Kratzezeme, wie sie sehr häufig die Scabies complicieren, werden nach den beim Eczem abgehandelten Grundsätzen behandelt.

Die Haarsackmilbe, *Acarus folliculorum* (*Demodex foll.*) (Tab. 64, Fig. i) ist ein harmloser Schmarotzer, der bei an Acne leidenden Menschen häufig in den Ausführungsgängen der Follikel und Talgdrüsen vorkommt, aber keine nennenswerten Störungen in der Haut hervorruft.

Die Finne von *Taenia solium*, der *Cysticercus cellulosae* lebt im Hausschweine, Rehen, Hunden, aber auch im Menschen. Letzterer acquiriert die Finne durch Verschlucken von Embryonen der *T. solium*. Dieser findet sich am häufigsten im Auge und Gehirne, aber auch in anderen Organen und ebenso im Unterhautbindegewebe und stellt eine ovale Blase dar, aus der sich mit leichtem Druck ein Kopf hervorstülpen lässt, welcher dem der *T. solium* sehr ähnlich ist. Im Unterhautbindegewebe erreicht die Geschwulst circa Erbsengrösse, verursacht aber keine Beschwerden, dagegen wird sie hauptsächlich durch ihren Sitz in inneren Organen gefährlich. Der *Cysticercus* stirbt selten spontan ab, wobei sich die Blase mit Kalkmassen ausfüllt.

Ein tropischer Parasit, die *Filaria medinensis*, der Peitschenwurm, findet sich im Unterhautzellgewebe, namentlich in der Nähe der Sprunggelenke etc. Seine Larven werden wahrscheinlich durch die im Trinkwasser vorkommenden kleinen Crustaceen in den Magen des Menschen befördert. Die sehr schmerzhaften Erschei-



nungen in der Haut gehen mit Fieber einher. Es entstehen oft schmerzhaftes Geschwülste, Geschwüre, in denen der Wurm sich befindet, der Prozess kann aber auch ohne diese Erscheinungen unter der Haut vernarben.

*Pulex penetrans*, der Sandfloh stammt aus Südamerika und bohrt sich in die Haut namentlich der Unterschenkel und Zehen ein, woselbst er Entzündungserscheinungen mit Eiterung, ja selbst Lymphangioitis und Nekrose verursacht.

#### Creeping disease, Kriechkrankheit.

Unter diesem Namen wurde von R. Crocker eine eigentümliche Hautaffection, meist bei Kindern, oder auf blossgetragenen Körperstellen Erwachsener beschrieben. In Wien haben sie 1895 Professor Neumann, nachträglich Dr. Ehrmann und Rille, ausserdem russische und englische Aerzte beobachtet. Sie tritt als ein juckender oder brennender Fleck auf, von welchem sich eine feine, rote, erhabene Linie durch die Haut nach irgend einer Richtung zieht. Diese Linie ist entweder gerade, zickzack- oder bogenförmig, ganz unregelmässig und verlängert sich von Tag zu Tag. Die frische Fortsetzung ist lebhaft rot, etwa 1 mm breit, leicht erhaben, die älteren Linien sind flach, blassbraun. Das Vorrücken geschieht nicht beständig, sondern beschränkt sich auf einige Stunden, namentlich der Nachtzeit.

Man nimmt an, dass ein tierischer Parasit sich in der Epidermis nach Art eines Maulwurfes einen Gang bohrt. Die bisherigen Versuche desselben habhaft zu werden, haben kein Resultat ergeben.

Therapeutisch empfiehlt sich die Excision der Haut an dem fortschreitenden Ende des Ganges. Erfahrungsgemäss muss diese Excision in ziemlich ausgiebigem Umfange vorgenommen werden.

Zu der zweiten Classe der **tierischen Parasiten** gehören die *Pediculi capitis*, *vestimentorum* und *pubis*. (Tab. 64 a, b.) Der Biss der Läuse ist mit intensivem Jucken verbunden, welches zum Kratzen ver-



anlasst und in weiterer Folge zu Eczem führt, wie wir es oben bereits angeführt haben.

Bei Kopfläusen kommt es infolge der Exsudation an der Oberfläche zur Verfilzung der Haare und sogar zu Weichselzopf. Der Kopf solcher Personen verbreitet einen modrigen Geruch, und erst nach dem mühsamen Entfernen der Haare gewahrt man die Kopfhaut mit Krusten bedeckt, einzelne Follikel unregelmässig ausge-  
nagt. Läuse, ja sogar Fliegenmaden vervollständigen das Bild der gröbsten Vernachlässigung.

Der *Pediculus pubis*, *phthirius inguinalis* nistet sich mit Ausnahme des behaarten Kopfes an allen übrigen behaarten Stellen an. Die Eier (Nisse) werden ebenso wie bei der Kopflaus mit einer das Haar umgebenden Chitinscheide befestigt. (Tab. 64 d.)

Nebst dem durch das Kratzen verursachten artificiellen Eczem begegnen wir am Stamme und den Schenkeln bläulichen, rundlichen Flecken, welche nach Mallet vom Secrete der im mittleren Brustteile vorhandenen Speicheldrüsen herrühren soll, somit die Wanderungen der Filzläuse auf der Haut andeuten. (*Maculae caeruleae* Tab. 63.)

Bei Kleiderläusen kommt es zu striemenförmigen Kratzeffecten an der Haut; in vernachlässigten Fällen jedoch auch zu Eczem, Furunkeln und Abscessen. (Tab. 64 c.)

Die Bettwanze *Cimex lectularius* lebt in den Spalten der Möbel und saugt zur Nachtzeit das Blut der Menschen. Ihr Biss erzeugt Quaddeln. Aehnliche Hautflecke erzeugt *Pulex irritans*, jedoch ist die centrale Haemorrhagie hier viel deutlicher. Das Weibchen legt die Eier in die Ritzen des Fussbodens und in den Kehricht. Sogar am Körper unreinlicher Individuen findet man solche Eier.

Zu der dritten Classe gehören die Erntemilbe (*Leptus autumnalis*, eine Trombidienart) und die Zecke (*Ixodes ricinus*), welche sich mit ihren Mundwerkzeugen in die Oberhaut einbeissen und Quaddeln, leichtes Oedem und Schmerzen verursachen. Aehnlich



schmarotzt *Dermanyssus avium*, der hauptsächlich das Geflügel, aber auch Menschen befällt.

Hierher gehören auch mehrere Arten von Mücken (Culicidae) und Fliegen (Stomonyidae), welche Blut saugen und Quaddeln und Reizungszustände verursachen.

Auch manche Oestriden (*Myiasis dermatosa oestrosa*, O. Nagel) gelangen, hauptsächlich in tropischen Ländern, auf die Haut des Menschen und bilden eine sogenannte Dasselbeule.











## Tab. 1. Hyperidrosis pedum mit Bläschenbildung.

St. J., 25 Jahre, Tagelöhner.

Aufgenommen 16. Jänner 1897.

Patient sucht das Spital wegen Schwellungen und Schmerzhaftigkeit an den Füßen auf; er leidet seit Kindheit an Fuss-schweiss in geringem Grade.

Der Kranke lag schon Ende 1894 mit Rheumatismus articu-lorum im hiesigen Spital und schon damals waren die Sohlen beider Füße teils in disseminierten Herden, teils über grössere, zusammenhängende Flächen excoriirt und mit lose anhängenden Epidermisschuppen bedeckt. Ueberdies waren einzelne Bläschen bemerkbar. Die Nägel waren verdickt und brüchig.

Dieser Zustand besteht in wechselndem Grade bis auf den heutigen Tag.

Status praesens.

Die Malleolargegend beiderseits geschwellt und auf Druck empfindlich.

Beide Fusssohlen sind mit Schweiss bedeckt. An den Sohlen sowohl als auch am Rande, spärlich auch am Dorsum der Zehen und der Vorderfüsse befinden sich zahlreiche, auf Druck nicht schwindende, stecknadelkopfgrosse, rote Knötchen. An manchen Stellen sind dieselben zu wasserhellen Bläschen umgewandelt, an anderen namentlich an der Planta sind grössere, aus der Confluenz mehrerer entstandene, mit trübem Inhalte gefüllte Blasen.

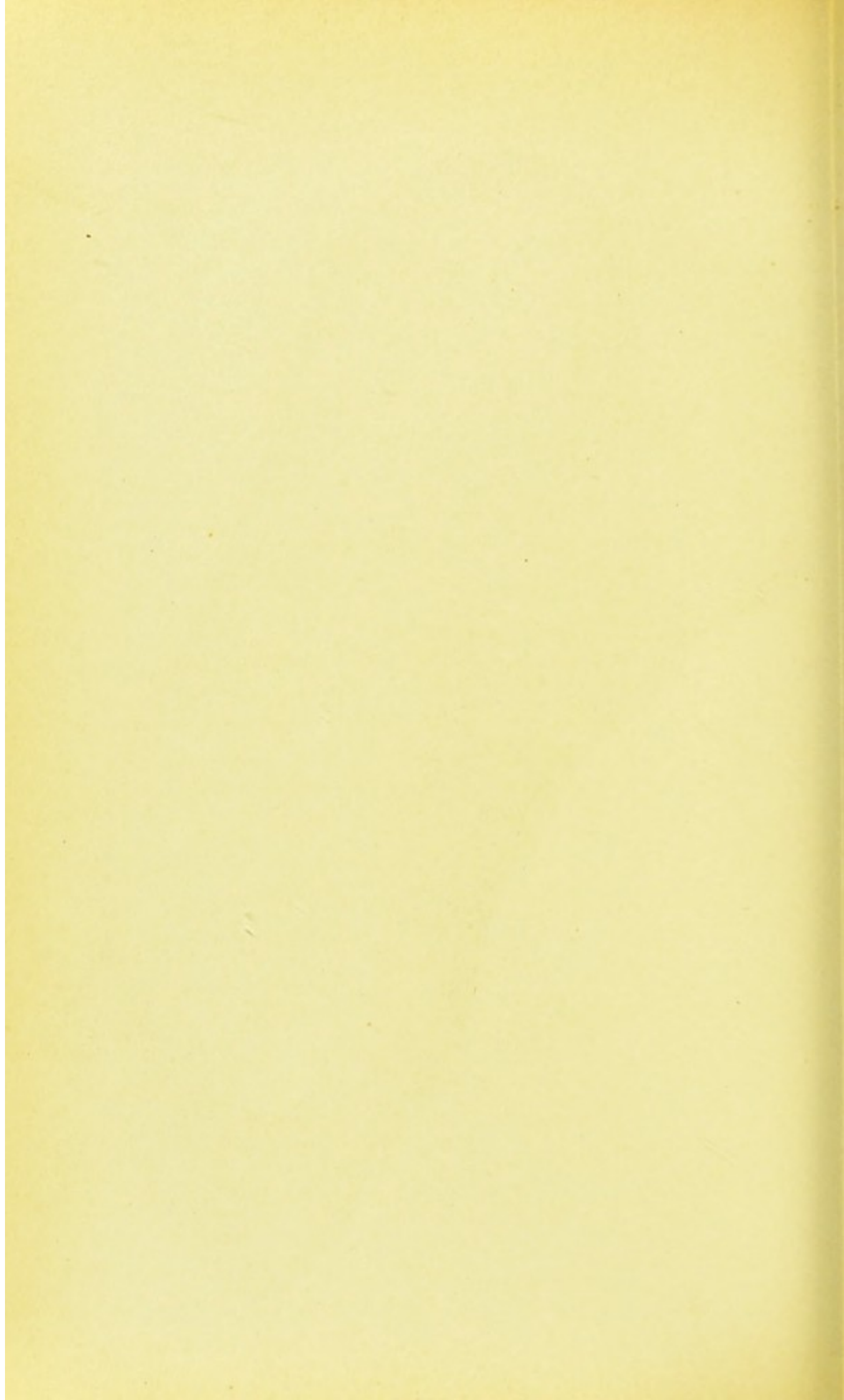
Die ganze Haut der Planta, des Fussrandes und Fussrückens ist röter, wie entzündlich affiziert.

25. Jänner. Ein grosser Teil der Bläschenefflorescenzen ist zu grösseren Blasen zusam-











mengeflossen, so dass beide Plantae mit linsen- bis bohnergrossen Blasen mit trübem Inhalte besetzt sind. Die Fussränder zeigen zahlreiche derbe, kleine Epidermiskörnchen, welche in Drüsenausführungsgängen liegen und leicht ausgeschält werden können.

Unter den abgehobenen Schollen bleibt eine Delle, von frischer Epidermis ausgekleidet mit einem deutlichen Drüsenausführungsgange.

In einzelnen Blasen ist das Sekret zu einer weisslichen, käsigen Schmiere eingedickt.

Die übrige Epidermis zwischen den erwähnten Knötchen ist vielfach durchsetzt mit grieskornartigen, harten, in der Epidermis liegenden Knötchen, welche gelblich durchschimmern.

Die Epidermis der Fusssohlen sieht wie gequollen, auf weisslichem, stellenweise gerötetem Grunde wie maceriert aus.

Die Handteller sind feucht.

Die Untersuchung des Blaseninhaltes der erwähnten weisslichen käsigen Schmiere ergibt Epithelien, Epidermisschollen und Detritus.

Der Kranke machte eine macerierende Salbenbehandlung durch und wurde, nachdem sich hierauf eine neue Epidermis an den Fusssohlen bildete, nach einmonatlicher Behandlung entlassen.



## Tab. 2. Miliun.

S. J., 18 J., Dienstmagd.

Aufgenommen am 23. Juli 1897 wegen Syphilis.

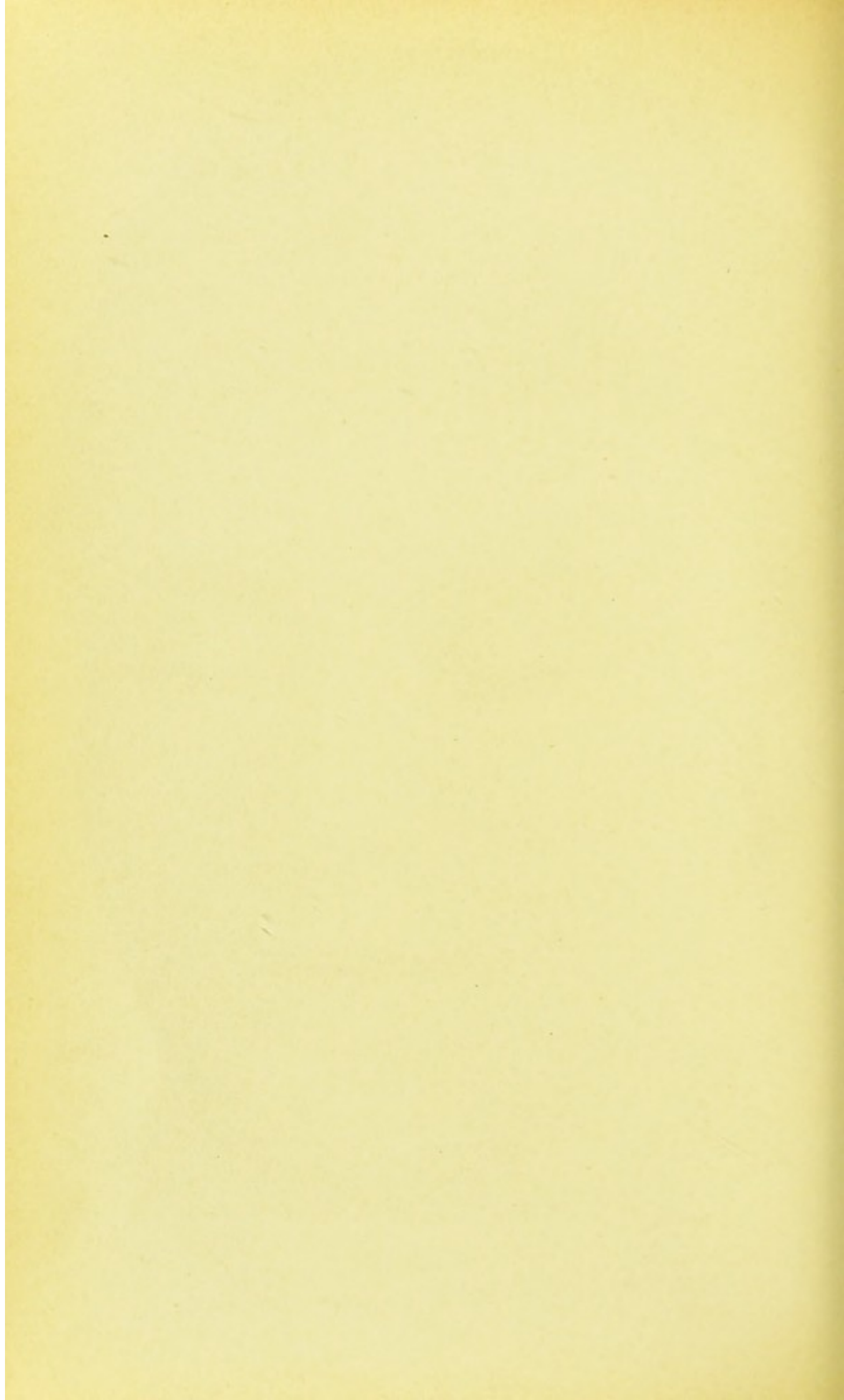
An der Haut des Gesichtes sind weissgraue und gelbliche, harte, stecknadelkopfgrosse Knötchen unregelmässig zerstreut. Diese lassen sich nach dem Ritzen der obersten Epidermis herauskratzen und stellen derbe weissliche Pfröpfchen dar.

---















### Tab. 3. Adenoma sebaceum. Comedo. Acne follicularis.

F. G., 22 Jahre alt, Hilfsarbeiter.

Aufgenommen am 18. Februar 1896.

Anamnese:

Mit dem 17. Lebensjahre begann die Entwicklung von entzündlichen Acneknoten, dann erst bemerkte Patient das Auftreten von schwarzen Pünktchen und knotigen Wülsten von Linsen- bis Erbsengrösse.

Der Prozess dauert circa 5 Jahre.

Status praesens:

Patient gut entwickelt, blass, mit mässigem, schlaffen Panniculus adiposus.

An den Streckseiten der Extremitäten Lichen pilaris.

An der Stirne, Nasenflügeln, namentlich in den Nasolabialfalten, den Wangen, besonders in der Gegend der spärlichen Barthaare befinden sich zahlreiche Comedonen.

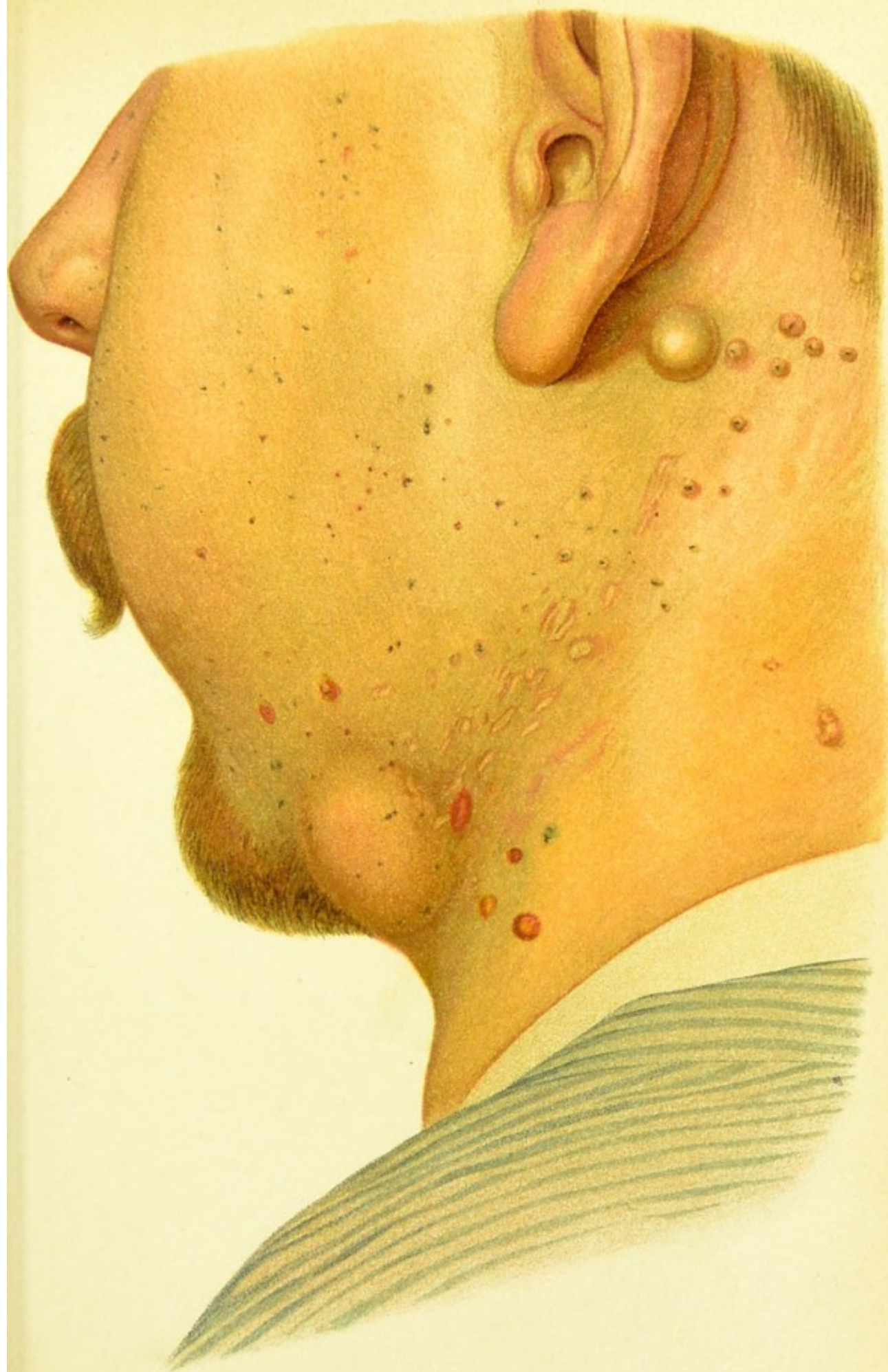
In den Unterkiefergegenden mehrfache, aus vereiterten Follikeln hervorgegangene Narben, Acneknoten und Adenome, letztere zum Teil mit centralem Comedo, aber auch ohne jede Spur eines Ausführungsganges.

Ueber den Claviculargegenden befinden sich spärliche, dagegen zwischen den Haaren über dem Sternum zahlreiche Comedonen und Adenome nebst erbsen- bis zweipfennigstückgrossen Narben aus vereiterten Adenomen.

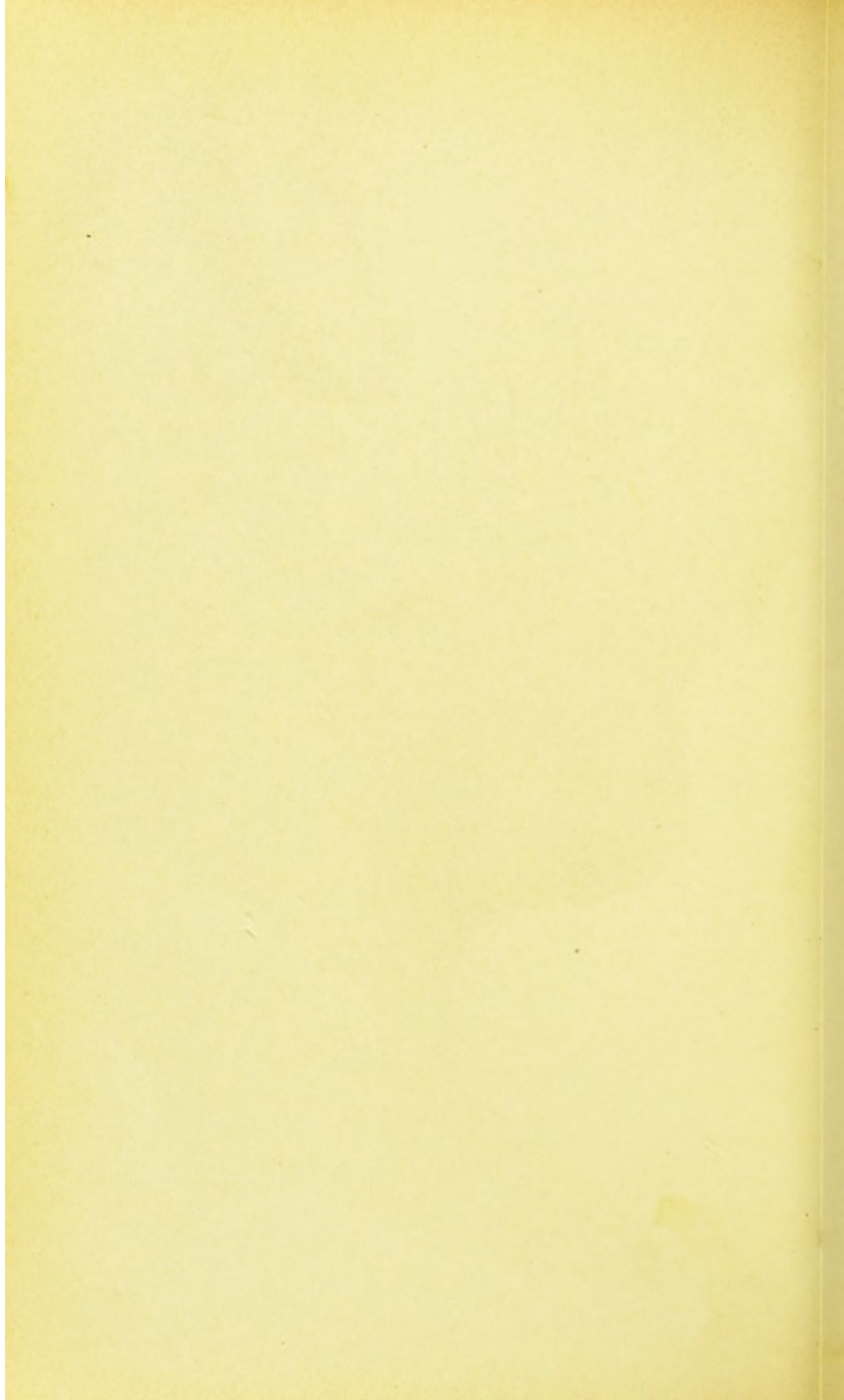
Der Rücken ist besät von Acne, braunen Pigmentflecken und Comedonen.

---















## Tab. 4. Morbilli (forma papulosa).

F. F., 19 Jahre alt, Magd.

Behandlungsdauer: 5. bis 12. Mai 1897.

Seit drei Tagen bestehen Halsschmerzen und häufige Schweisse, seit gestern reichliches Thränen der Augen und Ausschlag am Körper.

Status praesens:

Patientin ist mittelgross, kräftig gebaut, gut genährt. — Im Gesichte sind dicht gedrängt rötliche Knötchen von Nadelstichgrösse, deren Umgebung in der Ausdehnung eines Hanfkornes dunkelrot verfärbt ist. Ueber Hals und Brust nach abwärts nimmt diese Veränderung in der Weise ab, dass die Knötchen kleiner und flacher, der Halo schmaler wird. Während man auf der Brust noch reichliche, dicht neben einander stehende Efflorescenz findet, fehlen sie am Rücken und gegen die Taille zu. An der Unterbauchgegend sind dieselben, wenn auch nur spärlich, wieder vorhanden, reichlicher und zahlreicher an den Oberschenkeln und der Innenseite beider Kniee. Die Unterschenkel sind vollkommen frei. An den oberen Extremitäten erstreckt sich der Ausschlag bis auf den Vorderarm. Conjunctiva der Lider gerötet. Weicher Gaumen leicht gerötet. Tonsillen stark vergrössert, fleckig gerötet. — Patientin ist afebril.

Puls und Respiration normal.

Subjektives Befinden gut. — Harn 1011 spez. Gew., schwach sauer, enthält kein Albumen.

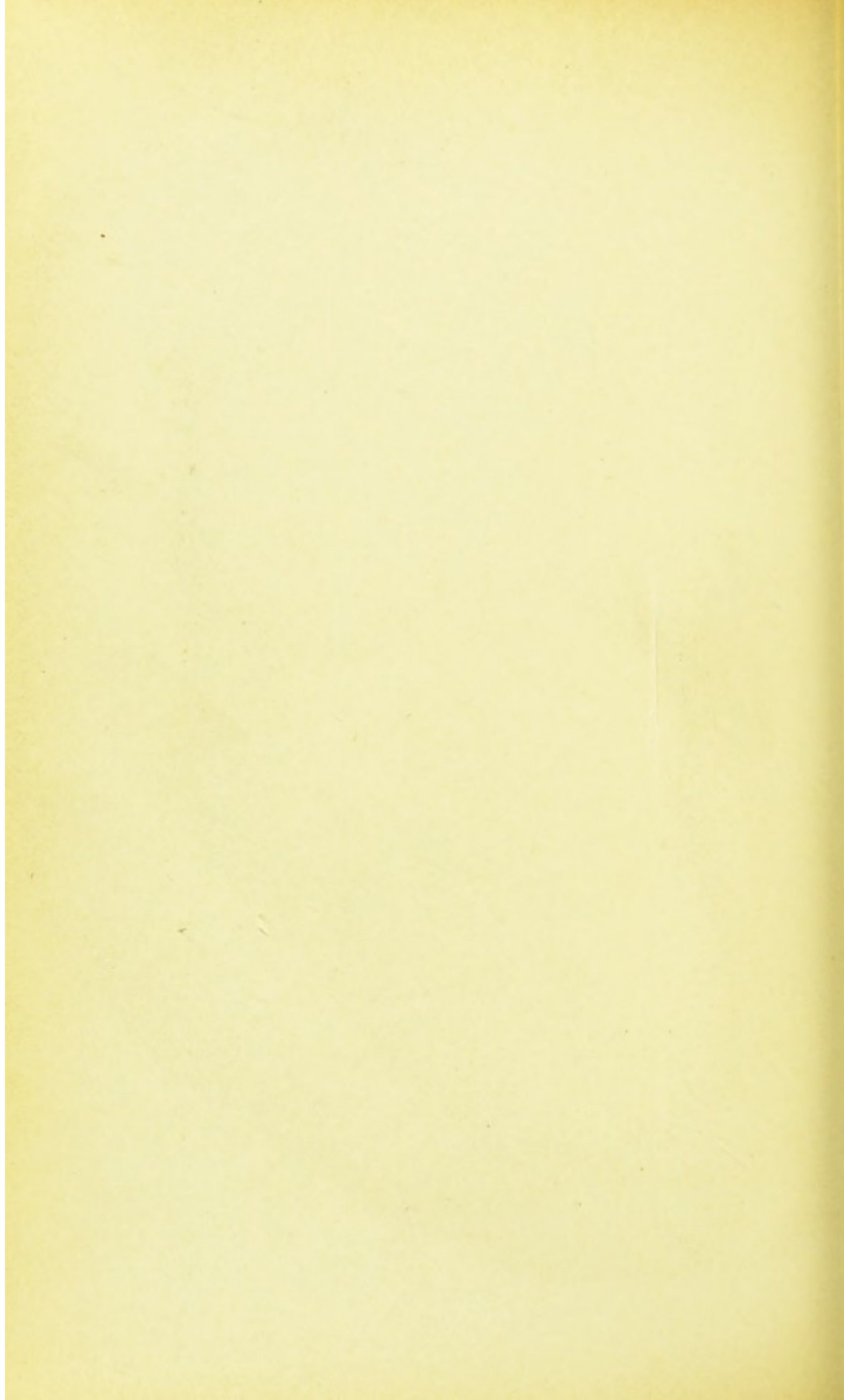
Patientin bleibt andauernd fieberfrei und wird nach sieben Tagen, während welcher die katarrhalischen Erscheinungen gleichmässig mit den Erscheinungen auf der Haut zurückgingen, geheilt entlassen.

---















## Tab. 5. Varicella.

A. S., 21 Jahre, Magd.

Aufgenommen am 7. November 1896.

Die Kranke ist vor 3 Tagen unter Fiebererscheinungen, Kopf- und Halsschmerzen erkrankt und gibt an, seit 2 Tagen den Ausschlag auf der Haut beobachtet zu haben.

Status praesens.

Die Haut des Rumpfes, des Halses, des Gesichtes, spärlicher, jene der Extremitäten ist mit zahlreichen, einzeln stehenden Efflorescenzen bedeckt. Die frischen sind miliare, über das Niveau der Haut erhabene Knötchen von lebhaft roter Farbe.

In weiterer Entwicklung wandeln sie sich zu kugeligen, mit Serum gefüllten Bläschen um. Die Umgebung der Bläschenefflorescenzen besteht aus einem unregelmässig conturierten, roten Saum.

12. XI. Die älteren Blasen zeigen einen eitrigen Inhalt, die jüngeren sind noch prall mit seröser Flüssigkeit gefüllt, beide von einem entzündlichen Halo umgeben.

16. XI. Die Bläschen sind zum grössten Teile eingetrocknet, die Efflorescenzen stellen bräunliche Borken dar.

20. XI. Die Pusteln sind abgetrocknet, die meisten Borken abgefallen, blassbräunliche Stellen hinterlassend.

Temperatur während des ganzen Verlaufes nicht erheblich erhöht.

26. XI. Patientin wurde geheilt entlassen.

---







## Tab. 6. Erythema multiforme.

G. J., 32 Jahre, Kellner.

Aufgenommen 20. April 1896.

Seit 2 Tagen angeblich nach dem Genusse eines Schweinsbratens entstand ein Ausschlag im Gesichte, an den beiden Händen und Füßen.

Status praesens.

Patient ist von kräftigem Körperbau.

Blaurote, über das Hautniveau erhabene, mit einem lebhaftroten Walle umgebene, auf Fingerdruck ablassende Flecke, welche an beiden Handrücken und an der Streckseite beider Vorderarme, sowie der unteren Extremitäten und an den grossen Zehen symmetrisch angeordnet sind. Derselbe Befund an der Stirne. Diese Efflorescenzen sind meistens kreisförmig; hier und dort confluieren sie zu thalergrossen Stellen.

Flachhände, Fusssohlen, Mund- und Rachenschleimhaut frei.

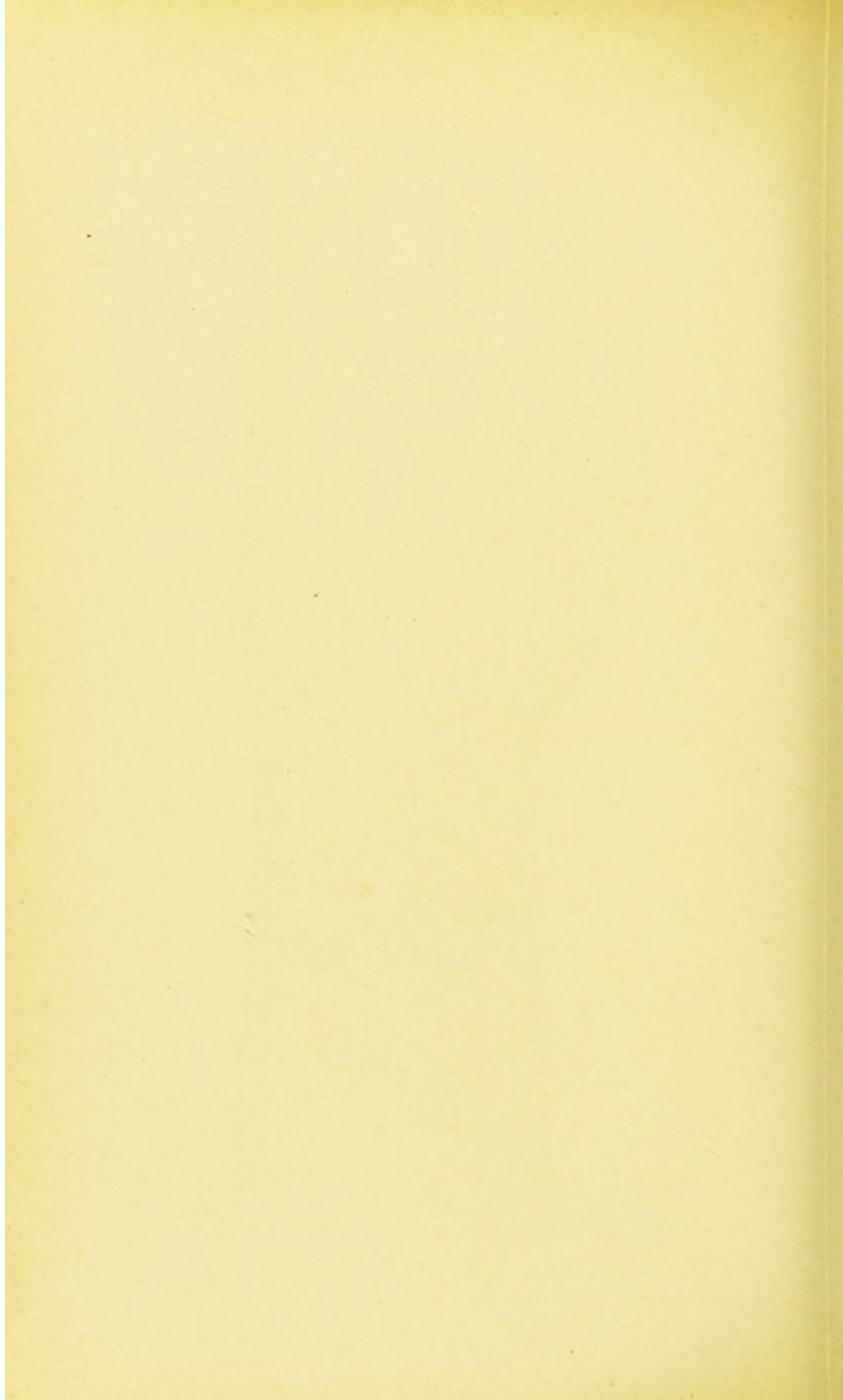
Bei der inneren Medication von Ol. Menthae und Eucalyptica gingen die Efflorescenzen ohne frische Nachschübe unter allmählicher Abflachung und sehr geringer Abschuppung ganz zurück, so dass Pat. nach 8tägiger Krankheitsdauer am 27. April geheilt entlassen werden konnte.

---











## Tab. 7 und 7a. Erythema bullosum.

S. A., 16 Jahre, Schlosserlehrling.

Aufgenommen am 18. März 1897.

Patient bemerkte vor 3 Tagen früh beim Erwachen einen Hautausschlag, bestehend aus kleinen, wasserhellen Bläschen auf rotem Grunde.

Die ersten traten an den Achselfalten und den Beugeflächen beider Vorderarme auf. Dabei bestand heftiges Jucken.

Die einzelnen Blasen wurden grösser und es traten in den folgenden Tagen am Stamme und den Extremitäten neue hinzu.

Patient hatte während der ganzen Zeit Hitze- und Kältegefühl.

Status praesens.

Patient klein, gracil gebaut, von geringem panniculus adiposus.

Temperatur nicht erhöht, Puls regelmässig, 80.

Die Untersuchung der inneren Organe ist vorläufig nicht durchführbar.

Im Harn lässt sich Eiweiss und Nucleoalbumin in Spuren nachweisen.

Im Gesichte, und zwar namentlich in der Kinn-  
gegend, am Halse, vorne am Thorax (hier besonders  
zahlreich), am Bauch, Rücken, oberen und unteren  
Extremitäten stecknadelkopf- bis markstückgrosse,  
blassrosarote, über das Hautniveau etwas erhabene  
(quaddelartige), unter Fingerdruck ablassende, hie  
und da eine gelbliche Tingierung zurücklassende, im  
allgemeinen kreisförmig begrenzte Efflorescenzen.

An einzelnen Stellen, so vorne am Thorax, in der  
Schlüsselbeingegend, an der Aussenseite der Oberarme,  
sind dieselben zu grösseren, unregelmässig begrenz-  
ten Herden zusammengeflossen.



In der Mitte vieler dieser Efflorescenzen sieht man eine aus eingetrocknetem Blute bestehende Borke.

Neben diesen beschriebenen Efflorescenzen finden sich zahllose, über den ganzen Körper verteilte, grieskorn- bis bohngrosse Blasen, mit wasserhellem Inhalte gefüllt, die grösseren prall gespannt. Dort, wo dieselben geplatzt sind, ist der rote Grund mit eingetrocknetem, gelblichem Sekrete bedeckt.

In der linken Schlüsselbeingegend ist eine Auflagerung von dicken, hämorrhagischen Krusten. Am Rücken weisen 2—3 Blasen hämorrhagischen Inhalt auf. Auch bestehen hier zahlreiche Kratzeffekte. Sehr spärliche Blasen an den Fussrücken, ganz frei sind: *Volae manus*, *plantae ped.*, und die beiden Unterschenkel.

Mund- und Rachenschleimhaut frei, ebenso die Gelenke.

19. III. Subjektives Befinden gut, kein Fieber.

Die Blasen sind zum Teil grösser, zum Teil geplatzt.

22. III. Zahlreiche Blasen mit Eiter gefüllt, einzelne hämorrhagisch. Keine Nachschübe.

Temperatur, die bisher normal war, stieg über 39°.

23. III. Die Erythemflecke sind geschwunden, nach den geplatzen Blasen verblieben oberflächliche Substanzverluste.

Temperatur über 39°.

25. III. Temper. 37,7°. An vielen Substanzverlusten ist Neubildung von Epidermis sichtbar.

29. III. Einzelne frische Blasen am Vorderarme und im Gesichte. Temper. 38,3°.

31. III. Die Substanzverluste sind überhäutet.

Höchste Temperatur 37,8°.

1. IV. Die einzelnen überhäuteten Stellen sind noch eleviert.

Einzelne frische, dichtgedrängte, bis linsengrosse Blasen mit klarem Inhalt sind an Stirne und Wangen aufgetreten. Temperatur normal.

4. IV. Die Blasen an der Stirn und im Gesicht zeigen eiterigen Inhalt.

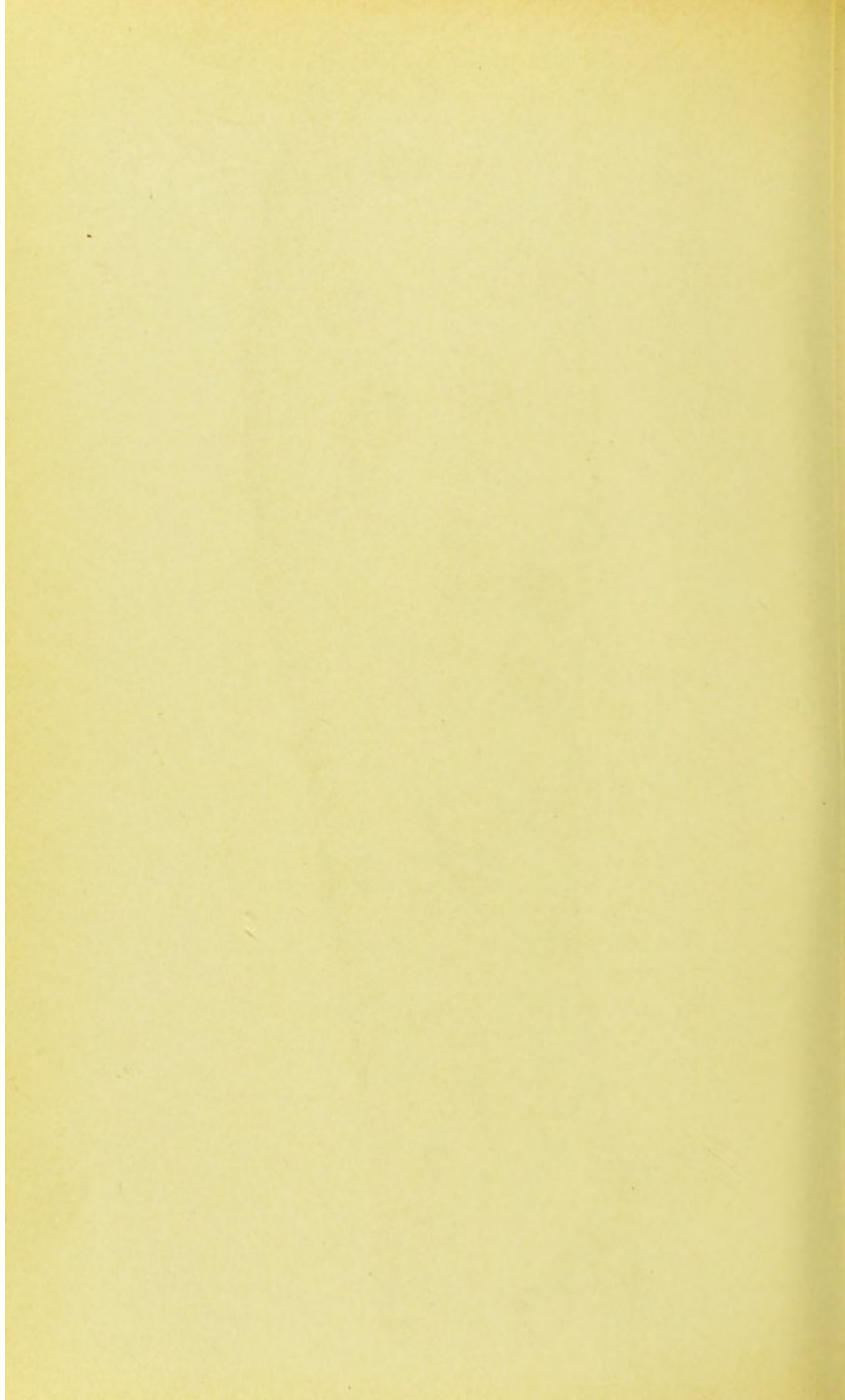
5. IV. Abendtemperatur 39,4°.

20. IV. Die Ueberhäutung ist nahezu überall vollendet, die Epidermis an Stelle der bestandenen Blasen noch lebhaft



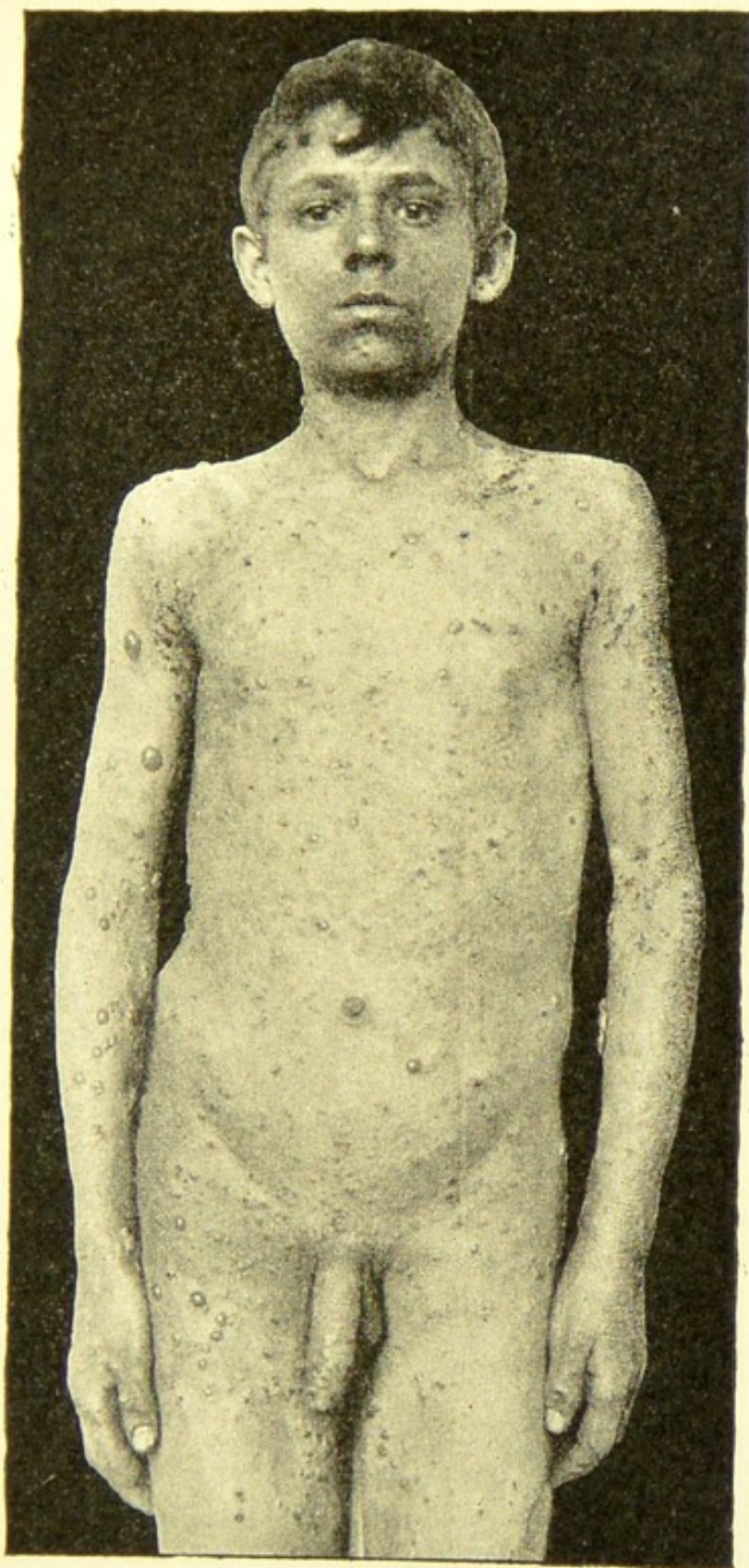








Tab. 7 a.



I.



rot. Die zuerst bestandenen Elevationen der überhäuteten Partien sind überall geschwunden, so dass nirgends Niveaudifferenzen bestehen.

26. IV. An Stelle der bestandenen Efflorescenzen blassrötlich-braune Pigmentationen.

28. IV. P. geheilt entlassen.

---

### Tab. 8. Erythema contusiforme et papulatum.

G. I., 11 Jahre, Fleischhauersohn.

Aufgenommen 20. April 1896, entlassen 3. Mai 1896.

P. war früher angeblich stets gesund. Seit 14 Tagen bemerkt er aus unbekannter Ursache an beiden Armen und Beinen einen Ausschlag.

#### Status praesens:

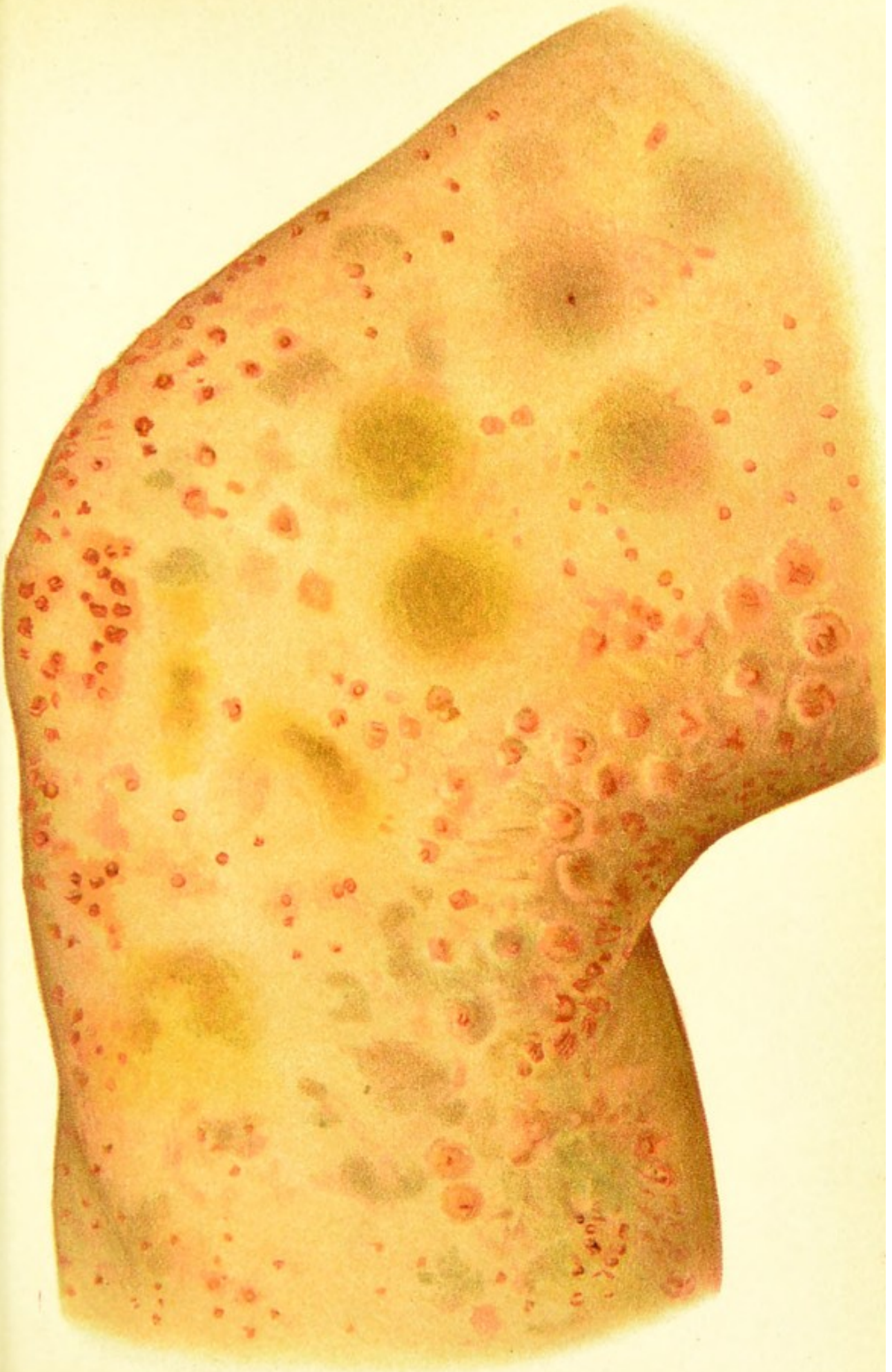
Das Erythem ist auf die Streckseiten der oberen, auf Streck- und Beugeseiten der unteren Extremitäten lokalisiert. Der Stamm ist frei. Dasselbe besteht aus etwa hirsekorngrossen, bis in die Cutis reichenden, über das Hautniveau erhabenen Knötchen, welche an ihrer Spitze zerkratzt sind, ein miliäres Blutbörkchen, oder statt dessen ein winziges Schüppchen tragen. An anderen Stellen und zwar vorzüglich in der Gegend der Fossa poplitea und über der Patella sind pfennig- bis zweipfennigstückgrosse Blutunterlaufungen von blau-rottem Farbenton.

#### Therapie:

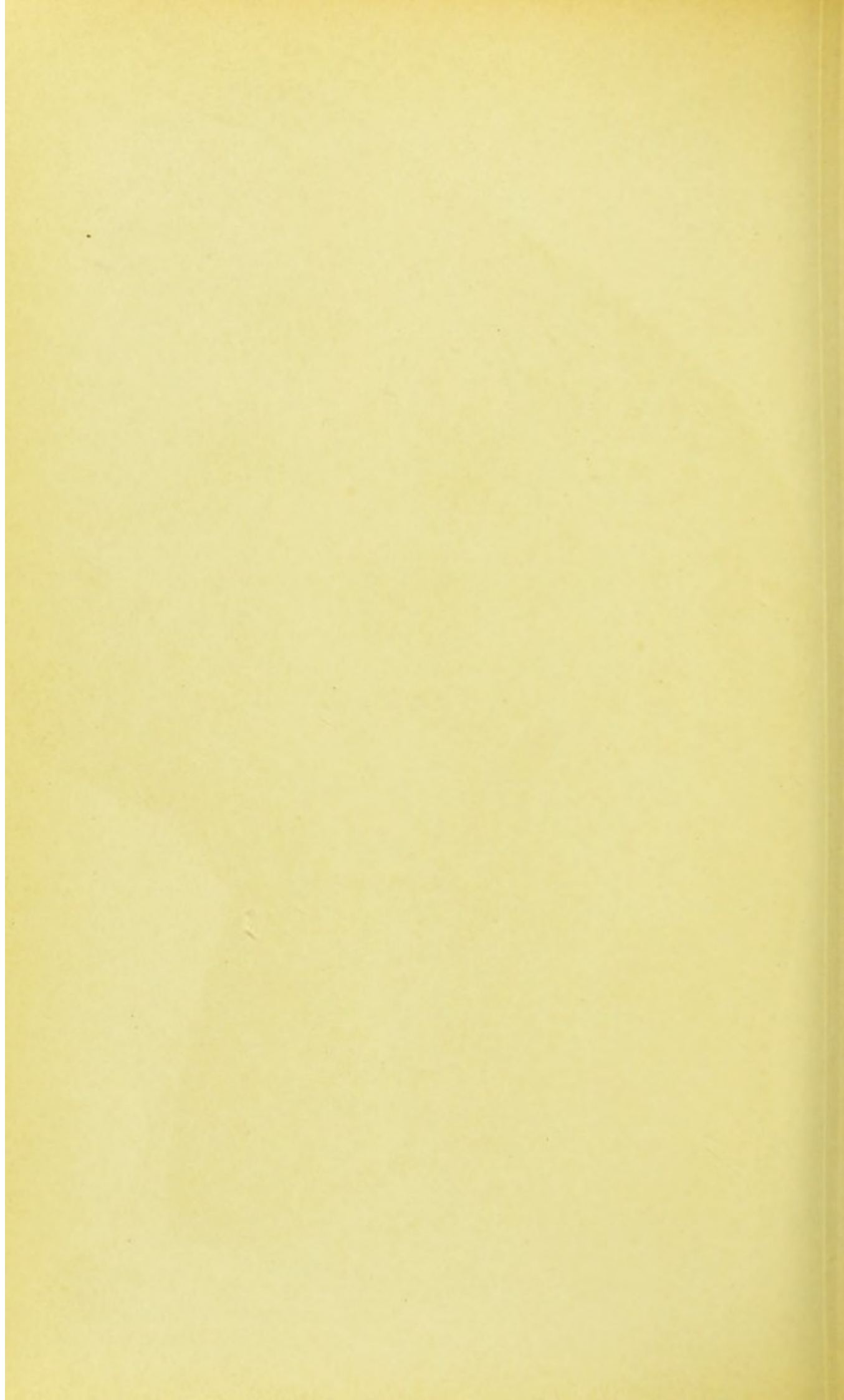
Burowüberschläge. Natr. citr. 5:120.

Im Verlaufe treten an Stelle der Knötchen Blutaustritte auf, die sich ziemlich rasch resorbieren. Die grösseren Knoten gehen die Involution unter den bekannten Farbveränderungen ein.















## Tab. 9. Purpura haemorrhagica.

M. M., 33 Jahre; Kutscher.

Aufgenommen 23. April 1897.

Der Kranke gibt an, sich seit 8 Tagen matt und krank zu fühlen und die Flecke auf der Haut beobachtet zu haben. Ähnliche Flecke auf der Haut hat er schon einige Male gehabt; da dieselben immer von selbst zurückgingen, so hat er ihnen keine Bedeutung beigelegt.

Pat. liess sich hauptsächlich wegen der zunehmenden Abgeschlagenheit und Mattigkeit bewegen, ins Spital zu gehen.

Status praesens.

P. gross, kräftig gebaut, blass aussehend. Zahnfleisch livid, gelockert, leicht blutend, Conjunctiva icterisch gefärbt.

Die Herztöne sind etwas dumpfer, Puls 84, weich; Milz nicht vergrössert. Im Harn kein Albumen, kein Zucker. Ueber beiden Sprunggelenken und am Dorsum der Hände besteht ein leichtes Oedem.

An den unteren Extremitäten sind um die Haarfollikel stecknadelkopf- bis linsengrosse, frische und ältere Blutaustritte wahrzunehmen, welche stellenweise ganz dicht aneinander gereiht sind.

Ausserdem sieht man scheibenförmige und mehr diffusse, violette Flecke an den Unterschenkeln und an der Innenseite des linken Oberschenkels, in deren Mitte die erwähnten follikulären Hämorrhagien mehr angehäuft sind. An diesen Stellen fühlt sich die Haut succulent an.

Spärlichere Blutaustritte um die Follikel finden sich am Stamme.

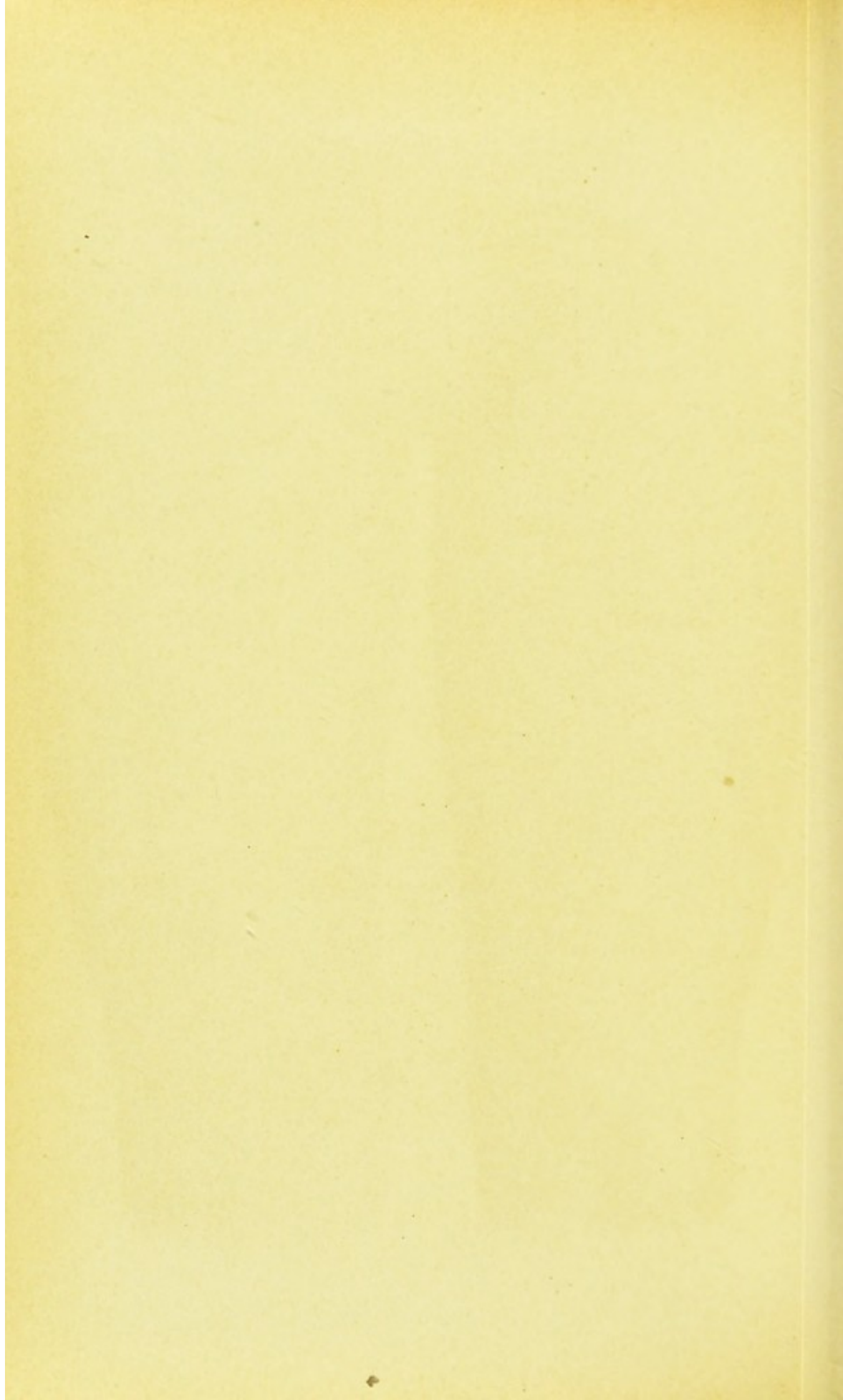
30. IV. Im Harn sind grosse Mengen Urobilin zu konstatieren. Im Sediment hyaline Cylinder, spärliche rote Blutkörperchen.

1. V. An der Innenseite beider, namentlich des rechten Oberschenkels frische follikuläre Blutungen von rotbrauner











Farbe mit blauen Flecken, welche nun an beiden Oberschenkeln eine derartige Ausbreitung erlangt haben, dass sie untereinander konfluieren.

5. V. Die Blutaustritte von braunroter Farbe und die lividen Flecke fangen an einen Stich ins Gelbliche zu bekommen. Der Kranke klagt über Schmerzen um die Sprunggelenke.

1. VI. Die Wadenmuskulatur fühlt sich beim Betasten bretthart an, P. hat bei Gehversuchen starke Schmerzen in den Waden.

Das Zahnfleisch ist noch immer geschwellt, an der Innenseite der Alveolarfortsätze zahlreiche, kleine Hämorrhagien.

20. VI. Die Gelenkschmerzen machen sich auch in den Knie- und Hüftgelenken bemerkbar. Abendliche Temperatursteigerung bis 39,5°.

1. VII. Die Blutaustritte am Stamme und den Oberschenkeln sind zum grössten Teile resorbiert. Die Waden fühlen sich etwas weicher an.

19. VIII. Die schon seit langem bestehenden Diarrhöen dauern abwechselnd mit Verstopfungen fort, im Urin sind grosse Mengen von Indican und Skatoxyl. Um die Kniegelenke herum, im Bereiche der Gelenkkapseln, ist eine weiche, schmerzhaft e Anschwellung, über welcher die Haut unverändert ist.

Von nun an zeigt die Haut keine Veränderungen mehr, der Patient leidet jedoch noch immer an Ergüssen in die Kniegelenke, an Mattigkeit und Unvermögen, grössere Gehversuche zu machen und ist deshalb Gegenstand weiterer Behandlung.



## Tab. 10. Purpura haemorrhagica.

St. M., 16 Jahre, Hilfsarbeiterin.

Status praesens:

Infantiler Habitus, Blässe der Haut und der Schleimhäute, leichte Verbreiterung des Herzens nach rechts. Keine Pulsarythmie.

Menstruation ist noch nicht eingetreten.

Haemoglobingehalt Fleischl. = 55<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

Seit vier Tagen, dem 17. d. M., hat Pat. plötzlich an beiden unteren Extremitäten Blutaustritte bekommen. Sie ist Arbeiterin in einer Wäschefabrik und damit beschäftigt, Wäsche aus einer Bügelmaschine hervorzuziehen. Die betreffende Lokalität ist gut ventiliert. Die Arbeitszeit währt von 6 h früh bis 7 h abend mit 1<sup>1</sup>/<sub>4</sub> stündiger Unterbrechung.

Patientin muss bei der Arbeit immer stehen.

An den unteren Extremitäten, und zwar gleichmässig über die untere Hälfte der Oberschenkel und beide Unterschenkel sind Blutaustritte von Linsen- bis über Erbsengrösse, teils einzeln stehend, teils konfluierend verbreitet. Einzelne von ihnen zeigen bereits einen bräunlichen Ton.

24. Acht Tage nach der Erkrankung ist das subjective Befinden gut, das Exanth. gelblich, zum Teil abgeblasst.

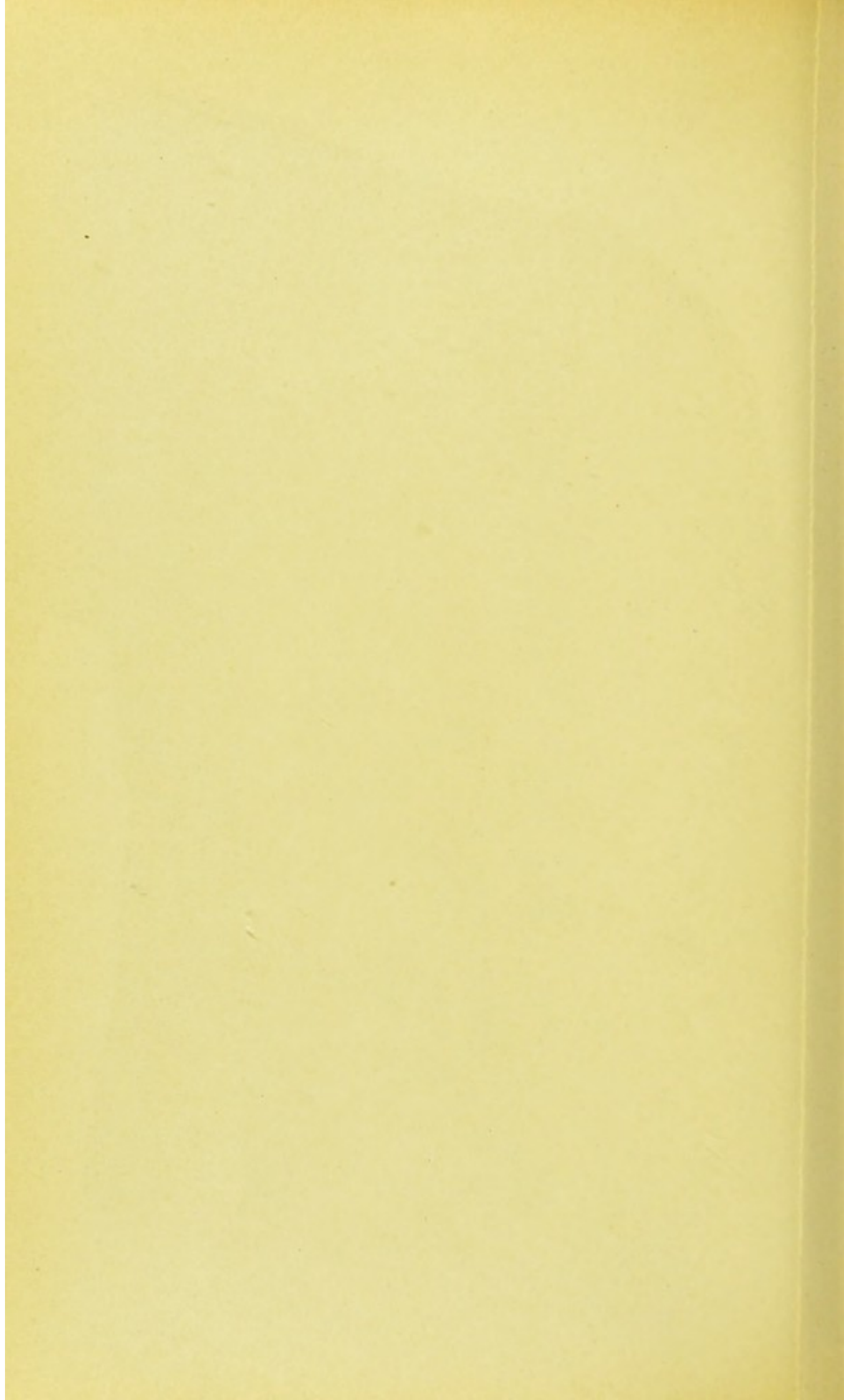
---



Tab. 10.









## Tab. 11. Purpura rheumatica fulminans.

J. M., 33 Jahre alter Uhrmachermeister.

Aufgenommen am 12. September 1897 auf die II. medicin. Abteilung des Primar. v. Bamberger.

### Anamnese:

Vor 9 Jahren machte der Patient eine Rippenfellentzündung durch, seit 4 Jahren leidet er an Anfällen von Schmerzen in den grossen Zehen, welche 4—6 Wochen dauern. Potus wird zugegeben.

Seine gegenwärtige Krankheit begann am 28. August d. J. mit Stechen in den Fersen und Auftreten von kleinen, roten Flecken an den unteren Extremitäten. Die Schmerzen und Flecke verschwanden nach einigen Tagen.

Nun stellten sich Schmerzen in den Knieen, später in den Ellbogen- und Handgelenken ein, verbunden mit Schwellung der betreffenden Gelenke. Hierauf bemerkte der P. das Auftreten von dunkelblauen Flecken an beiden Oberarmen; diese Flecke nahmen rasch an Grösse zu, zeigten an ihrer Oberfläche Bläschenbildung und verursachten dem Kranken starke Schmerzen. P. fühlte sich ausserdem matt, war appetitlos und fieberte.

### Status praesens:

Patient ist gross, kräftig gebaut, mit gut entwickeltem panniculus adiposus.

Lungen-, Herz- und Abdominalbefund vollständig normal.

Das Gesicht stark gerötet, die linke Wange in toto etwas infiltriert, auf derselben einige linsen- bis bohnergrosse Flecke, welche violettrot bis schwarz gefärbt, nicht erhaben und nicht druckempfindlich sind.

Am linken Nasenflügel eine braunrote Hämorrhagie.

Am rechten Ohr ist der ganze äussere Rand von einer blauschwarzen Hämorrhagie eingenommen, welche sehr schmerzhaft ist.

Mund- und Rachenschleimhaut vollkommen normal.



Die rechte obere Extremität ist angeschwollen und wird im Schulter- und Ellbogengelenke gebeugt gehalten.

An der Aussenseite des Oberarmes findet sich eine zweipfennigstückgrosse, schwarzviolett gefärbte Hautpartie. Die Epidermis über derselben ist in Form einer Blase abgehoben, die ganze Partie von einem roten Hofe umgeben.

Ausserdem finden sich an der Aussenseite noch mehrere teils blassrote, teils dunkelrote Flecke, die alle schmerzhaft sind.

An der Innenseite des Oberarmes ist eine handtellergrösse, schwarzviolette, mit einer in Blasenform abgehobenen Epidermis bedeckte, von einem roten Hofe umgebene Hautpartie. Gegen die Achselhöhle zu findet sich eine bereits ins Gelbe spielende Hautstelle. Um diese deutlicher zu machen, wurden die Haare der Achselhöhle entfernt.

Ähnliche, wenn auch kleinere, Flecke befinden sich an der Aussenseite des linken Oberarmes, der ebenso wie das Ellbogen- und Handwurzelgelenk geschwollen ist.

Beide Kniegelenke geschwellt, schmerzhaft, die Haut über denselben gerötet.

Ueber den Sprunggelenken sind mehrere, bereits braune Flecken.

Die Sprung-, Fusswurzel- und Interphalangealgelenke frei.

Die Drüsen in inguine nicht geschwellt.

Im Harne (sp. G. 1020) etwas Albumen, im Sediment keine Nierenelemente.

Die Blutuntersuchung ergibt eine leichte Leucocytose.

Therapie: Natr. Salicyl. 4 gr pro die.

Decursus:

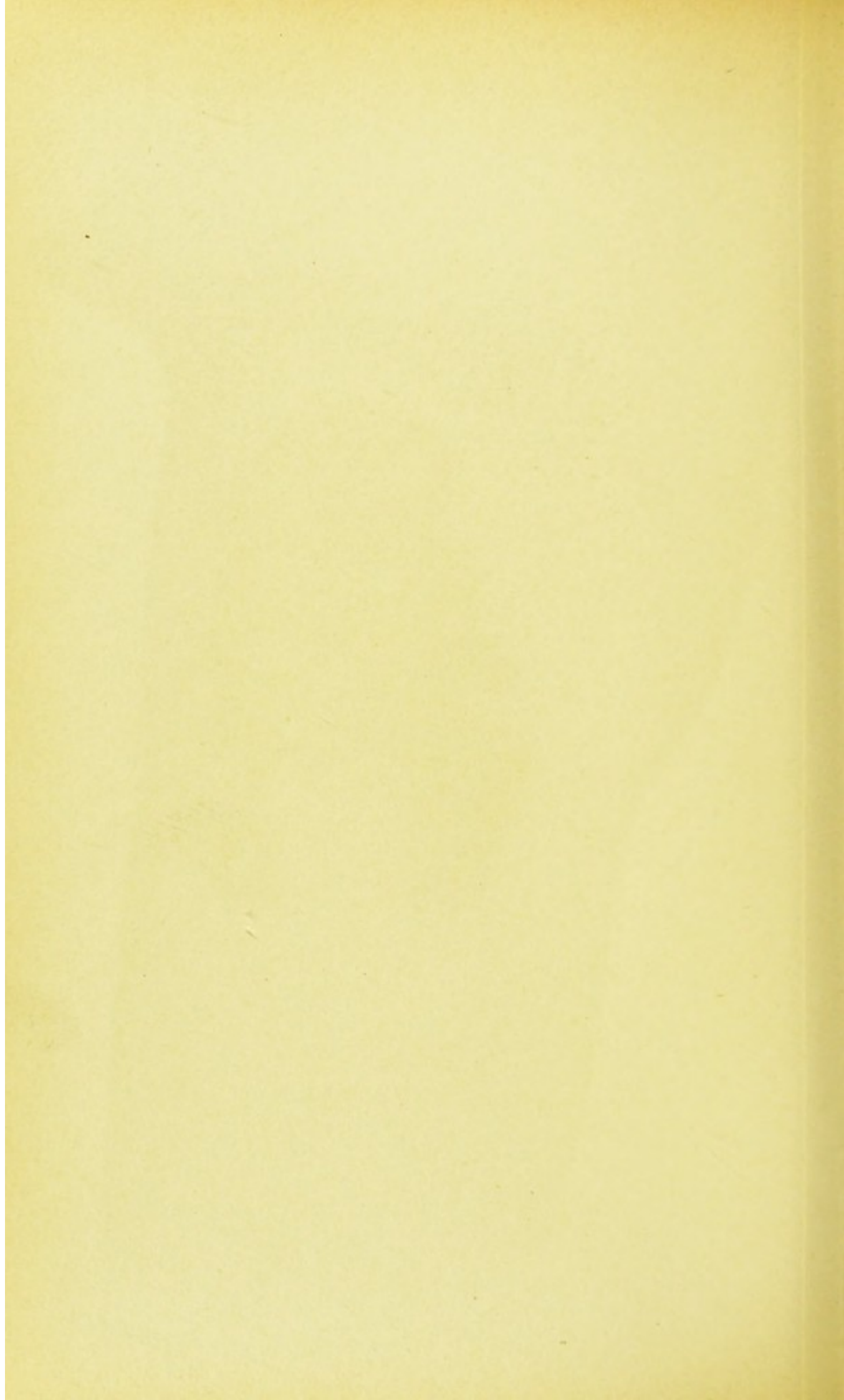
14. IX. An der Aussenseite des rechten, und der Vorderseite des linken Oberschenkels befinden sich zahlreiche, von einem blassroten Hofe umgebene, erhabene rote Flecke, welche heftiges Juckgefühl erzeugen. Temperatur bis 38,1°.

17. IX. Am Thorax treten zahlreiche, linsen- bis erbsengrosse,











erhabene, hämorrhagische, juckende Knötchen auf.  
Temper. bis 39,2°.

20. IX. An der linken Ohrmuschel ist eine Hämorrhagie aufgetreten, der linke Fuss ist ödematös. Harnmenge sehr gross (5000 ccm).

22. IX. Die Gelenke sind wieder stärker geschwollen. Nachschub von Hämorrhagien am Thorax, Abdomen und den Oberschenkeln. Temper. 38,7°.

27. IX. Die Muskeln der Beugeseite des rechten Unterarmes knapp unter dem Ellbogengelenk stark infiltriert, schmerzhaft.

FrISChe Hämorrhagien in der linken Lendengegend.

An Stellen der Hämorrhagien an den oberen Extremitäten bilden sich flache Geschwüre.

3. X. Die Blutflecke werden langsam resorbiert. Die Schwellung und Schmerzhaftigkeit der Gelenke ist fast geschwunden. Temperatur normal. Die Geschwüre am Oberarm granulierend. Lapisierung. Zinksalbe.

19. X. Im Harn kein Eiweiss mehr.

Die Geschwüre am linken Oberarm vollkommen vernarbt, rechts noch zwei kleine, mit üppigen Granulationen bedeckte Substanzverluste.

28. X. Die affizierten Hautstellen sind nur wenig pigmentiert. P. wird geheilt entlassen.

---



Tab. 12. Herpes zoster sacrolumbalis haemorrhagicus et gangraenosus.

St. W., 66 Jahre alt, Pfründnerin, wurde am 29. Februar 1896 aufgenommen.

Dieselbe gab an, seit 2 Monaten an Lungenkatarrh zu leiden. Seit 14 Tagen habe sie Schmerzen am Rücken und am Oberschenkel. Vor wenigen Tagen begann am Gesäss rechterseits der Ausschlag und breitet sich unter brennenden Schmerzen immer mehr und mehr aus.

Status praesens:

An der rechten Gesässhälfte sind mehrfache Gruppen von Herpesefflorescenzen mit hämorrhagischem Inhalte und einer Hämorrhagie in der Umgebung. Einzelne Gruppen sind gangränös zerfallen und bilden seichte Geschwüre mit hämorrhagischem Grunde. Ueber der Kreuzbeingegend sind noch frischere Blasen mit serösem, zum Teil trübem Inhalte. Am 6. Tage ihres Aufenthaltes im Spital, also im ganzen am 20. Tage nach dem Auftreten der Schmerzen an der betreffenden Gegend trockneten die Herpesefflorescenzen ab, die Schmerzempfindung war geringer und machte einem Gefühl von Pampstigsein am rechten Oberschenkel Platz.

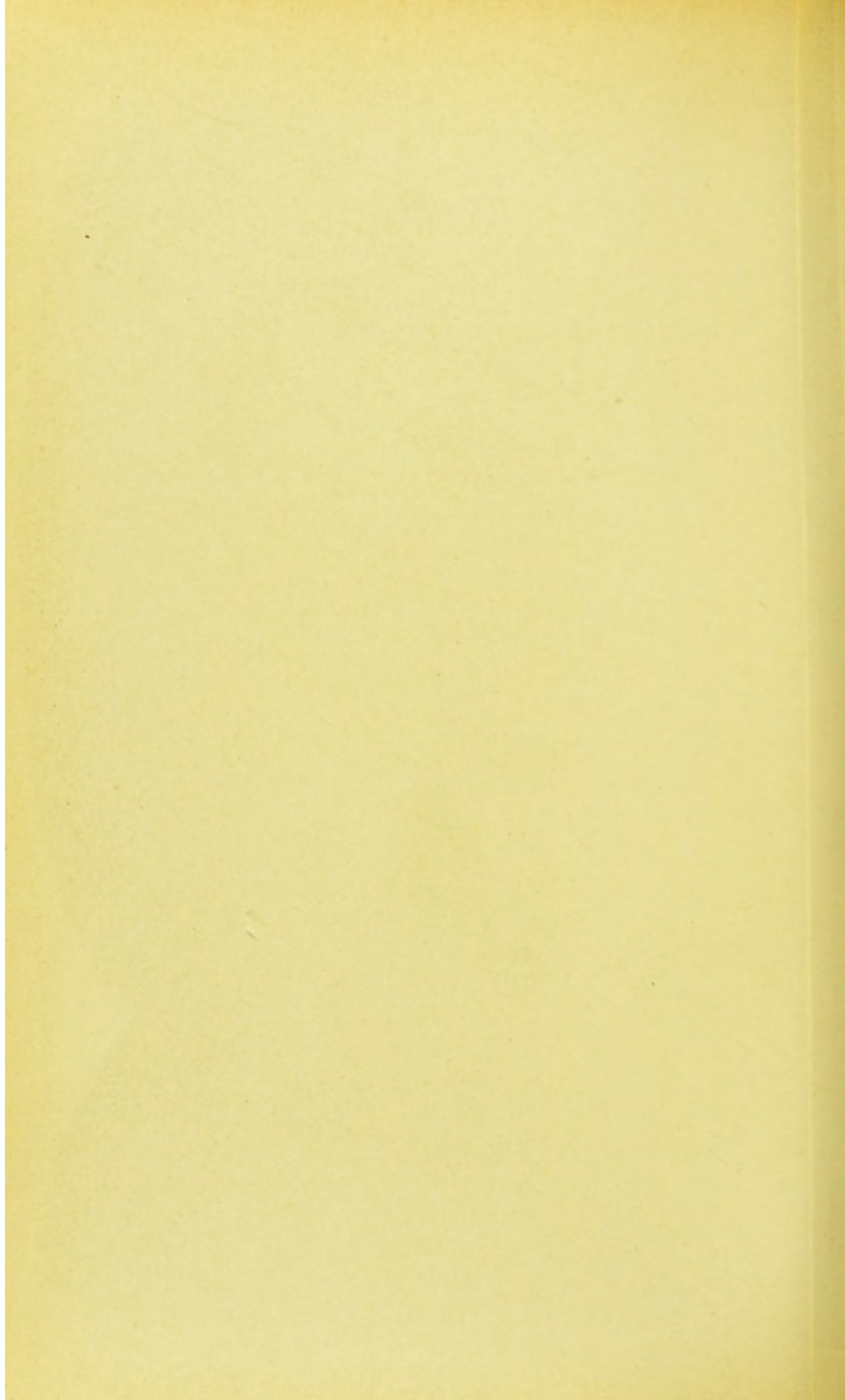
---





Lith. Anst. F. Reichhold, München.











Tab. 13. Herpes zoster supraorbitalis et palpebr.  
sup. o. s.

L. St., 16 Jahre, Mechaniker — stammt aus gesunder Familie, war selbst stets gesund.

Im März 1896 hatte P. einen ähnlichen Ausschlag durch 8 Tage an derselben Stelle gehabt (Ambulator; Rudolfsspt.) Seitdem hatte er keine Beschwerden und leidet nie an Kopfschmerz oder sonstigen nervösen Störungen.

Vor 5 Tagen fühlte sich Pat. unwohl, bekam Frösteln und musste sich nachmittags niederlegen.

Tags darauf war das linke obere Augenlid gerötet und geschwellt, den nächsten Morgen darauf bemerkte P. einige Bläschen an der Nase und am Lid im innern Augenwinkel. Gestern früh kamen die Bläschen am Augenbrauenbogen hinzu und heute früh die zwei frischen Gruppen, welche das Lid nach aussen und am Rande bedecken.

Pat. empfindet eine Spannung und Brennen in dem erkrankten Lide.

Status praesens:

2. XI. Um den inneren Augenwinkel und zwar an der Nase, ferner am oberen Lide, ganz im Augenwinkel mehrere im Antrocknen begriffene Bläschen mit geröteter Umgebung.

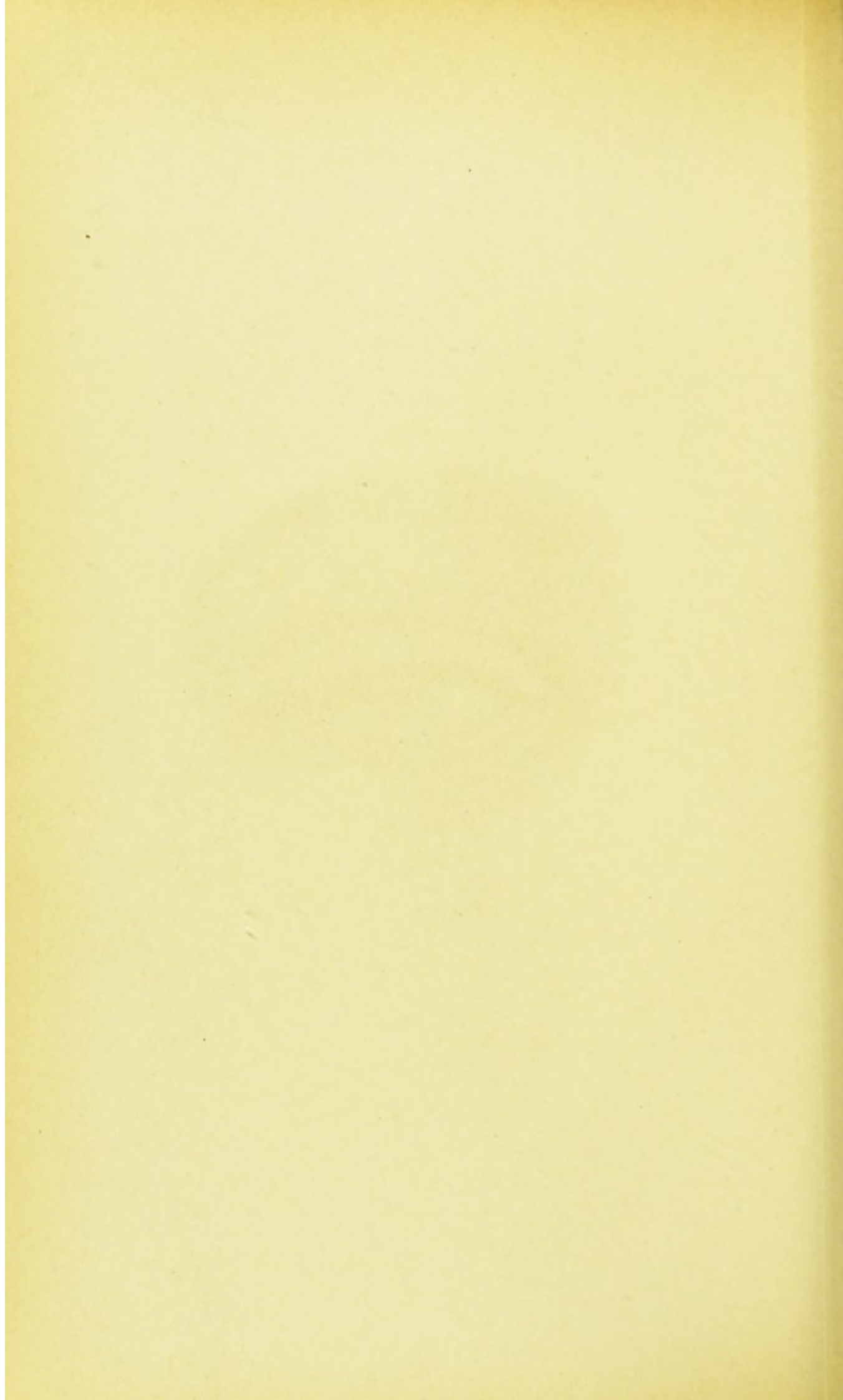
Das ganze obere Lid ist ödematös geschwellt und entzündlich gerötet. Am Augenbrauenbogen sitzt eine Gruppe von schwach konfluierenden grünlichgelben Bläschen. In der Mitte des Lides und nach aussen sind zwei Gruppen frischer, gelblichweisser, zum Teil konfluierender Bläschen. Gegen den Lidrand zu und an demselben stehen zerstreute Bläschen von Stecknadelkopfgrösse. (Fotograf. Aufnahme 2. XI.)

---











III a.



## Tab. 14. Dermatitis factitia (Canthariden).

S. M., Drogisten-Manipulant, 35 Jahre, gesund.

27. III. Pat. hat von  $1\frac{1}{2}$  8 Uhr früh bis 3 Uhr mit Cantharidenpulver gearbeitet (gesiebt), und dabei geschwitzt. — Gegen Abend verspürte er Brennen. Es traten Blasen auf, welche sich über Nacht vergrößert haben.

An den Vorderarmen und im Nacken haben sich unregelmässige prall gefüllte Entleerung des serösen Inhaltes, Blasen mit rötlicher Umgebung gebildet.

Der übrige Körper ist frei.

Burow'sche Umschläge.

---

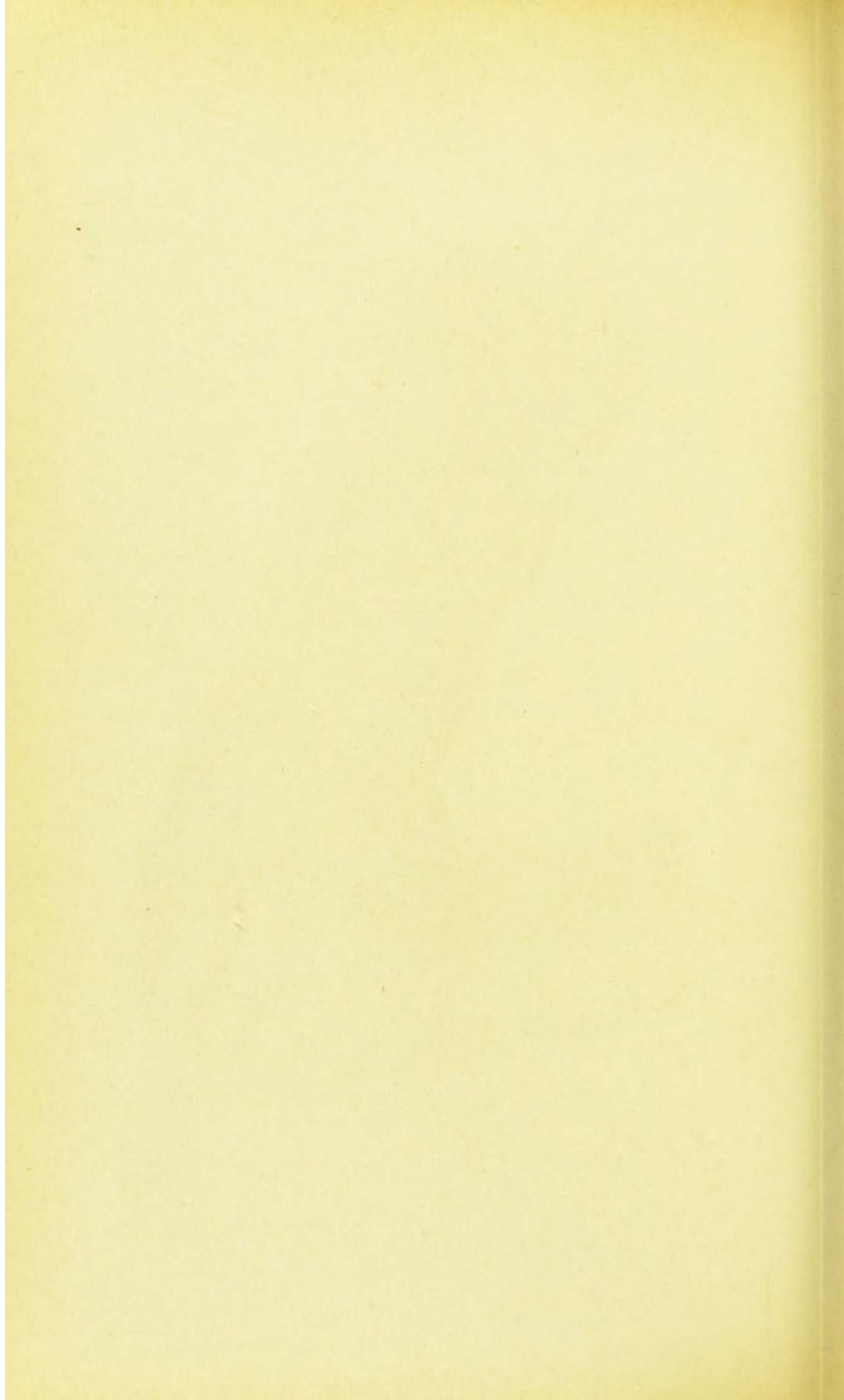


Tab. 14.



Lith. Anst. F. Reichhold, München.











Tab. 15. Psoriasis vulgaris punctata et guttata.

G. J., Schlosser, 17 Jahre alt, aufgenommen am 23. III. 1886.

Der Kranke hat bereits vor 2 Jahren die erste allgemeine psoriatische Erkrankung durchgemacht, welche mit einer Salbe behandelt wurde und bis auf wenige Stellen an den Knieen geschwunden ist. Die jetzige Eruption will der Kranke erst seit 14 Tagen auf den Armen beobachtet haben. Im Gesichte, am Stamme und den Extremitäten befinden sich punktförmige bis linsengrosse zahlreiche psoriatische Efflorescenzen mit oberflächlicher charakteristischer Schuppe. Ueber den Streckseiten der Kniegelenke sind grössere Efflorescenzen älteren Datums sichtbar. Der Kranke ist kräftig entwickelt, gut genährt, und klagt über keinerlei Sensibilitätsstörungen. — Das Bild wurde 14 Tage nach Beginn der Erkrankung aufgenommen. Drei Wochen nach Beginn sind die Efflorescenzen noch zahlreicher, zum grössten Teile schon konfluierend, und überall mit silberglänzenden Schuppen bedeckt. Der Rand derselben ist lebhafter rot.

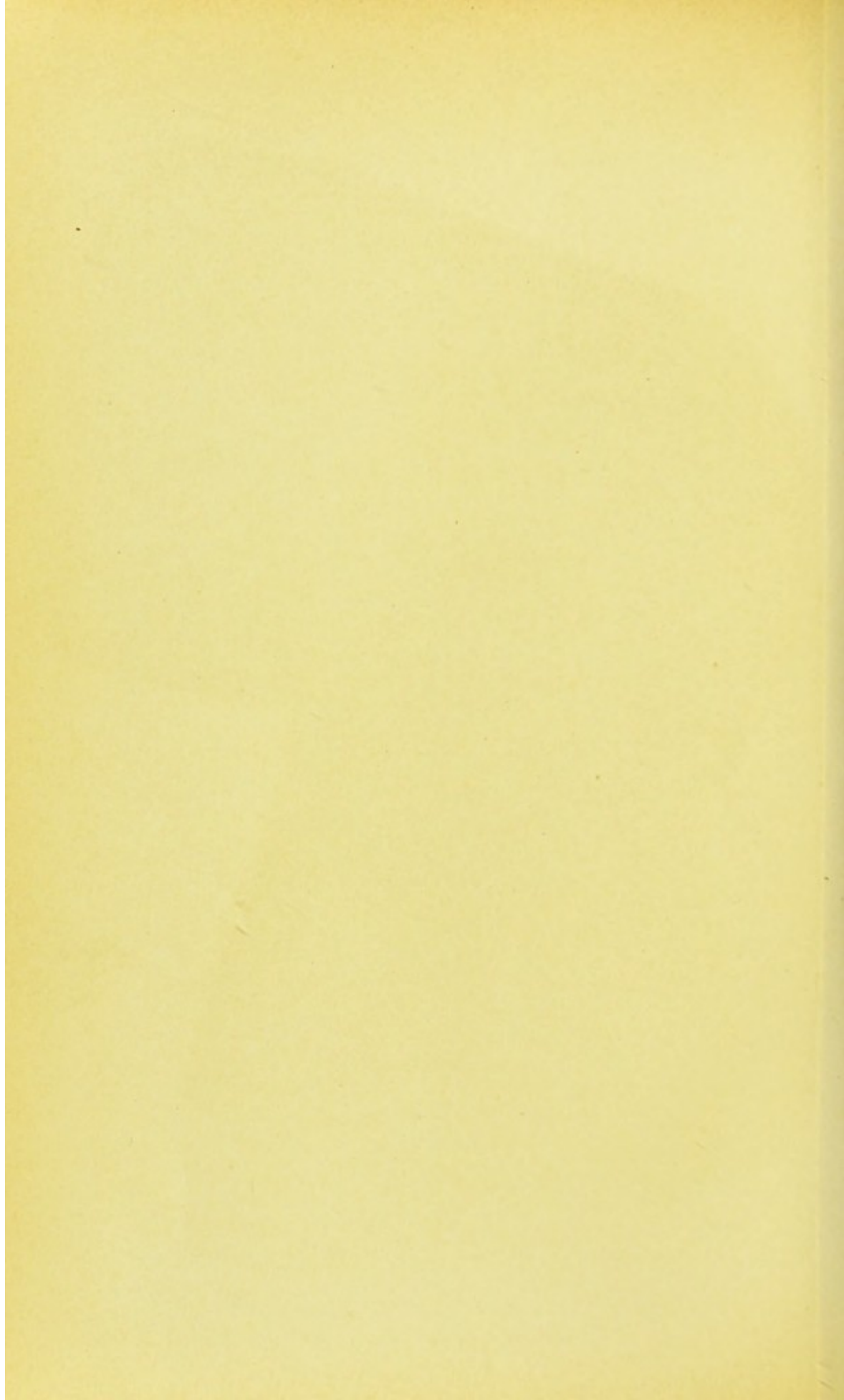
---





Lith. Anst. F. Reichhold, München.







# THE HISTORY OF THE

REIGN OF KING CHARLES THE FIRST

BY SAMUEL JOHNSON

IN TEN VOLUMES

LONDON: Printed by A. MILLAR, in Pall-mall.

1742.

Vol. III.

THE HISTORY OF THE

REIGN OF KING CHARLES THE FIRST

BY SAMUEL JOHNSON

IN TEN VOLUMES

LONDON: Printed by A. MILLAR, in Pall-mall.

1742.

Vol. III.

THE HISTORY OF THE

REIGN OF KING CHARLES THE FIRST

BY SAMUEL JOHNSON

IN TEN VOLUMES

LONDON: Printed by A. MILLAR, in Pall-mall.

1742.

Vol. III.



## Tab. 16. Psoriasis vulg. confl.

H. C., 41 Jahre alt, Schuhmachergehilfe. Aufg. 22. I. 1896.

### Anamnese:

Vor 4 Jahren war Pat. mit demselben Leiden behandelt.

Seit 5 Monaten bemerkt Pat. das Wiederauftreten der Hautkrankheit. Er hat Waschungen mit Petroleum angewendet, doch weil er keinen Erfolg sah, suchte er das Spital auf.

### Status praesens:

Der ganze Körper des Pat. ist mit psoriatic. Efflorescenzen besetzt. An einzelnen Stellen konfluieren dieselben, so dass die Haut daselbst gleichförmig rot und mit Schuppen bedeckt ist. Dies ist namentlich an beiden Unterschenkeln, an der Aussenseite beider Oberschenkel, in der Lumbalgegend und an den Streckseiten der Vorderarme nachweislich. Ueber den Ellbogengelenken sind die Efflorescenzen schütterer. Am behaarten Kopfteil ist der Ausschlag vollständig zusammenhängend, so dass die Kopfhaut mit den Haaren eine dicke weissliche Kruste bildet. — Am Stamme, am Kinn und an der Stirne sind einzeln stehende Efflorescenzen von Stecknadelkopf- bis Erbsengrösse.

Alle Efflorescenzen sind mässig über das Niveau erhaben, mit kleinsten weissen Schüppchen bedeckt und von einem etwa  $\frac{1}{2}$  mm breiten roten Rande umrahmt.

### Therapie:

Chrysarobinsalbe.

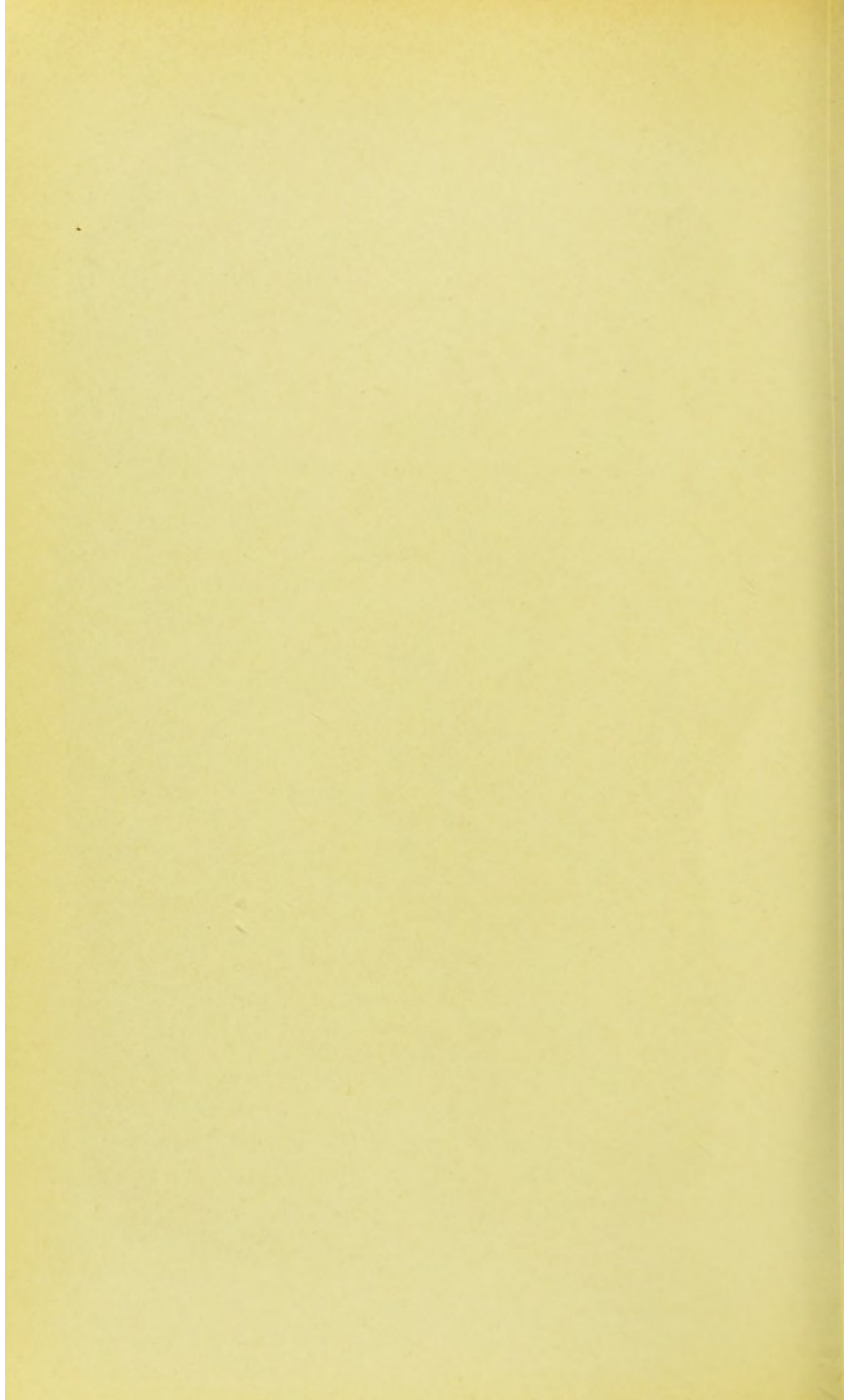
28. Nach 10tägiger Behandlung wurde die Salbe wegen Conjunctivitis ausgesetzt, doch wurde diese aber nach einigen Tagen wieder angewendet. Heilung.

---

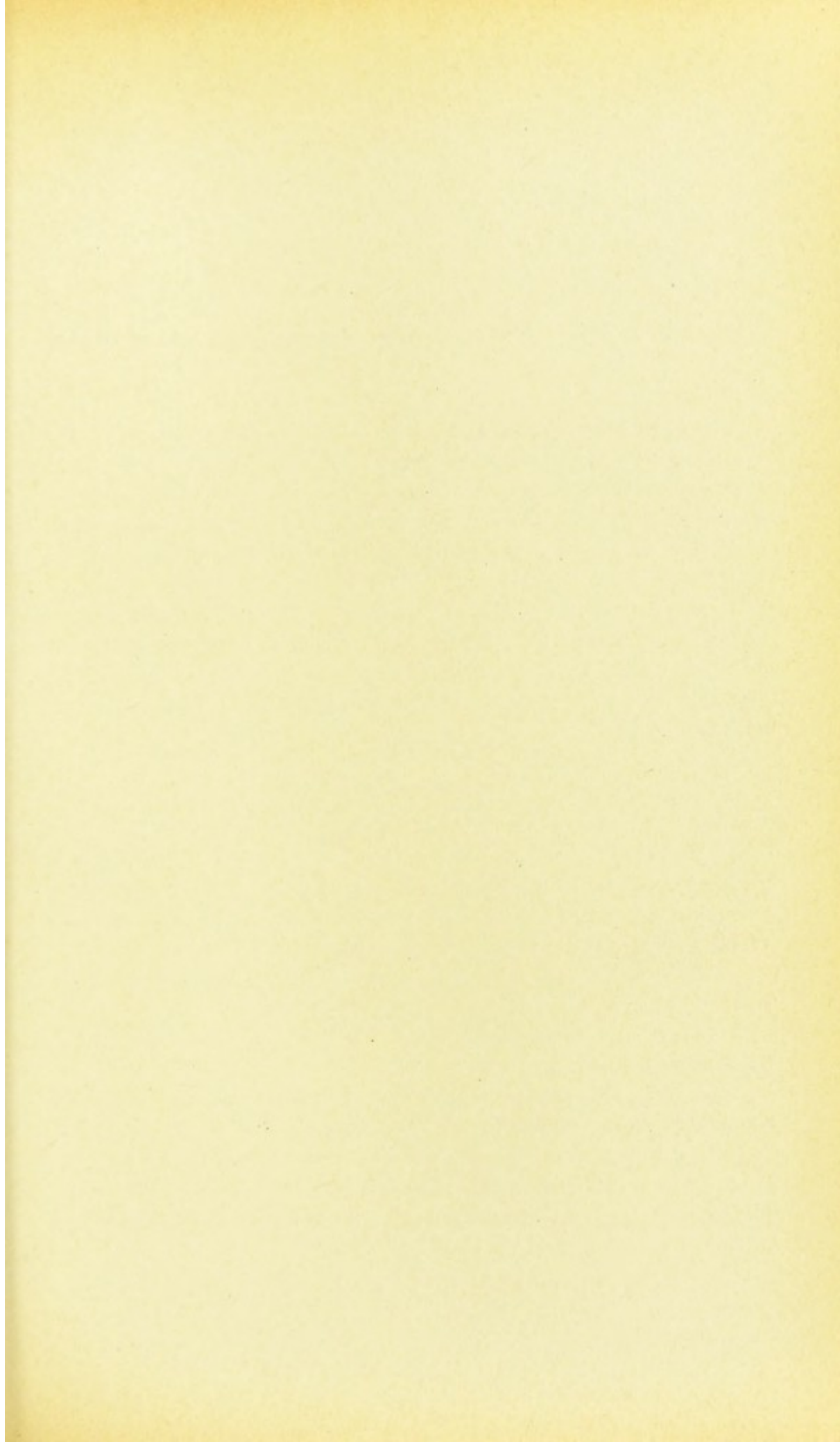














Tab. 17, 18. Psor. vulg. numularis et scutata.

S. J., 64 Jahre alt, ledig, Weinbauer; aufgenommen den 5. II. 1896.

Er gibt an, immer gesund gewesen zu sein, bis er im Jahre 1868 ohne merkliche Veranlassung rasch seine Haare verlor. Mässiger Potator. Seine jetzige Erkrankung soll sich zum erstenmale vor ca. einem halben Jahre gezeigt haben, und zwar an den Händen und am Stamme.

Unter mässigem Jucken bildeten sich Blasen, welche platzten und deren Inhalt sich zu Borken umwandelte. Lange Zeit hindurch hat Pat. diese angetrockneten Borken mit Oel losgelöst, sie bildeten sich aber immer wieder. Am Kopf und Gesicht kam der Ausschlag erst später zum Vorschein.

Status praesens:

Pat. von kräftigem Knochenbau, schlecht genährt.

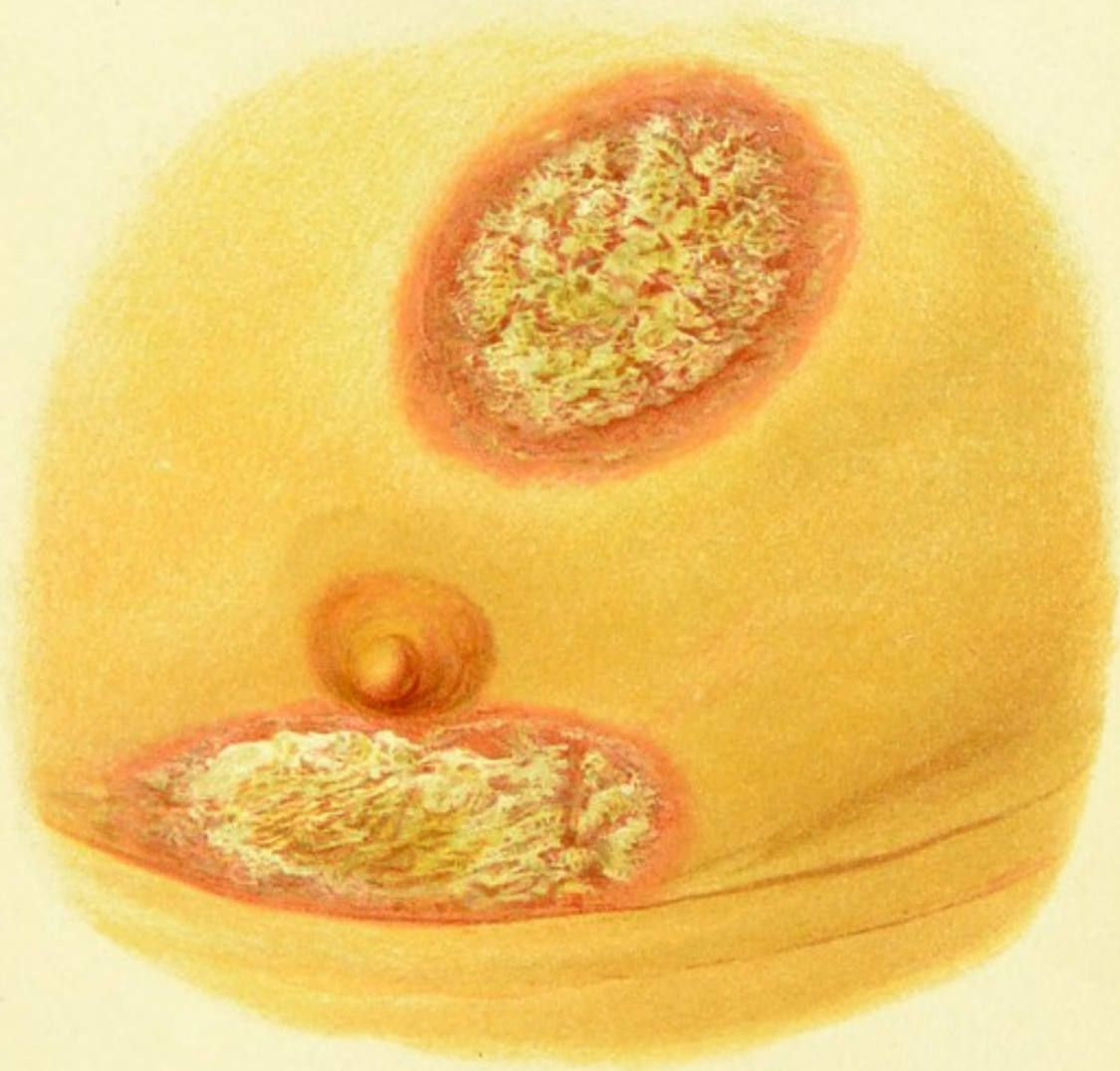
Am Kopfe sind dicke, weisslich-braune Borken derart entwickelt, dass sie im Zusammenhange losgelöst einen negativen Abguss des Schädels darstellen würden. Darunter ist die haarlose Hautdecke verdünnt, hyperämisch.

Im Gesichte befinden sich um die Augenlider herum eczematöse, nässende Stellen.

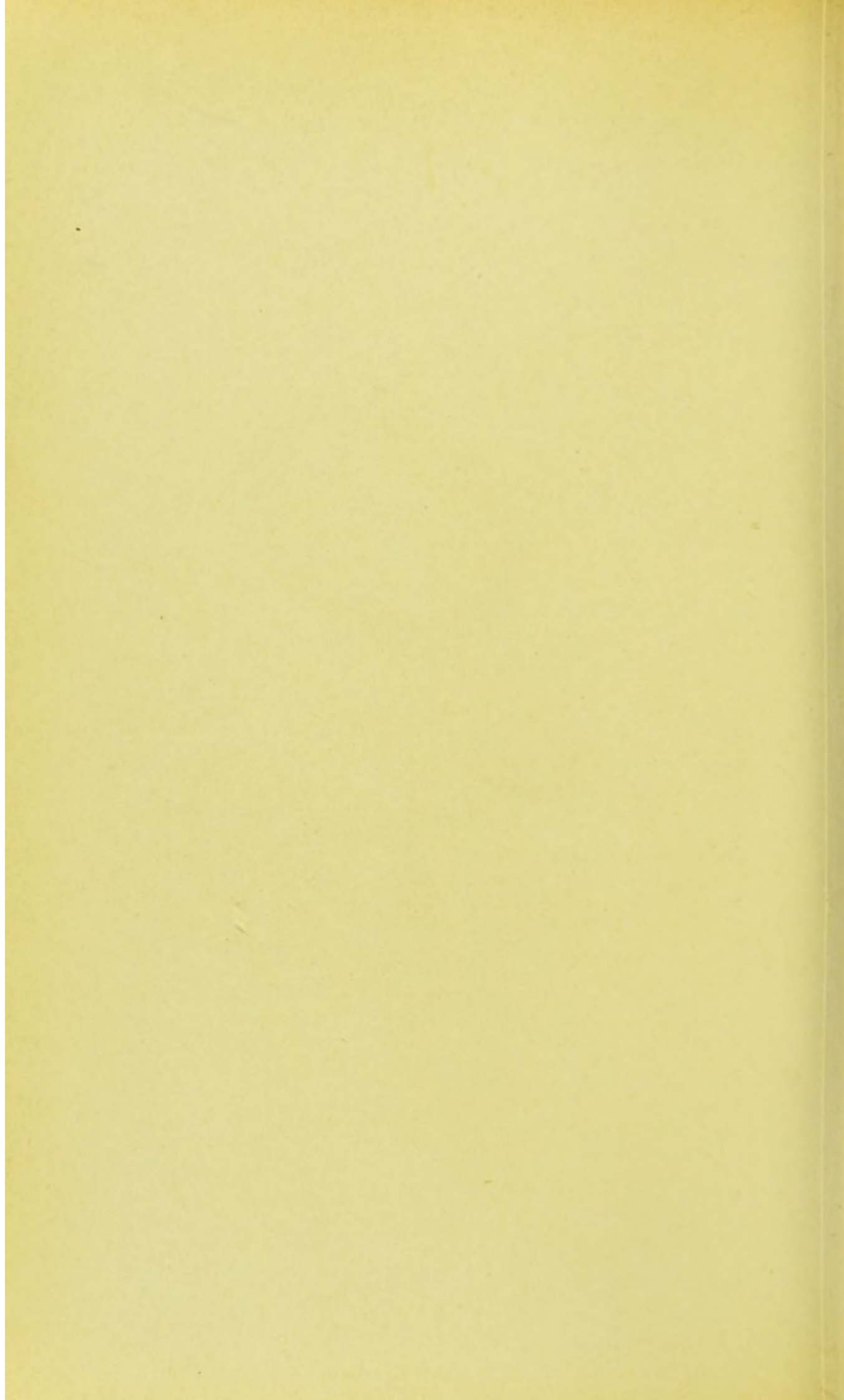
Chronischer Bindehautkatarrh, mässiges Ectropium der Unterlider und vermehrter Thränenfluss.

Am Stamme (Brust und obere Bauchregion) und den Extremitäten sind ausgedehnte Erkrankungen der Haut, in Form von isolierten zweimarkstück- bis flachhandgrossen und darüber ausgebreiteten Feldern. Die einzelnen Plaques zeigen im Centrum dichtstehende

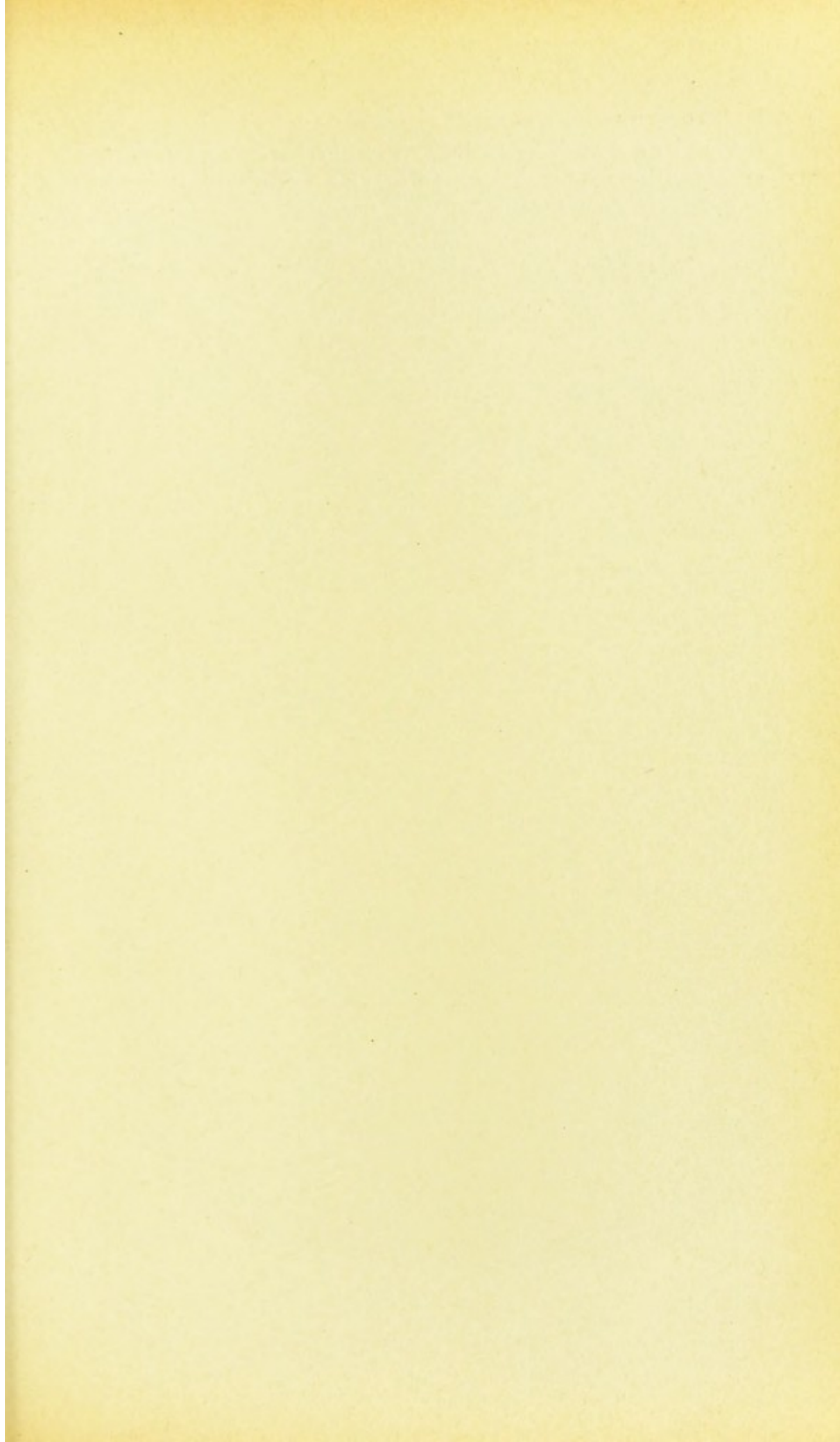














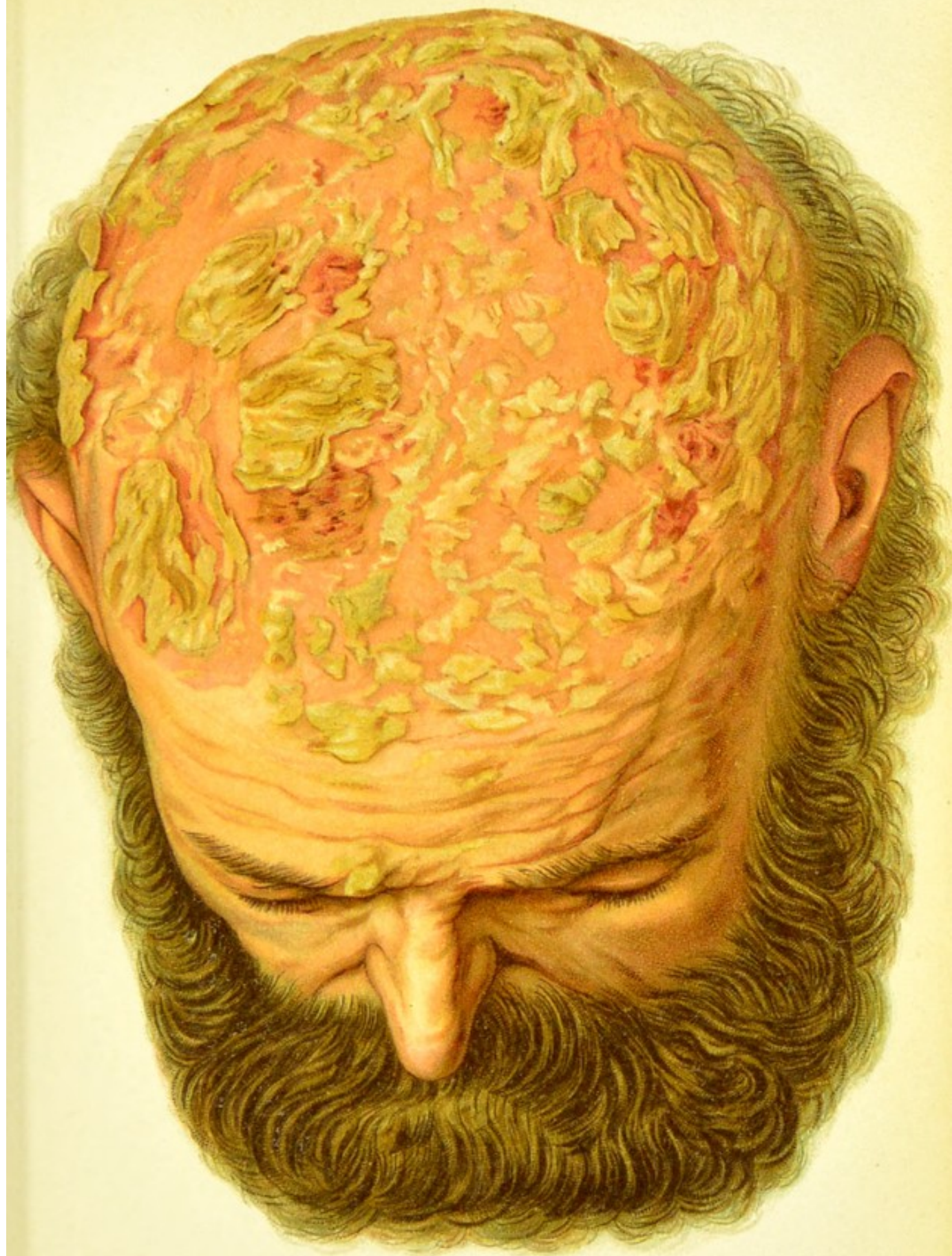
Schuppenauflagerungen mit einem peripheren hyperämischen Rand. Blasenbildung kann man der Zeit nirgends konstatieren. Zwei der jüngsten Placques um die Brustwarzen sind abgebildet; ebenso der Kopf nach teilweiser Ablösung der Borken.

• Therapie:

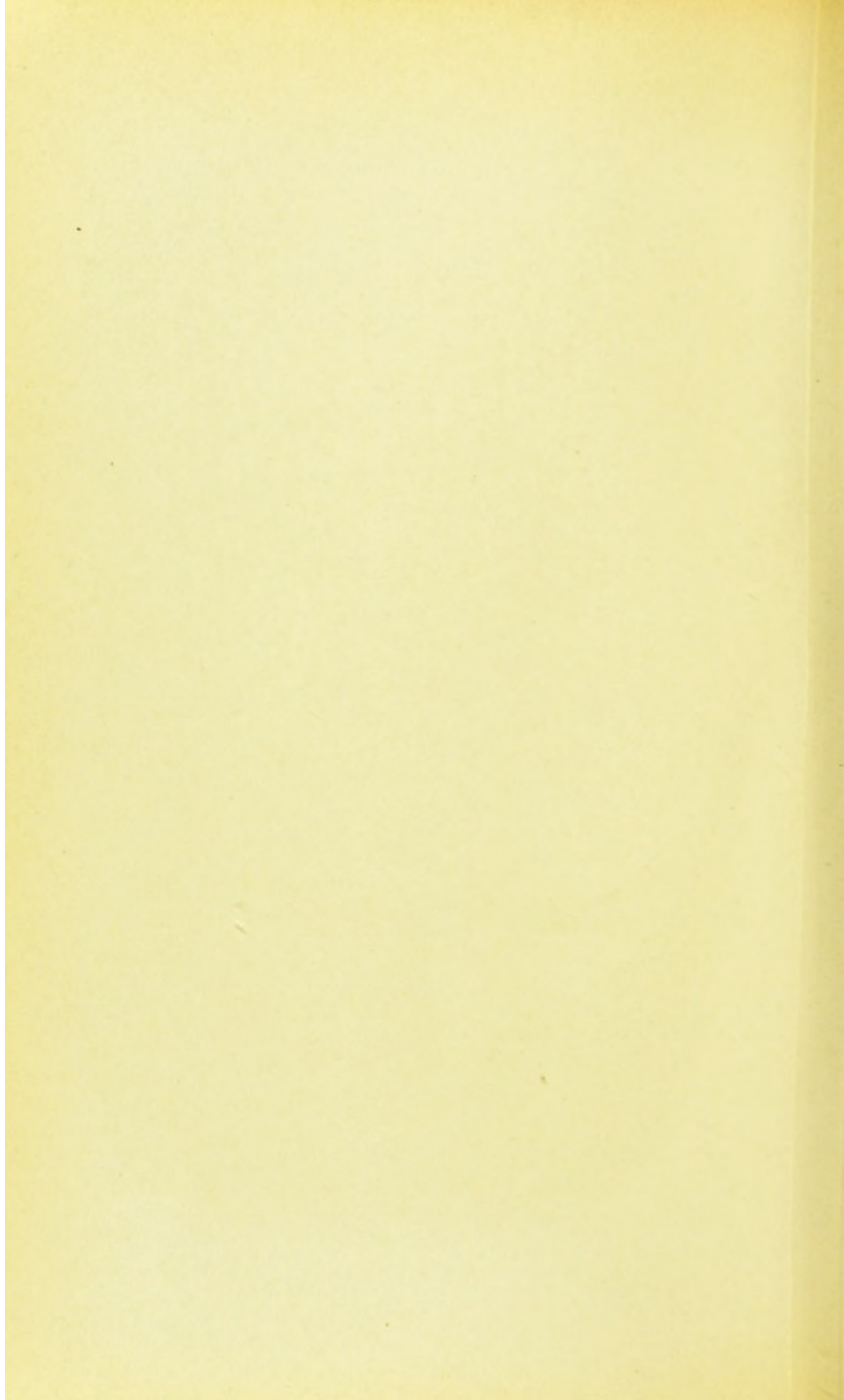
Ung. Diachyl. — Oel — Leberthran. Weisse Praecipitatsalbe, Pyrogallus. Heilung.

---











## Tab. 19 u. 19a. Psoriasis annularis.

H. F., 21 Jahre, Tagelöhner; aufgenommen 6. Juli 1896.

Seit 8 Jahren besteht auf der Haut eine Knötchenbildung mit Abschuppung. Die vor 2 Jahren von anderer Seite eingeleitete Behandlung mit Theertinktur und Tropfen (Arsen?) sowie die im Winter durch 3 Monate mit Pyrogallus, Chrysarobin und Pillen blieb ohne Erfolg.

Status praesens:

Pat. mittelkräftig, von mässigem Knochenbau und Muskulatur. Innere Organe normal.

Am Rumpfe und den oberen Extremitäten sind punktförmige bis linsengrosse in der Mitte mit Schüppchen bedeckte rote Knötchen mit einem schmalen, roten Saum, sowie grössererundliche Efflorescenzen mit infiltrierter Basis. Speziell am Bauch und dem oberen Drittel der unteren Gliedmassen befinden sich Herde, bestehend aus einem infiltrierten, roten, schuppenlosen Centrum, das von einem ringförmigen mit glänzenden, weissen Schuppen bedeckten Saum umgeben ist.

Darreichung von Thyrojojin in Kapseln à 0,50 mit 1 Stück angefangen, alle 3 Tage um 1 Stück steigend.

Bei fortwährender Kontrolle des Pulses, der im ganzen Grossen nicht erheblichen Schwankungen unterlag, und des Körpergewichtes,



das sich in den Grenzen von 57—52 kg bewegte, besserte sich allmählich der Zustand, so dass am

19. August folgender Status resultierte:

An den Armen sind die Psoriasis-Efflorescenzen blass; Infiltration und Schuppenauflagerung geschwunden.

Auch die Gyri an Brust, Bauch und Rücken zeigen nunmehr einen blassroten, teilweise ins bräunliche spielenden Ton bei zurückgegangener Infiltration und minimaler Schuppenauflagerung. Puls 100, regelmässig.

Anfangs September:

Am Rumpfe sind noch einige leicht erhabene Efflorescenzen, ausserdem noch einige Plaques, die noch etwas gerötet sind.

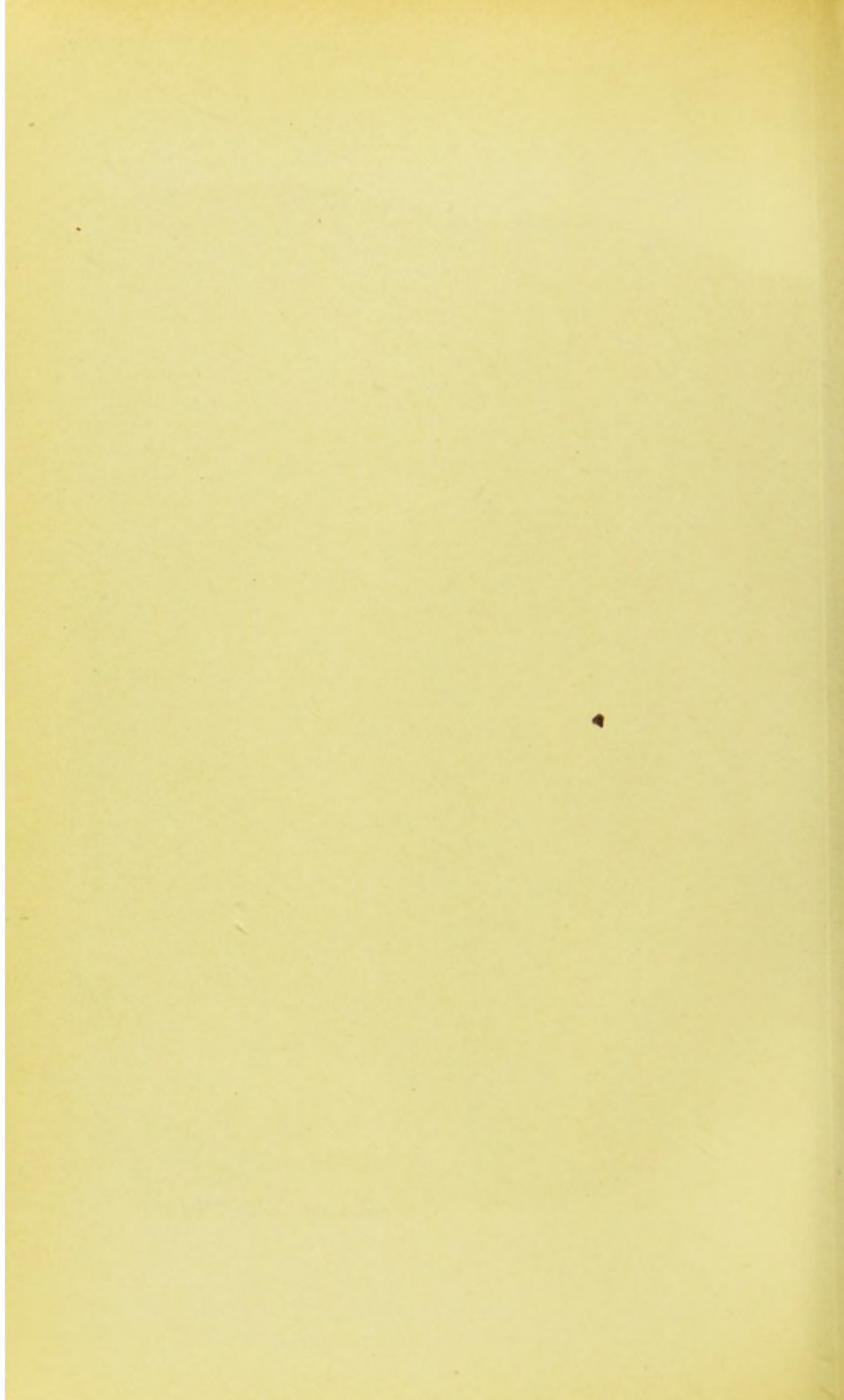
Am 19. September schied Pat. geheilt aus der Behandlung.

---



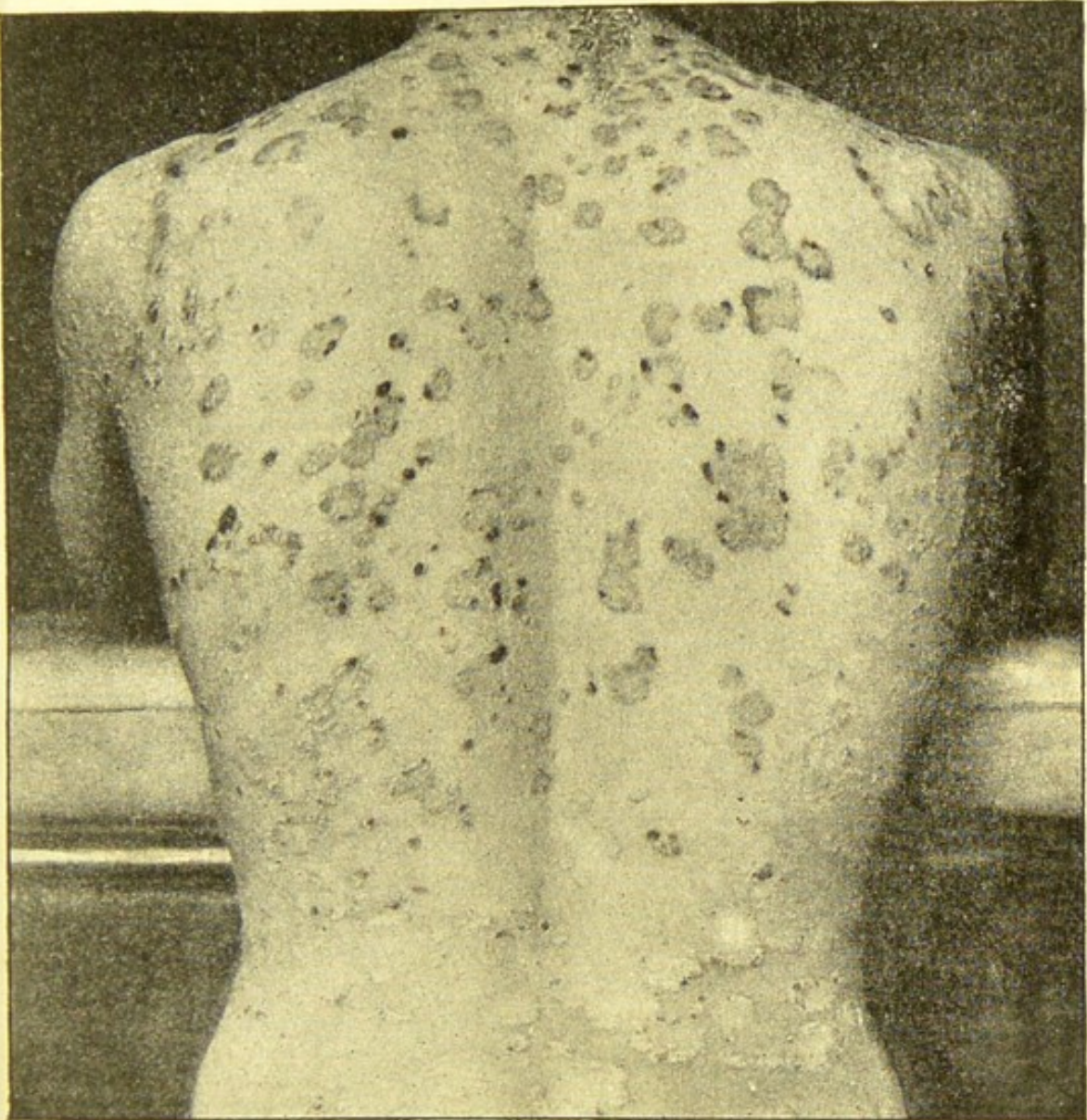








Tab. 19a.





## Tab. 20. Psoriasis annularis serpiginosa.

Ch. F., 21 J., Hilfsarbeiter.

Aufgenommen 15. März 1897.

Patient erkrankte zum erstenmale im Jahre 1893 an Psoriasis. Die Plaques traten damals an den Streckseiten der Ellbogen- und der Kniegelenke auf.

Er wurde damals mit Pyrogallol und Chrysarobin behandelt, worauf sich sein Zustand besserte.

Seit einem Jahre bemerkt er eine Aenderung der Plaques, central eine Heilung, peripher ein Fortschreiten derselben.

Status praesens.

Patient gracil gebaut, mässig genährt. Innere Organe normal.

Am Stamm und an den Extremitäten neben diffus zerstreuten Efflorescenzen von Psoriasis punctata, guttata und nummularis kreisförmige oder länglich runde Herde, welche eine braun pigmentierte Hautpartie einschliessen. Die Ränder sind erhaben, gerötet und mit Schuppen bedeckt.

Da und dort finden sich innerhalb dieses pigmentierten Centrums linsen- bis erbsengrosse Plaques.

An den Seitenteilen von Brust und Bauch, dann auch am Rücken walten Formen von Psoriasis annularis, gyrata und figurata vor, deren centrale und periphere Partien ein ähnliches Verhalten zeigen.

Bei der Ansicht von rückwärts lässt sich eine gewisse Symmetrie in der Anordnung der Plaques nicht verkennen.

Die Kopfhaut ist gerötet, mit dicken Schuppen bedeckt.

Körpergewicht am 17. März 54,5 kg.

Therapie: Jodothylin.

6. IV. Körpergewicht 52,1 kg.

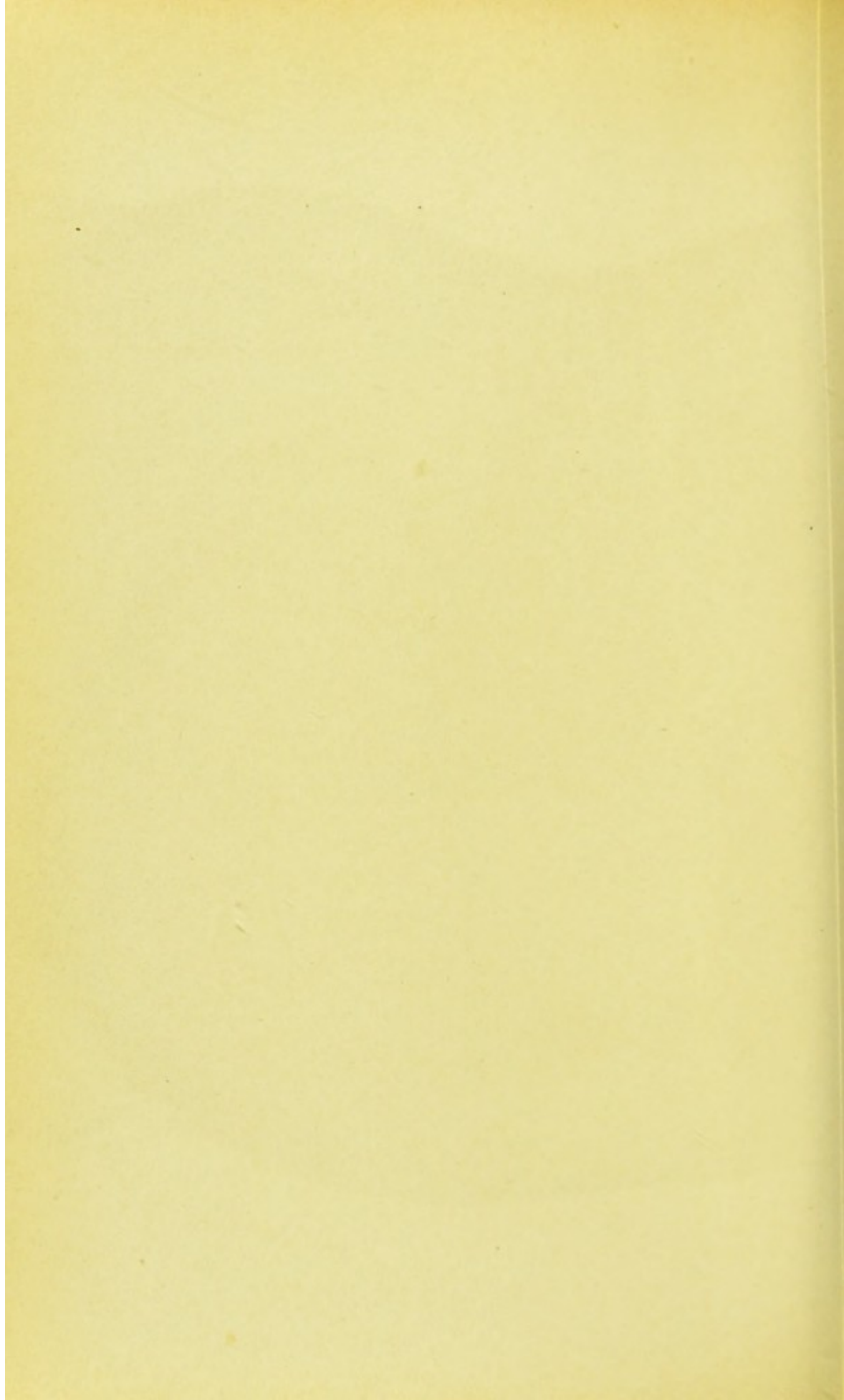
16. IV. P. wurde auf Verlangen gebessert entlassen.

---











IV a.



Tab. 21, 21a u. 21b. Psoriasis vulgaris. Cornua cutanea. Degeneratio ex diathesi uratica manus dextr. et ped. sin.

H. J., 58 J., Gastwirt.

Aufgenommen am 5. Mai 1897.

Aus den Angaben des Kranken geht hervor, dass sein Vater gichtleidend war. Er selbst machte im Jahre 1881, in seinem 33. Lebensjahre eine Krankheit durch, welche mit Mattigkeit im ganzen Körper begann. Die Schwäche nahm zu, die Knöchel an den Füßen waren angeschwollen. Der Zustand hatte einige Monate bis zur Besserung gedauert.

Im Jahre 1883 war Patient abermals krank und musste wegen Schwellung und Schmerzhaftigkeit in allen Gelenken, namentlich in denen der unteren Extremitäten und im Kreuze das Bett hüten.

Im Jahre 1887 machte Patient abermals eine ähnliche Erkrankung durch.

Im Jahre 1891 entwickelte sich eine Geschwulst am Kopfe, welche durch einen operativen Eingriff entfernt werden musste.

Im Jahre 1889 traten schuppige Knötchen am rechten Schultergelenk auf, seitdem entstanden ähnliche Efflorescenzen an den Extremitäten und am Stamme. Die Hände waren immer frei. Erst seit 3 Monaten besteht auch an diesen die Affektion nebst Schmerzhaftigkeit in der rechten Hand. In der letzten Zeit magert der Patient sehr bedeutend ab. Appetit ist gut, die Entleerungen sind träge, oft bis zu 5 Tagen angehalten. Die 24 stündige Harnmenge ergibt eine absolute Vermehrung der Harnsäure. Ausfallen eines reichlichen Harnsäuresedimentes bei normaler Harnmenge von 1500 cm<sup>3</sup>.

Harnbefund: Harnsäure 1,02 gr.

Gesamt P<sub>2</sub>O<sub>5</sub> 1,32 gr.

Neutrale P<sub>2</sub>O<sub>5</sub> 0,78 gr.

Zernerscher Coefficient 1,3 (gegen 0,35 normal, es besteht also ein bedeutend herabgesetztes Harnsäurelösungsvermögen).

Status praesens.

Patient ist gross, sehr abgemagert, blass, von gracilem Knochenbau. Normale Temperatur, Puls 63, gut gefüllt. Arterienwand rigid.

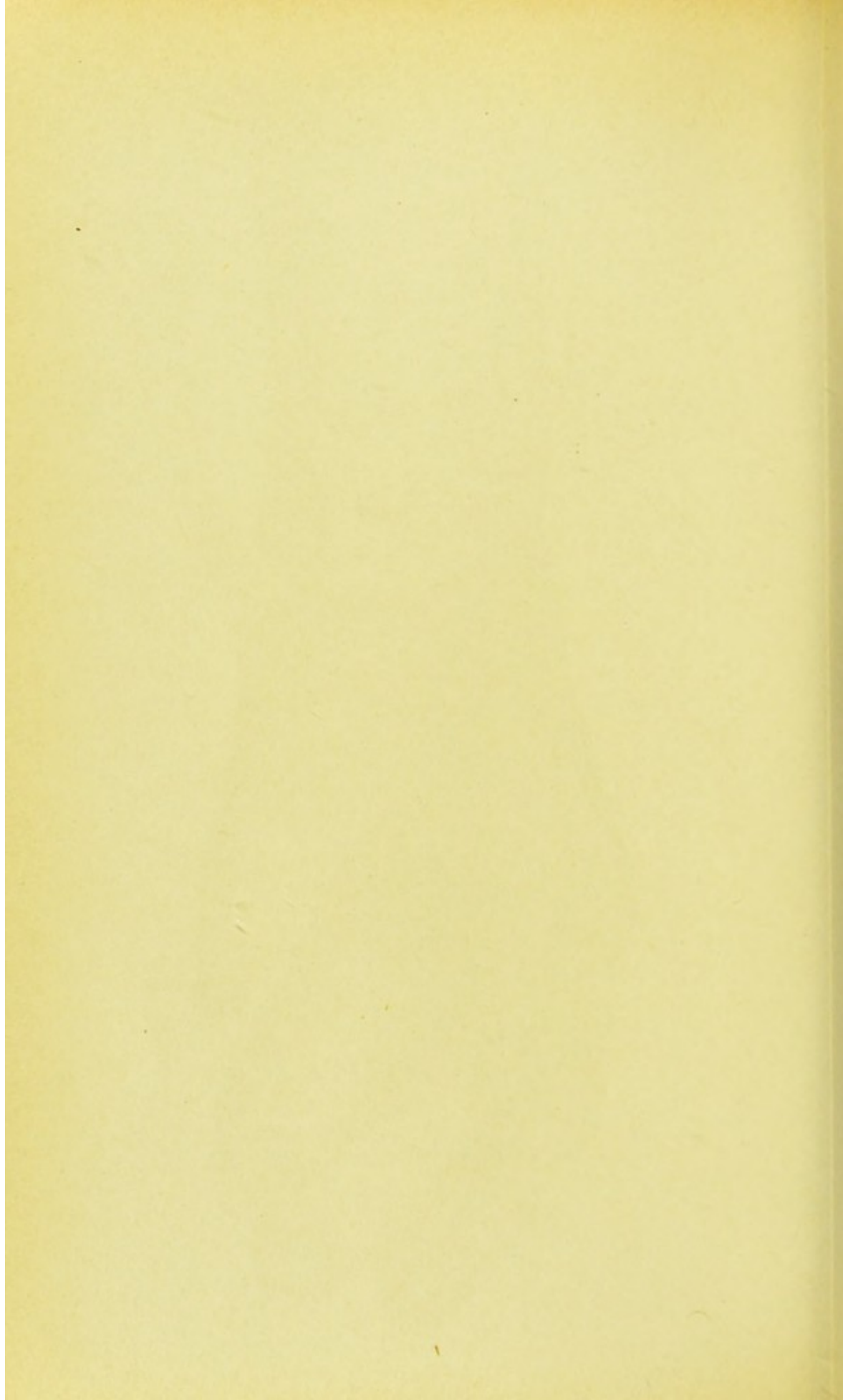


Tab. 21.



*Lith. Anst. F. Reichhold, München.*







Lunge emphysematös, über derselben reichliches Schnurren und Pfeifen hörbar.

Keine absolute Herzdämpfung nachweisbar.

Leber und Milz nicht tastbar.

Die Haut im allgemeinen trocken, lässt sich leicht falten, da das Unterhautfettgewebe geschwunden ist.

An beiden Vorderarmen ist die Haut von pergamentartiger Konsistenz und gefaltet; noch dickere Falten bildet sie über beiden Oberschenkeln. Mit Ausnahme des Gesichtes, Hals, Brust und Rücken bis zur Kreuzbeingegend sieht man allenthalben an der Haut Efflorescenzen von Linsen- bis Handtellergrösse (*Proriasis guttata et numularis*).

An einzelnen Stellen, wie am Gesäss und den Unterschenkeln konfluieren dieselben zu Guirlandenformen.

Entsprechend dem *olecranon sin.* ist eine kastaniengrosse, halbkugelig wie eine Schale auf der Unterlage aufliegende, harte, fest anhaftende schildartige Schuppe, in deren Umgebung ein roter, infiltrierter Wall sich befindet. Ähnlich beschaffene, kleinere Borkenauflagerungen von mehr kegelartiger Form sind an den Vorderarmen, Händen und unteren Extremitäten.

Nach Abheben eines solchen Schildes, beziehungsweise Hornes, tritt der Papillarkörper, leicht blutend, zu Tage.

An der Streckseite des rechten Ellbogengelenkes sind gewöhnliche psoriatische Plaques.

An den Streckseiten beider Kniegelenke sind honiggelbe Borkenaufreibeisenartiger, rauher Haut.

An der Streckseite der 2. Gelenkreihen sämtlicher Finger der linken Hand sitzen hornartig vorspringende, aus konzentrisch übereinander geschichteten Schuppen bestehende Borken, infolge deren die Finger in diesen Gelenken winkelig gebeugt sind und nicht gestreckt werden können, wozu übrigens auch die Steifheit der Gelenke an und für sich beiträgt.

Die Nägel dieser Finger sind um ein Mehrfaches



## Tab. 22 u. 22 a. Lichen ruber planus.

U. S., 41 Jahre, Revidentensfrau.

Das Exanthem ist lokalisiert über Brust, Rücken, und Hals. Das Gesicht ist frei. An den oberen Extremitäten sind vorwiegend die Beugeseiten befallen, während an den Streckseiten nur vereinzelte Efflorescenzen sichtbar sind. An den unteren Extremitäten sind namentlich die innere Vorderschenkelfläche, an den Unterschenkeln vorwiegend die Beugeflächen beteiligt. Ueber Brust und Rücken, über der inneren Seite der Oberschenkel sind die einzelnen Efflorescenzen durch Konfluenz undeutlicher, dazwischen nur streifenförmig unregelmässige Felder normaler Haut. An diesen Stellen ist die Haut fast gleichförmig kupferrot mit einem Stich ins Bräunliche, chagreniert, da und dort mit kleinen weisslichen fest anhaftenden Schüppchen bedeckt. Da, wo die Affektion ausklingt z. B. an der Begrenzung gegen das freie Gesicht oder gegen die Mitte des Unterarmes, ist ihre Zusammensetzung aus roten folliculären, bei Palpation resistenten, auf Fingerdruck erblassenden hirsekorngrossen Knötchen erkenntlich. Auf der Höhe dieser einzelnen Knötchen ist fast allenthalben ein centrales Schüppchen abschilfender Epidermis erkennbar.

An einzelnen Stellen sind die Efflorescenzen durch Kratzeffekte verletzt und mit hämorrhagischen Borken bedeckt, matt glänzend. Mundschleimhaut vollständig frei.

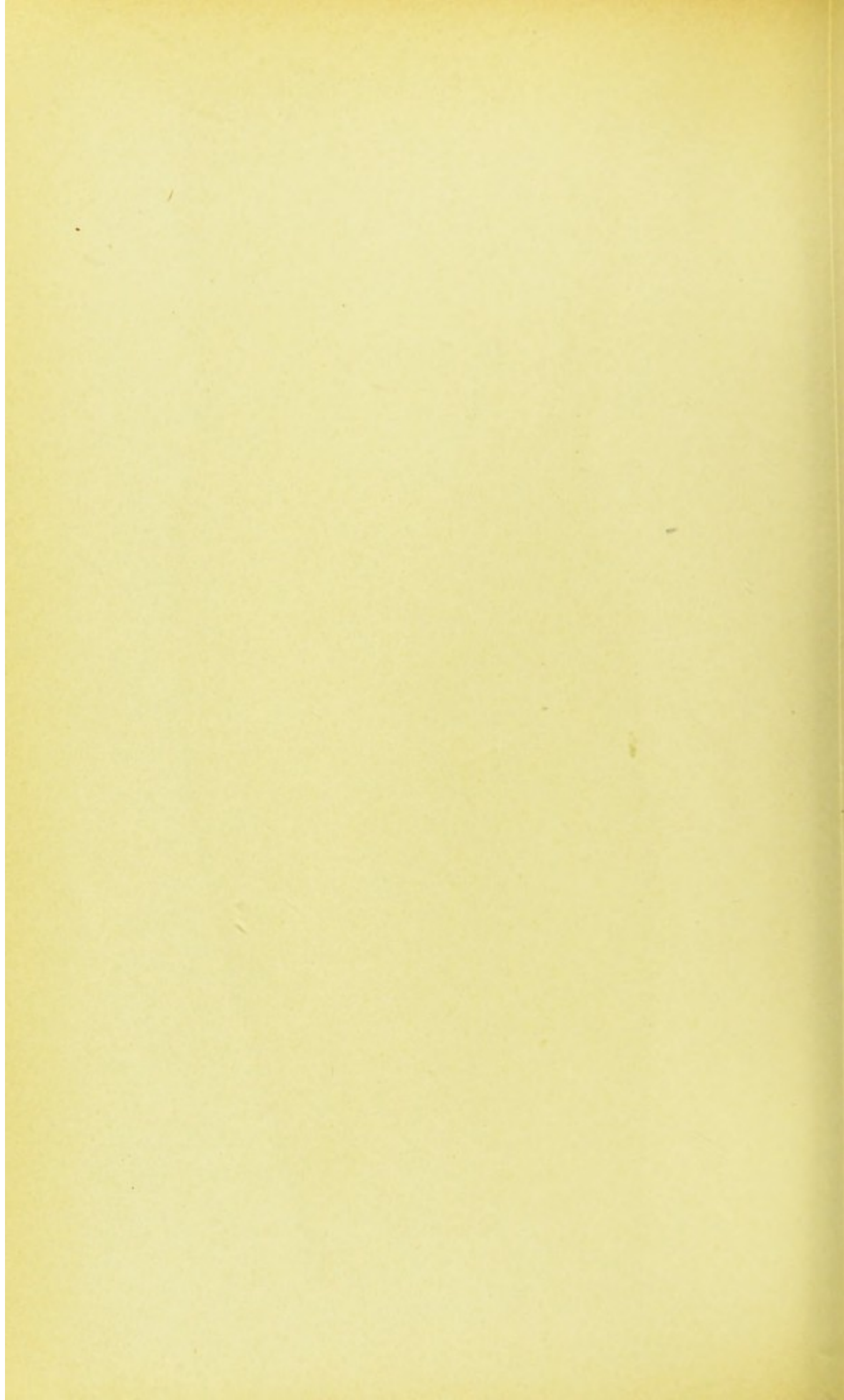
Patientin bekam intern asiatische Pillen und lokal Salicyl- und Resorcinsalben.

---



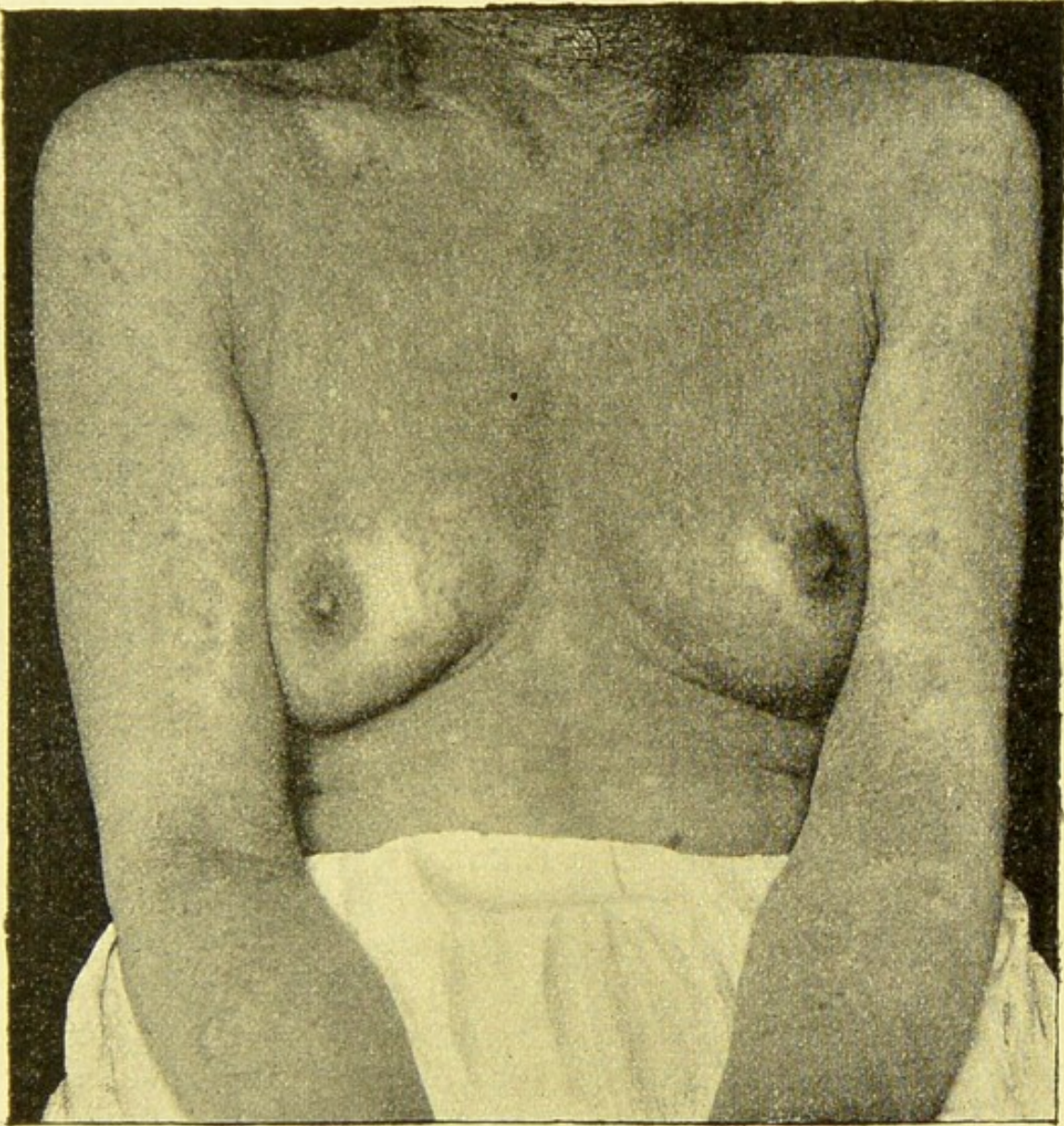








Tab. 22 a.





## Tab. 23, 23a. Eczema artificiale vesiculosum.

Ch. K.; aufgenommen am 16. I. 1896.

Der Kranke war bei der Aufnahme mit Scabies behaftet. Am 16. und 17. hat er Naphtol-Schmierseife gegen Scabies eingerieben. Am 19. erkrankte er unter Fieber. 38,2; 39,1 abends. Auf der äusseren Haut zeigte sich ein Eczem. Am 20. war die Temperatur früh morgens 38; abends 39. Die Bläscheneruption des Eczems dauert fort. Der Kranke hat im Harne grosse Mengen Eiweiss. Am 21. sank die Temp. auf 37,6; 37,1 und die Bläschen waren zum grössten Teil abgetrocknet.

Die vom Maler aufgenommene Hautwarderinneren vorderen und äusseren Schenkelfläche des rechten mittleren Oberschenkels entnommen (cnf. Tab. 23a).

Die am wenigsten afficierte äussere Oberschenkelfläche ist von unregelmässig zerstreuten Knötchen besät, die zum Teil angetrocknete, dünne Borken, zum Teil eine rissige Epidermis an der Oberfläche zeigen.

Die vordere Fläche der Schenkel ist von gelblichen Bläschen besät, deren Umgebung leicht gerötet ist.

Die Grösse der Bläschen variiert zwischen Stecknadelkopfgrosse und Linsengrösse. An einigen Stellen sind dieselben zu unregelmässigen Haufen konfluiert, wobei die Epidermis durch den Eiterinhalt an einzelstehenden Bläschen abgehoben ist. An der inneren Schenkelfläche ist die Epidermis zu glänzenden Krusten von gelblicher Farbe angetrocknet und durch weisliche Linien (Risse) in unregelmässige Felder geteilt.

Am 22. sind alle Pusteln angetrocknet, und die entzündlichen Erscheinungen zurückgegangen. Pat. befindet sich wohler.

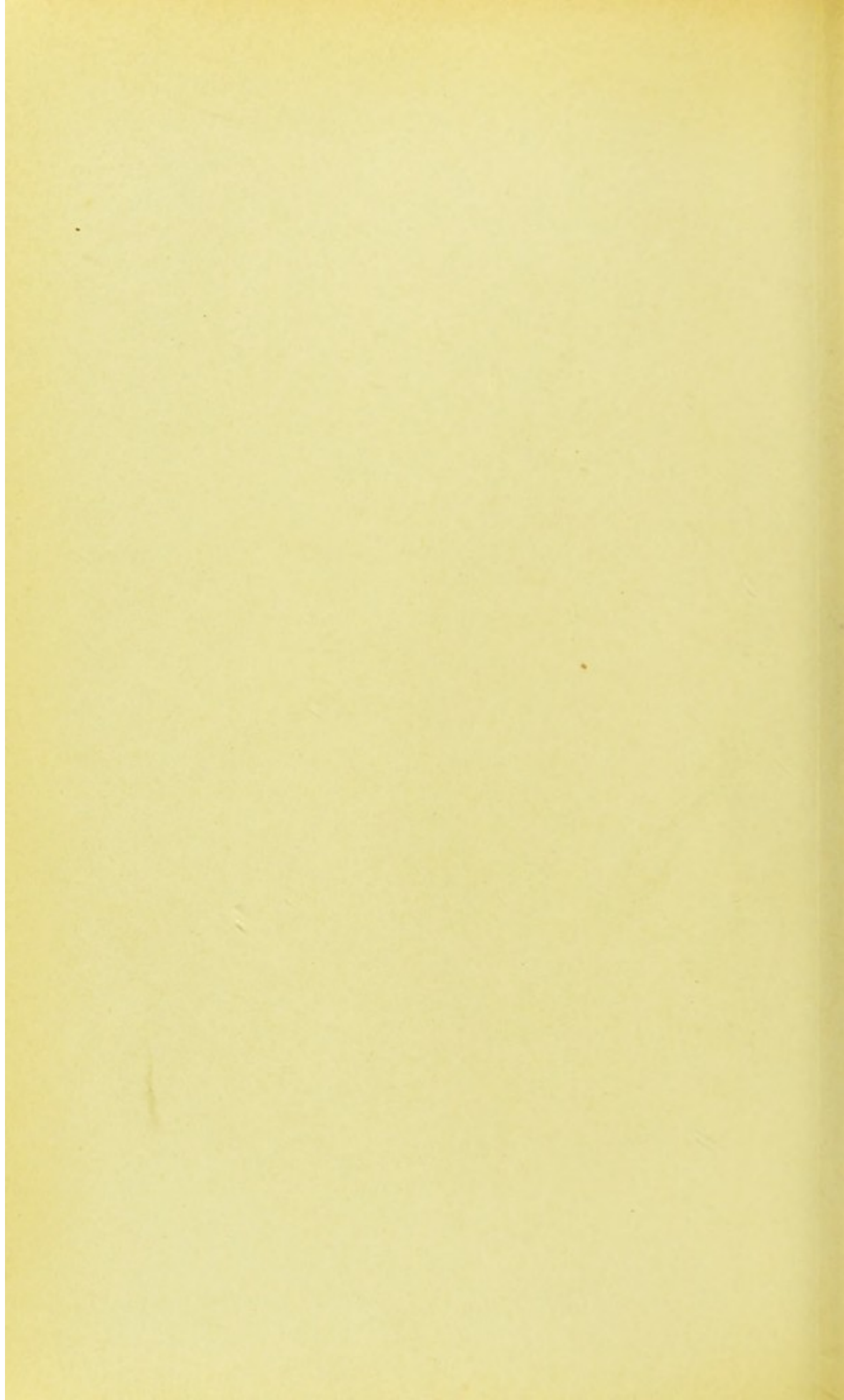
Infolge von Naphtol (6,5%) entstand die Dermatitis. Es wurde Naphtol aufgenommen, reizte die Nieren, so dass gleich anfangs grosse Mengen Eiweiss und Naphtol (nach der Lustgartnerschen Methode) im Harn nachgewiesen worden sind.

---



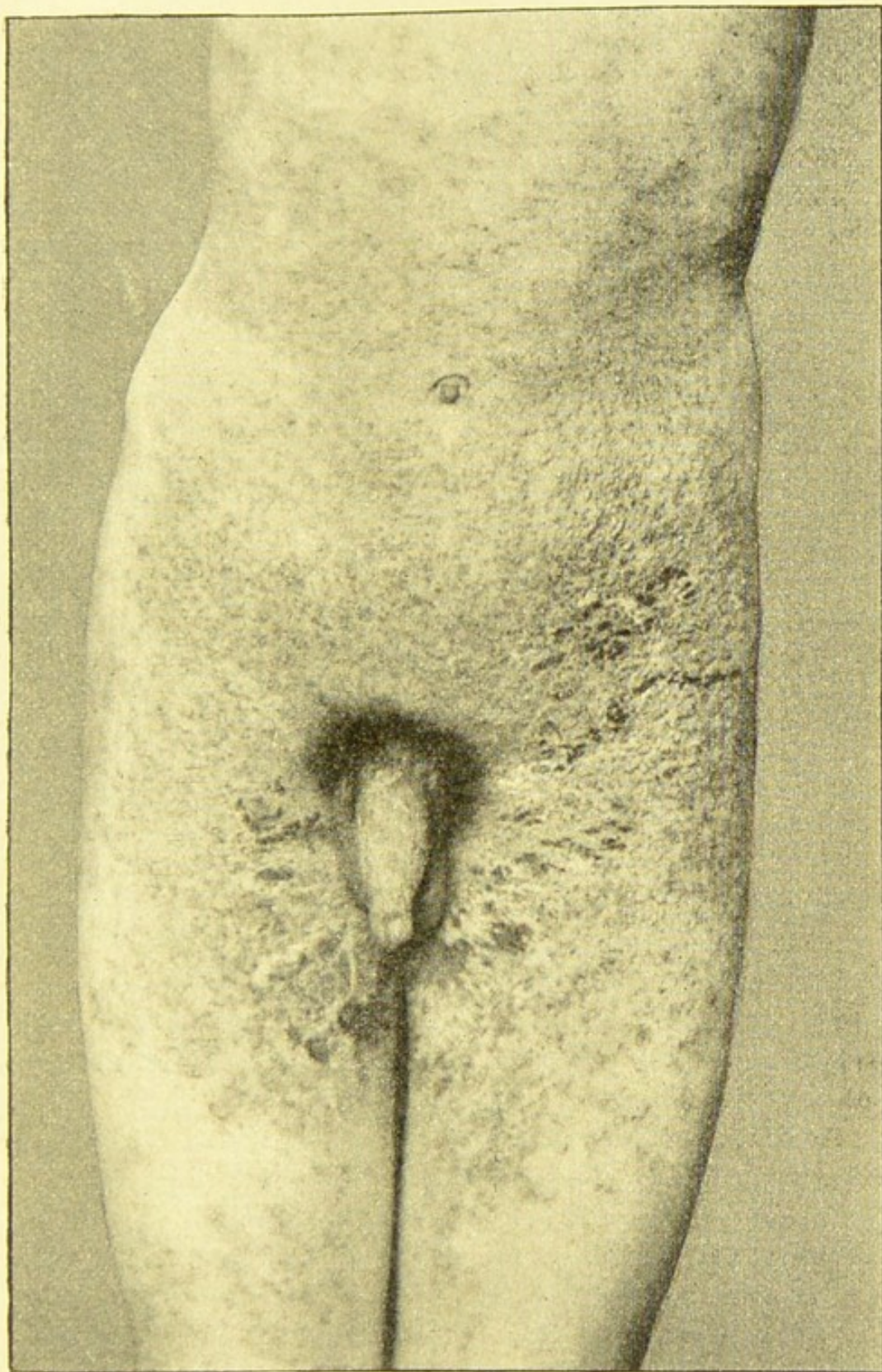








Tab. 23 a.





## Tab. 24. Eczema artificiale acutum.

Sch. J., 47 Jahre, Arsenalarbeiter; aufgenommen 6. August 1896.

Pat. zog sich am 5. August, indem bei der Arbeit ein glühendes Eisenstück auf ihn fiel, Brandwunden am Halse, Händen und Thorax zu. Anfangs wurde er mit Jodoformgaze, dann mit Kalkwasseröl verbunden.

Status praesens:

Pat. mittelkräftig, gut gebaut. Innere Organe normal.

Am Halse und am rechten Vorderarme bis zum Handgelenke erstrecken sich Verbrennungswunden ersten und zweiten Grades. An der linken seitlichen Thoraxgegend ist eine diffuse Rötung. Temperatur, Puls normal. Allgemeinbefinden nicht gestört.

Borsalbenverband.

Nach der Applikation einer Naphtolsalbe, die sich Patient durch Ungeschicklichkeit einer Warteperson an der Lippenschleimhaut einrieb, verbreitete sich tags darauf über den ganzen Stamm ein Erythem.

Unmittelbar daran anschliessend trat eine starke ödematöse Schwellung des Gesichtes auf; zugleich entwickelte sich ein Eczem fast über dem ganzen Körper besonders an den Oberschenkeln in Form zahlloser eitrigiger Bläschen. Mitunter bekam P. Anfälle von starker Athemnot. Morgentemperatur 38,5.

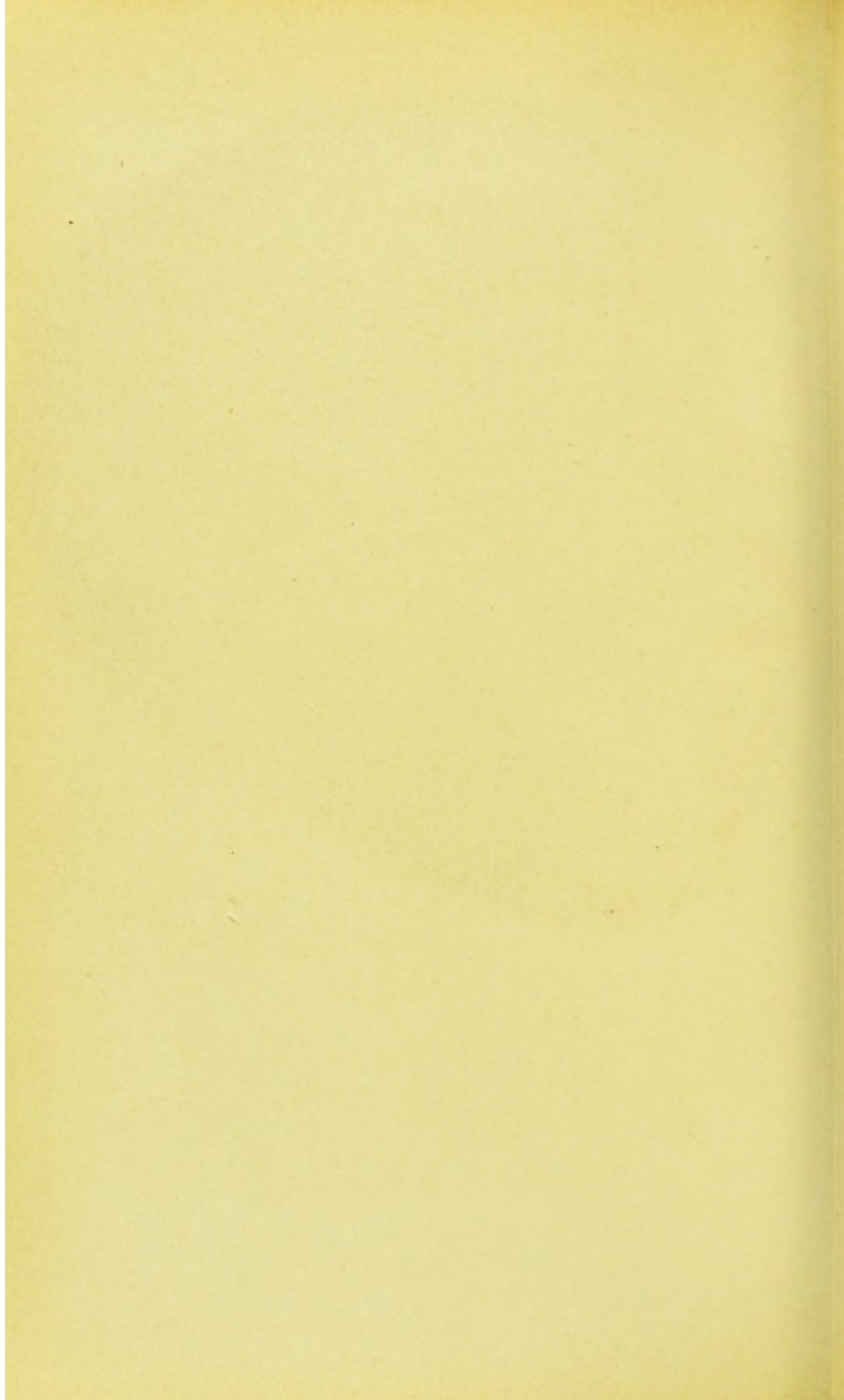
15. August. Die Augen sind durch die Schwellung der Lider verdeckt, so dass das Oeffnen derselben nur in geringem Masse möglich ist. Mund rüsselförmig vorstehend, Lippen stark geschwellt.

Am Kinn und beiden Wangen, an den Oberlippen und in den Nasenöffnungen honiggelbe Borkenauflagerungen, ebensolche am Halse, der rechten oberen Extremität, dem oberen rechten Anteil des Thorax, der Innenfläche beider Oberschenkel und in geringerem Grade an der linken oberen Extremität.











Schon nach zwei Tagen ging die Schwellung des Gesichtes bedeutend zurück. Die Augen konnten schon ziemlich gut geöffnet werden. Die Temperatur ist zur Norm abgefallen. Allgemeinbefinden gut.

25. August. Die Schwellung und Rötung vollkommen geschwunden, nur einzelne Reste des Eczems sind als gerötete Stellen sichtbar.

Pat. wurde geheilt entlassen.



## Tab. 25 u. 25 a. Eczema impetiginosum artificiale.

B. Ph.; aufgenommen 9. XI. 95.

Der wohlaussehende, kräftige Kranke gibt an, seit 2 Monaten einen Ausschlag zu haben, der ihn namentlich abends juckte. Am 22. XI. hatte Pat. durch 5 Tage Ung. dyachyl. 30,0, Vaseline 20,0 mit grosser Vehemenz, namentlich an den Stellen des nun vorhandenen Ausschlages eingerieben, weil ihm das Reiben wohlgethan hat. Nach 5 Behandlungstagen bemerkte er an den erwähnten Stellen das Auftreten einer Entzündung und das Aufschliessen von Eiterblasen.

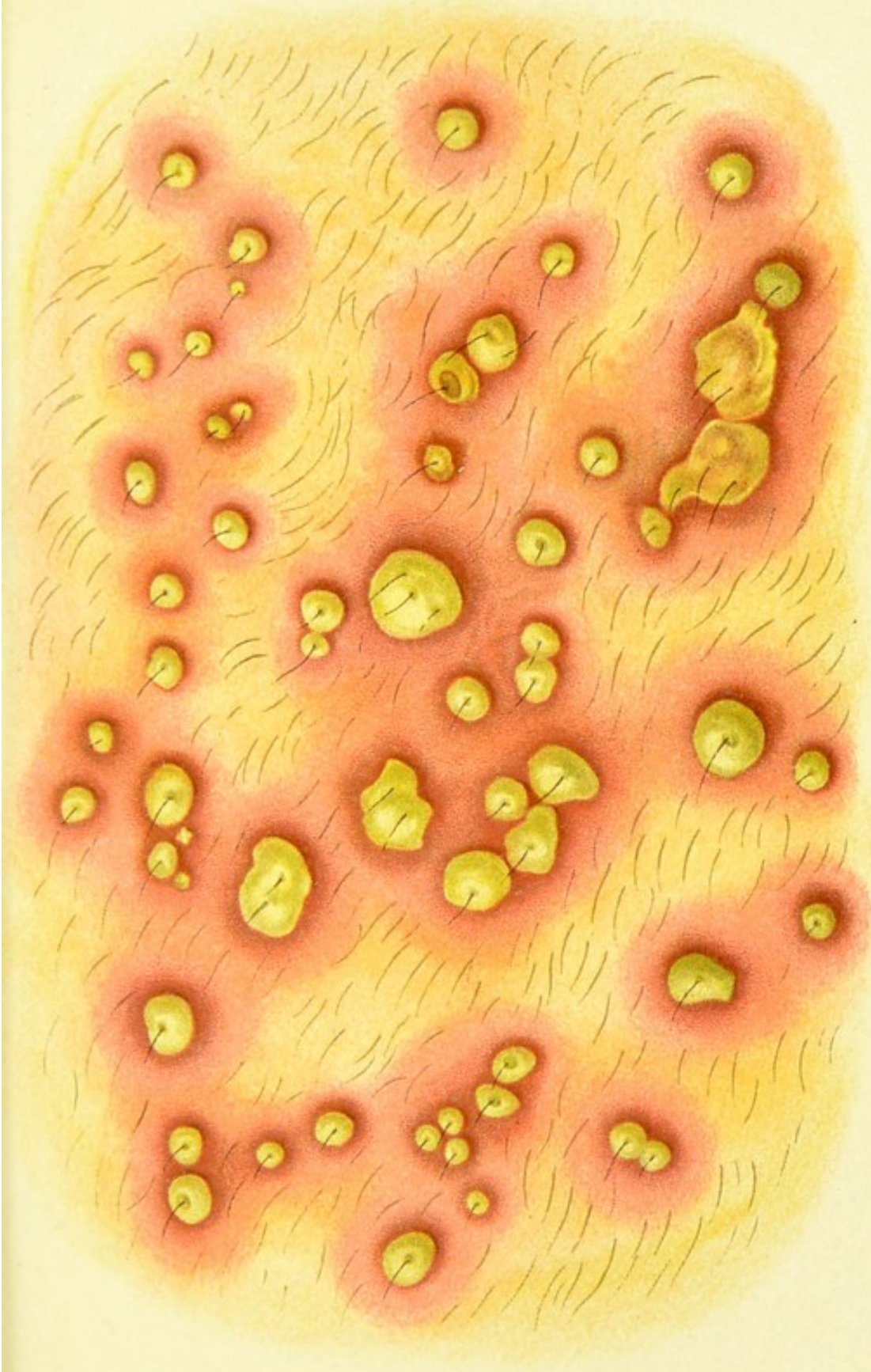
### Status praesens:

Die Streckflächen beider Unterschenkel bis zum unteren Drittel, ebenso die hintere Fläche des rechten Oberschenkels im unteren Drittel sind von unregelmässig gruppierten Eiterblasen besät. Aus der Mitte einer jeden Blase sieht man ein oder mehrere Haare hervor. Die Umgebung der einzelstehenden ist gerötet. Dort aber, wo mehrere neben einander stehen, konfluiert auch die Röte. Dieselbe ist lebhaft und lässt sich mit Leichtigkeit durch Druck für einen Augenblick verdrängen. Eine tiefer gehende Infiltration ist nirgends wahrnehmbar. Die ältesten der Blasen zeigen bereits einen hämorrhagischen Inhalt. Einzelne davon sind geplatzt, worauf die dünne Epidermis mit dem Inhalte zu einer roten Borke angetrocknet ist. Der übrige Körper des Kranken ist frei von Efflorescenzen. Da und dort sieht man einen Kratzeffekt, namentlich an den Beugeflächen und Achselhöhlen.

Der Kranke wurde 3 Tage nach dem Auftreten des Exanthems und 7 Tage nach Beginn der Behandlung aufgenommen; bis zum 20. trockneten alle Pusteln ab, die meisten haben sich abgeschuppt; auch einzelne Furunkel, die inzwischen aufgetreten waren, sind zum Teil geheilt. Pat. wird auf seinen Wunsch am 21. XII. entlassen.

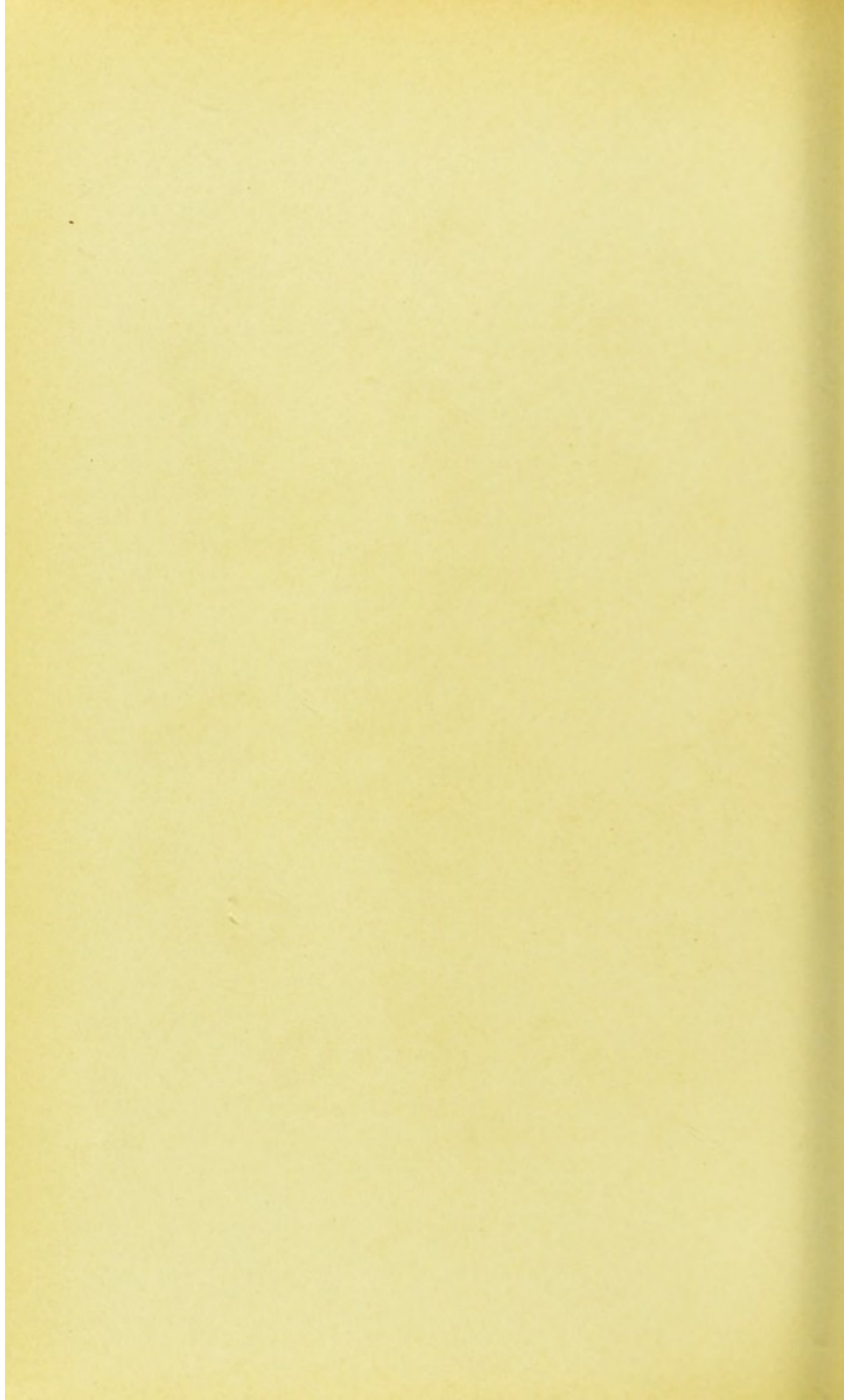
---





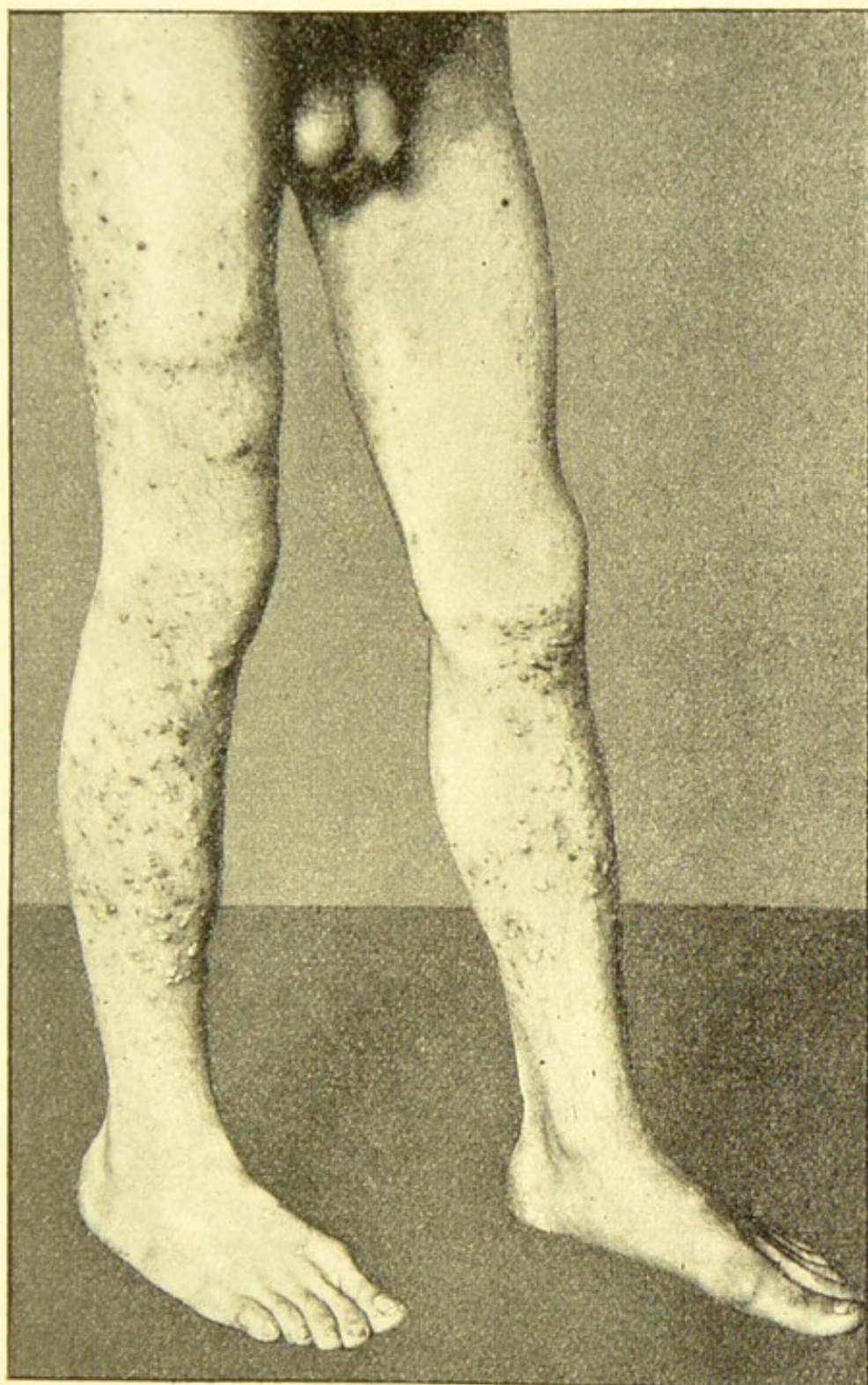
*Lith. Anst. F. Reichhold, München.*







Tab. 25 a.



V a.



## Tab. 26. Eczema marginatum.

B. F., 15 Jahre, Bürgerschüler.

Seit dem 9. Lebensjahre leidet der Patient an dieser Hautaffektion.

Hie und da stellte sich ein leichtes Brennen ein. Zuerst trat das Leiden an der Vorderfläche des rechten später auch am anderen Oberschenkel, in der Schamgegend und an den Genitalien auf.

Status praesens:

Die Haut an der medianen Fläche beider Oberschenkel ist gegen die Leistenbeuge bis auf den mons veneris, lebhaft gerötet und derber anzufühlen. Gegen die normale Haut sind die afficierten Stellen mit einem rotbraunen, zum Teil mit Schuppen besetztem Rande abgegrenzt.

Der erhabene Rand lässt seine Entstehung aus der Konfluenz stecknadelkopf- bis linsengrosser Knötchen erkennen, die Mitte ist unregelmässig zart gefaltet, zum grössten Teile graubräunlich pigmentiert.

Am Scrotum und am Penis sind ebensolche etwas frischere Efflorescenzen, ähnliche am linken Oberschenkel.

Am Stamme finden sich da und dort, namentlich vorne am Thorax, zahlreiche, mohnkorngrosse, gelblich-rötliche Knötchen mit leichter Abschuppung. In beiden Achselhöhlen schuppendes, konfluierendes Eczema marginatum.

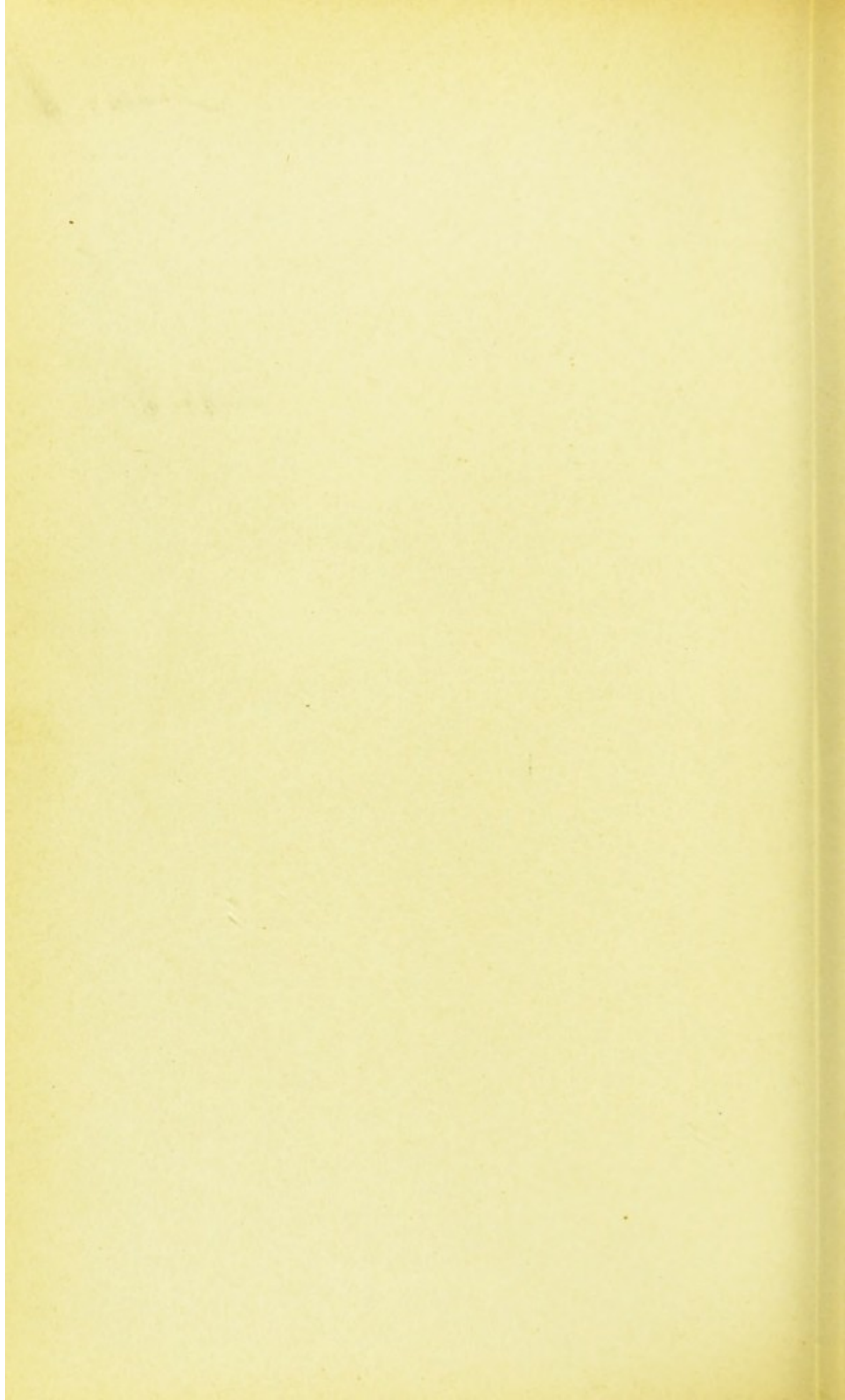
Am behaarten Kopfteil Seborrhoea capitis. Unter Anwendung von Lysol- (5%) und Seifenwaschungen, Naphtholschmierseife und Lassar'scher Salbe wurde Patient nach 31 tägiger Behandlung geheilt entlassen.

---















Tab. 27. Eczema thoracis (mycoticum?).

N. N., Fleischergehilfe.

Unterhalb der rechten Mamilla ist eine halbhandtellerergrosse, mit teils weisslichen teils grünlich-gelblichen Borken bedeckte Stelle, deren Peripherie gerötet ist. Auf dem roten Saume sitzen fast in der ganzen Umgebung weissliche Blasen auf, ein Teil der Peripherie ist nur von abgehobener Epidermis begrenzt.

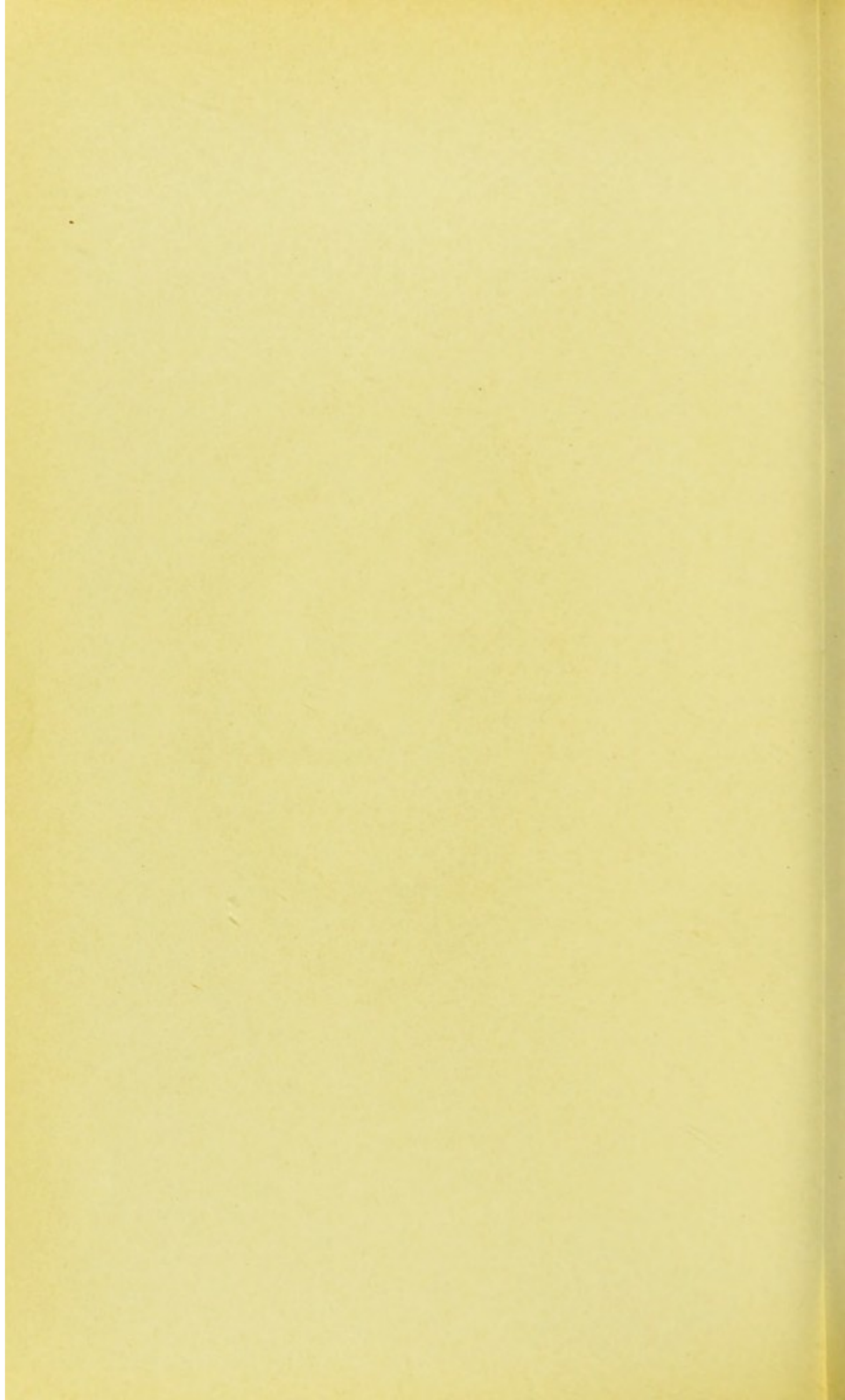
In weiterer Umgebung sieht man auf leicht gerötetem Grunde einzelne, kleine Bläschen.

---















Tab. 28 u. 28a. Eczema madidans et crustosum (mycoticum?)

J. S., 28 Jahre alt, Müller.

Behandlungsdauer: 20. Oktober bis 7. November 1896.

Die Affektion, derentwegen Patient Aufnahme heischt, besteht angeblich seit Juni 1896 ohne bekannte Ursache.

Status praesens:

Am linken Unterschenkel befindet sich eine handtellergrösse, mit trockenen, gelblichen Borken bedeckte, unregelmässig begrenzte Fläche. Nach Entfernung der Borken liegt das nässende Corium zutage. In der Umgebung der Affektion sind einzelne linsens- bis zweifennigstückgrosse Pusteln. An der linken oberen Extremität, und zwar sowohl am Vorder- als auch am Oberarm ähnliche zum Teil nässende, zum Teil mit honiggelben Borken bedeckte, etwa Daumennagel- bis zweifennigstückgrosse, getrennt stehende Stellen.

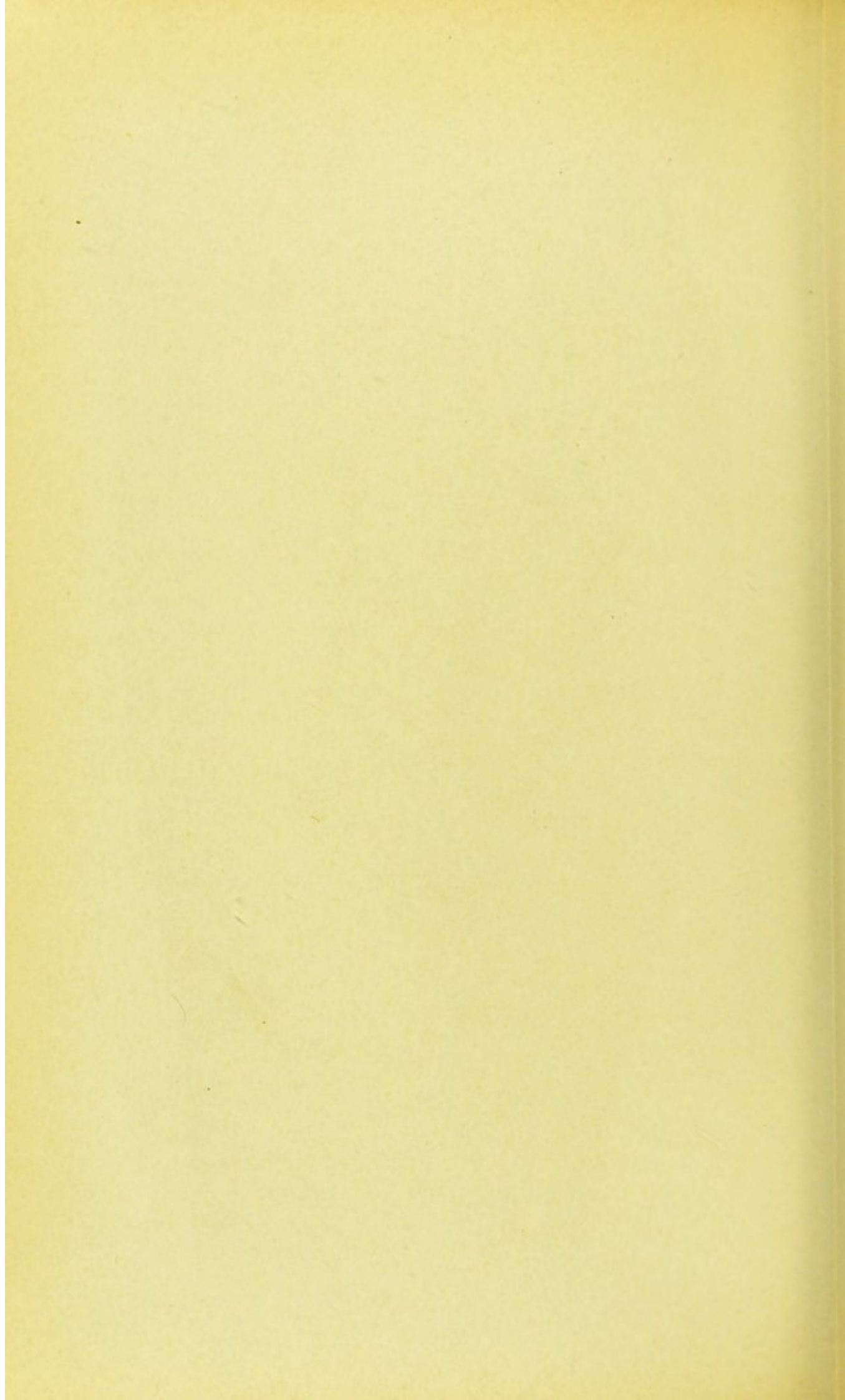
Auf Anwendung von Unguentum diachylon und spätere Applikation von Lassar'scher Pasta erfolgt die Heilung.

---



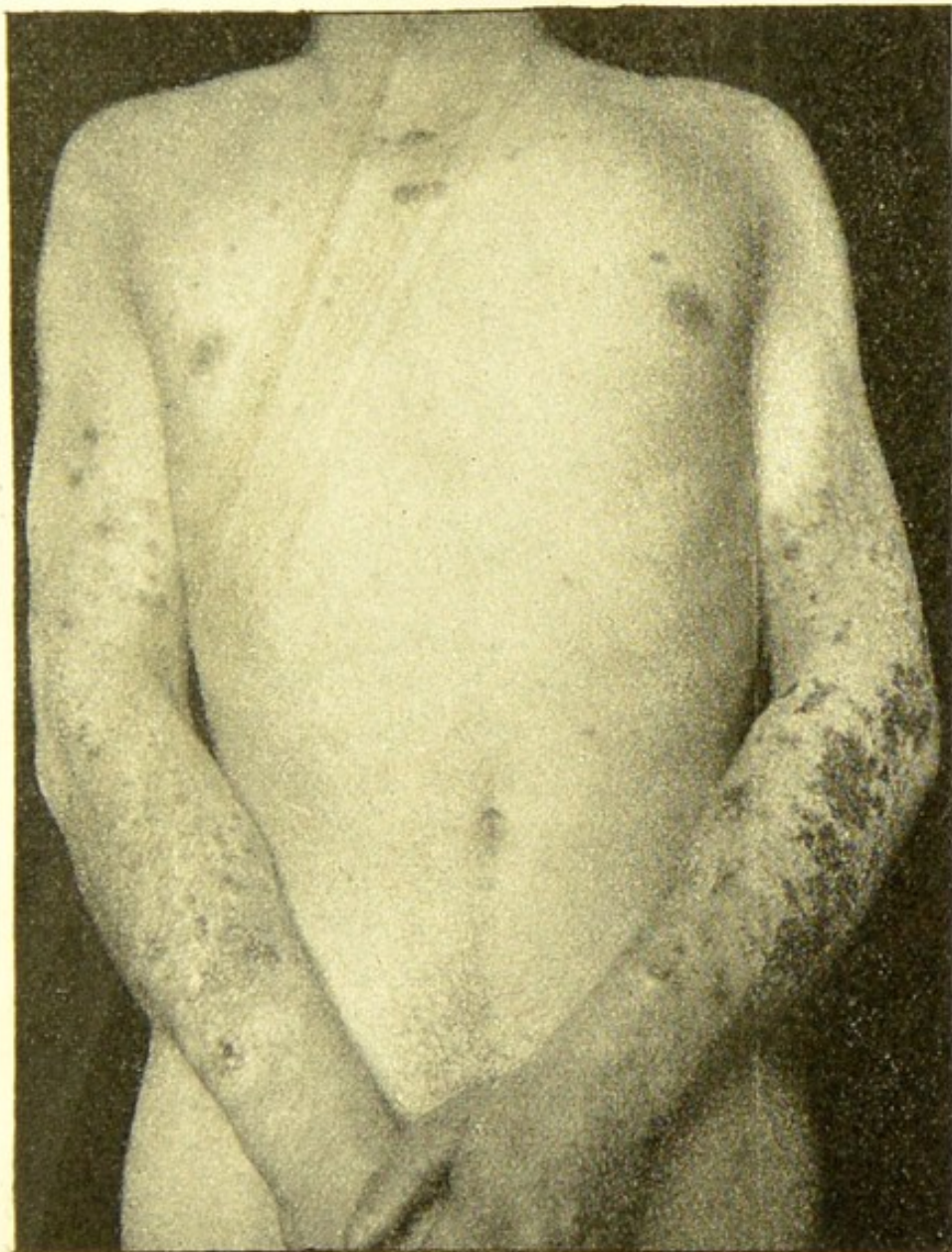








Tab. 28 a.





## Tab. 29. Prurigo.

B. K., 13 Jahre, Schulmädchen.

Aufgenommen 26. August 1897.

Die Hautaffektion besteht seit der frühesten Jugend.

Die Haut der Streckseiten der Extremitäten, namentlich der unteren um das Kniegelenk herum, ist verdickt, streifenförmig gefaltet, bräunlich verfärbt.

Auf derselben befinden sich zahllose Knötchen und grössere Hautdefekte, von denen die meisten mit haemorrhagischen Borken bedeckt sind und noch Reste der abgekratzten Epidermis in der Peripherie erkennen lassen.

Zwischen diesen sind bereits rötlich und bräunlich pigmentierte Stellen nach abgeheilten Efflorescenzen.

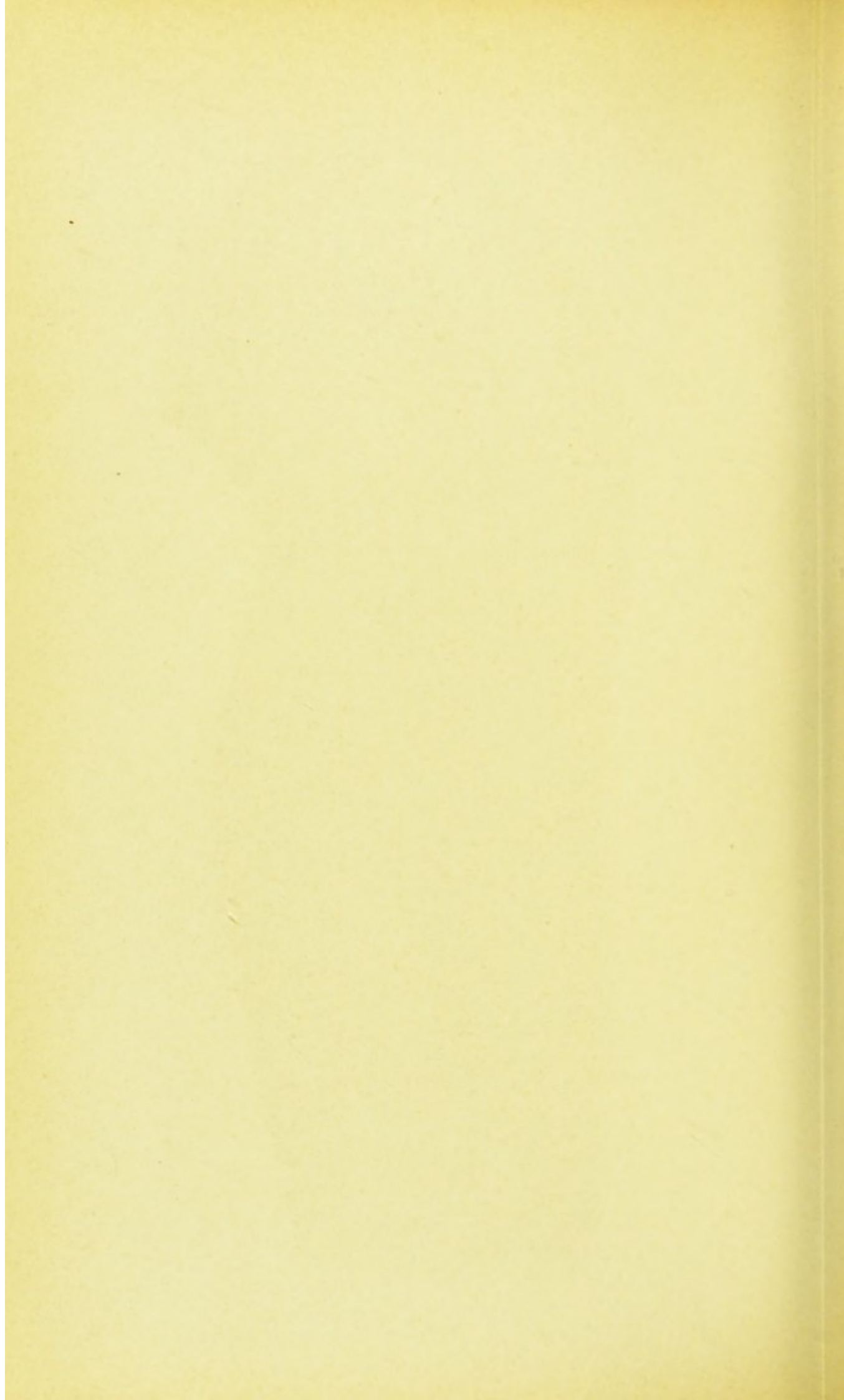
Unter macerierenden Bädern und Salbenbehandlung besserte sich der Zustand und die Kranke wurde nach 26 tägiger Behandlung entlassen.

---















### Tab. 30. Acne vulgaris disseminata.

M. A., 17 Jahre, Eisendreher, wegen Condylomata acuminata aufgenommen.

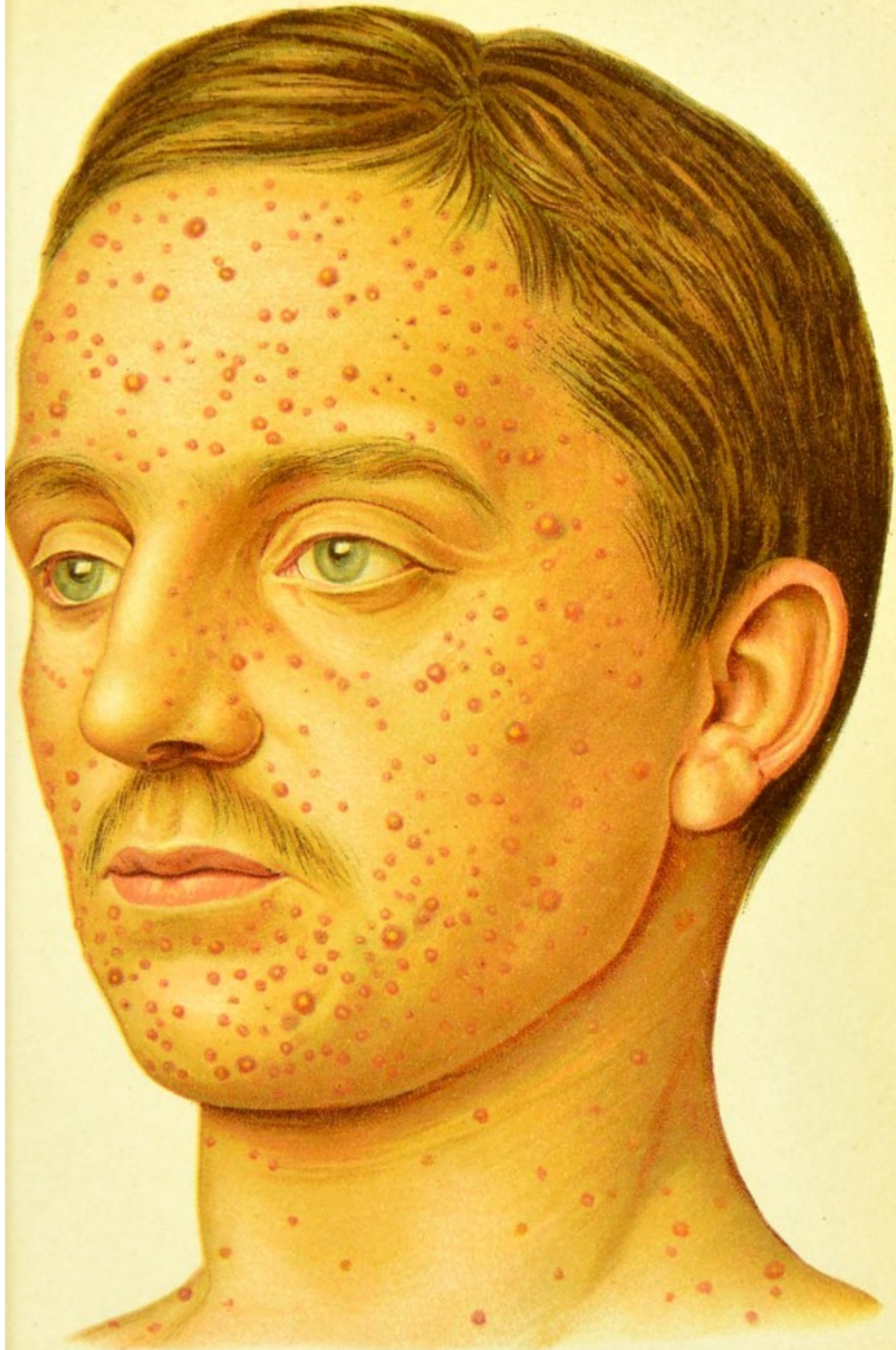
Derselbe leidet seit mehreren Jahren an steten Ausbrüchen von eiternden Knötchen im Gesicht, am Hals und Rücken.

Den Hautfollikeln entsprechend befinden sich spennadelstich- bis linsengrosse gerötete Knötchen, von denen die grösseren in der Mitte einen eiterigen, gelblichen Inhalt zeigen.

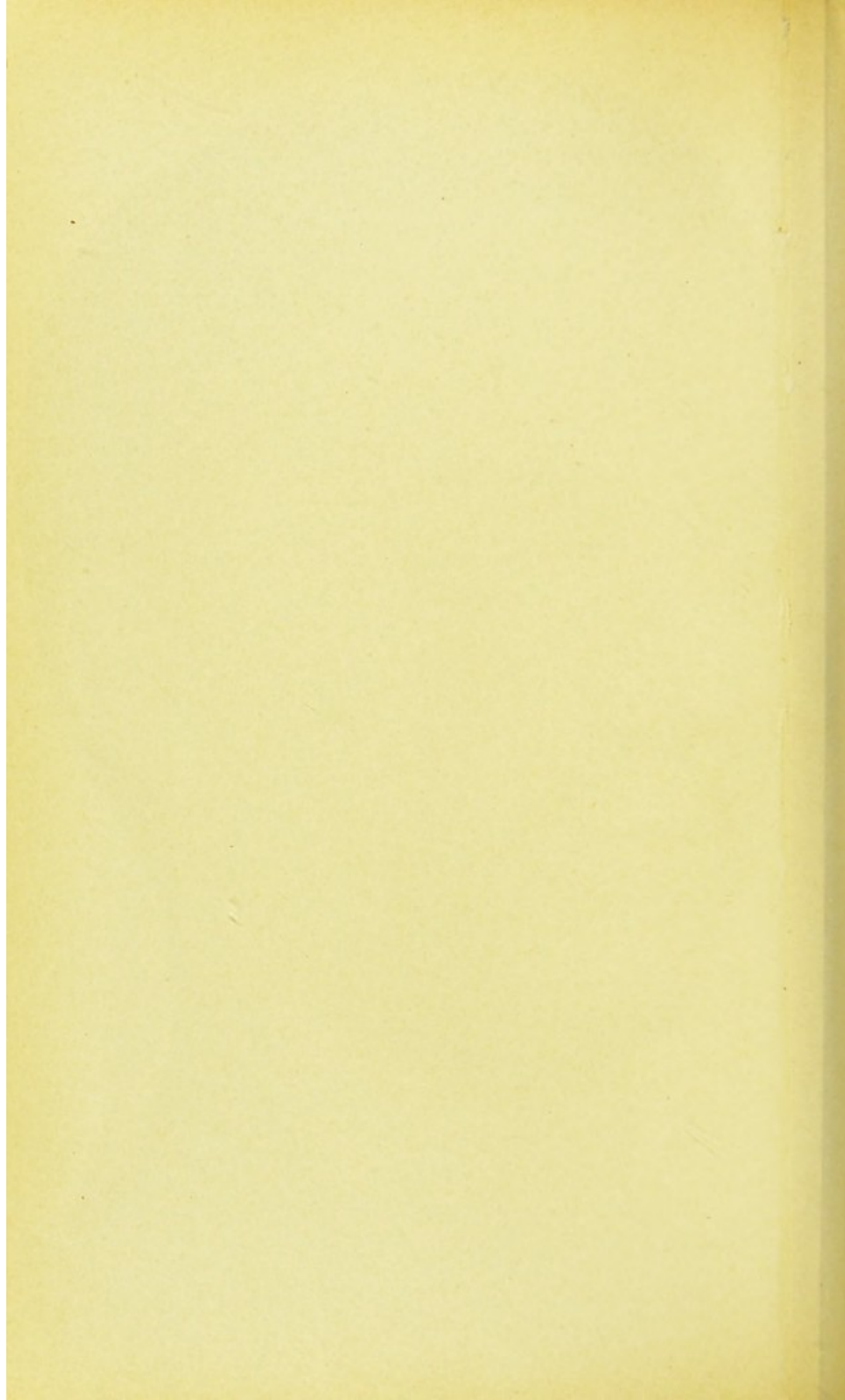
Die übrige Haut ist ziemlich blass.

---















## Tab. 31. Sycosis framboësioides.

T. A., 54 Jahre, Schänker aus Galizien.

Aufgenommen am 7. Mai 1896 auf die Abteilung Prof. Lang.

Im Jahre 1890 bekam Patient an der Oberlippe ein Knötchen, welches sich später in eine nässende Stelle umwandelte, während gleichzeitig in der Nachbarschaft die Knötchen und nässenden Stellen zunahmen. Im Verlaufe von 4 Jahren griff der Prozess immer mehr um sich und occupierte das ganze Bereich des Schnurbartes.

Seit Beginn des Leidens stand Patient in seiner Heimat in ärztlicher Behandlung, welche in Applikation von Salben bestand.

Status praesens.

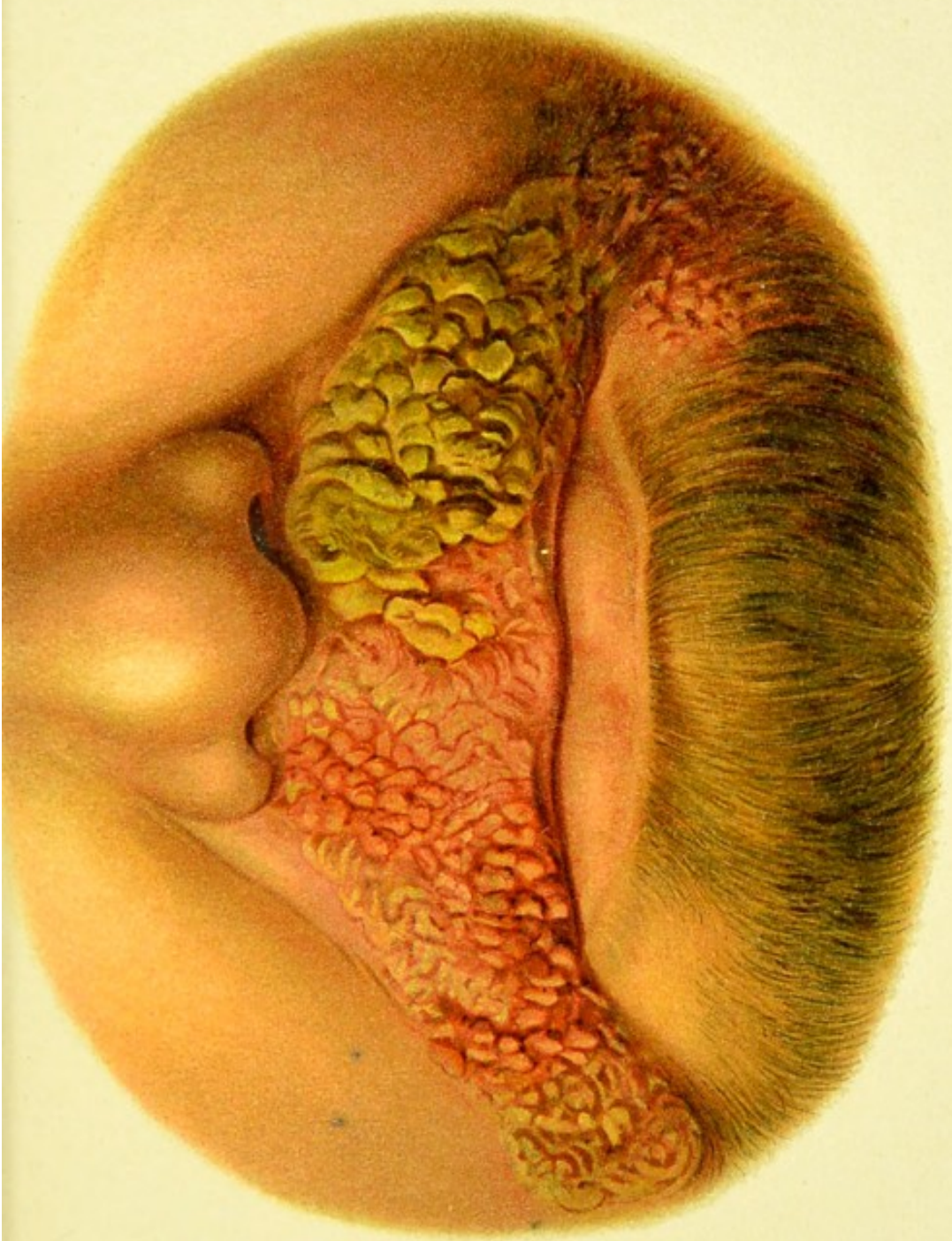
Im Bereiche der Oberlippe rechts  $1\frac{1}{2}$  cm, links 1 cm über den Mundwinkel erstreckt sich eine excessive Bildung von grünlich gefärbten, gefelderten, zumeist miteinander zusammenhängenden Krusten und Borsten, dazwischen Drusen von verhornter Epidermis.

Die Auflagerungen haben eine Höhe von  $\frac{1}{2}$  cm, zwischen denselben stehen spärliche Haare, welche locker sitzen, sehr leicht ohne Schmerzen ausgezogen werden können und an ihrer Wurzel aufgequollen erscheinen.

In der Mitte der Oberlippe und im rechten oberen Anteile derselben liegt die Cutis frei, ist gerötet, infiltriert, zum Teil mit Schuppen bedeckt. Eine Eiterung besteht nicht. Vom Mundwinkel beiderseits erstreckt sich der Prozess nach abwärts, doch sind an den letzteren Stellen die Krusten nicht so massig und leicht ablösbar.

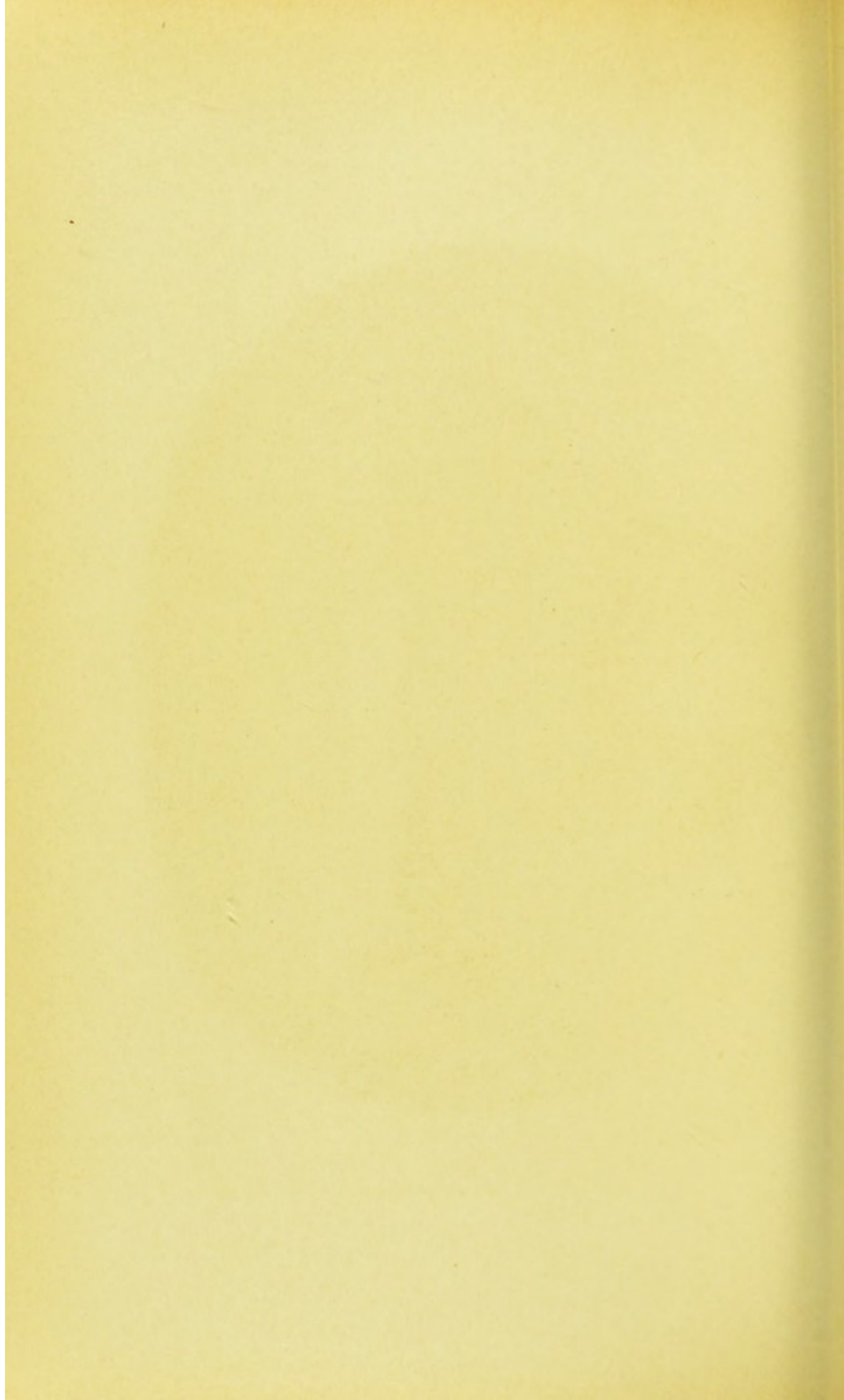
---





*Lith. Anst. F. Reichhold, München.*







"*And the Lord said unto him,*

"*Thou shalt be called the Lord of Hosts,*

"*for thou shalt be the Lord of Hosts,*

"*and thou shalt be called the Lord of Hosts.*

"*And the Lord said unto him,*

"*Thou shalt be called the Lord of Hosts,*

"*for thou shalt be the Lord of Hosts,*

"*and thou shalt be called the Lord of Hosts.*

"*And the Lord said unto him,*

"*Thou shalt be called the Lord of Hosts,*

"*for thou shalt be the Lord of Hosts,*

"*and thou shalt be called the Lord of Hosts.*

"*And the Lord said unto him,*

"*Thou shalt be called the Lord of Hosts,*

"*for thou shalt be the Lord of Hosts,*

"*and thou shalt be called the Lord of Hosts.*

"*And the Lord said unto him,*

"*Thou shalt be called the Lord of Hosts,*

"*for thou shalt be the Lord of Hosts,*

"*and thou shalt be called the Lord of Hosts.*

"*And the Lord said unto him,*

"*Thou shalt be called the Lord of Hosts,*

"*for thou shalt be the Lord of Hosts,*

"*and thou shalt be called the Lord of Hosts.*

"*And the Lord said unto him,*

"*Thou shalt be called the Lord of Hosts,*

"*for thou shalt be the Lord of Hosts,*

"*and thou shalt be called the Lord of Hosts.*

"*And the Lord said unto him,*

"*Thou shalt be called the Lord of Hosts,*

"*for thou shalt be the Lord of Hosts,*

"*and thou shalt be called the Lord of Hosts.*

"*And the Lord said unto him,*

"*Thou shalt be called the Lord of Hosts,*

"*for thou shalt be the Lord of Hosts,*

"*and thou shalt be called the Lord of Hosts.*

"*And the Lord said unto him,*

"*Thou shalt be called the Lord of Hosts,*

"*for thou shalt be the Lord of Hosts,*

"*and thou shalt be called the Lord of Hosts.*



## Tab. 32. Furunculosis.

T. J., 36 Jahre, Pferdewärter.

Aufgenommen am 1. April 1897.

Die Hauterkrankung besteht seit 8 Tagen, über die Entstehungsursache derselben weiss Patient nichts anzugeben. Die ersten Efflorescenzen traten in der Gegend des Steissbeins auf und breiteten sich weiter gegen die Kreuzbeingegend und gegen die unteren Extremitäten aus.

In den letzten 3 Tagen hatte der Patient mehrere Male Schüttelfröste.

Status praesens:

Der Kranke ist gross, kräftig gebaut, gut genährt.

An der Haut des Gesässes, an der Aussenfläche des linken Oberschenkels, spärlicher an dem übrigen Teile der unteren Extremitäten mit Ausschluss der Streckseite befinden sich pfennig- bis thalergrosse, mit braungelben, fest am eiterigen Grunde anhaftenden, mehrfach aufeinander geschichteten Borken bedeckte Geschwüre.

Der infiltrierte Grund und der entzündlich infiltrierte und gerötete Hof lassen deutlich den Prozess als eine tiefer in die Haut dringende, mehr dem Furunkel ähnliche Erkrankung erkennen.

In der aus dem Sekrete angelegten Kultur sind Staphylo- und Streptococcen aufgegangen.

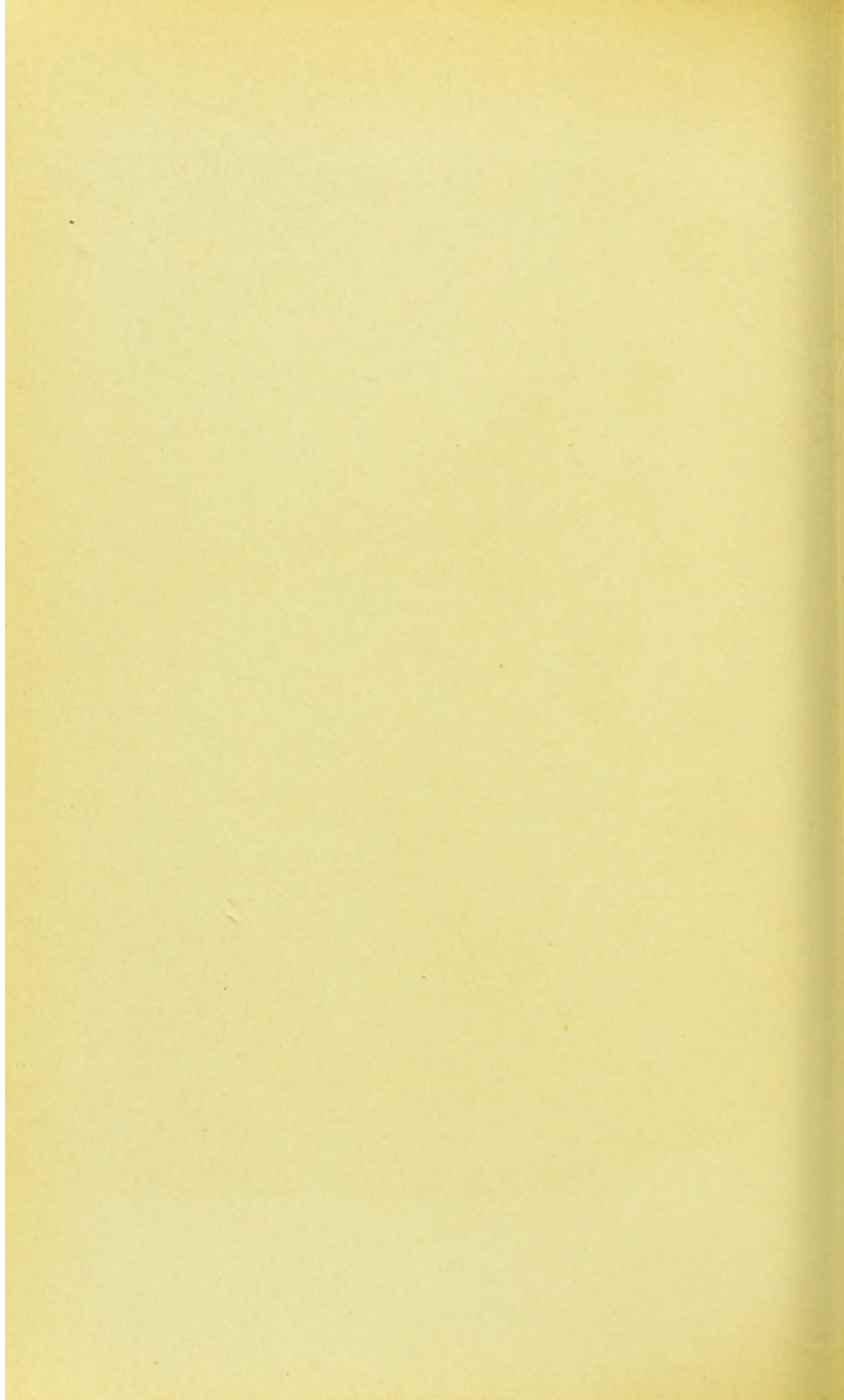
Auf desinfizierende Behandlung mit Sublimat und Verband mit ungu. diachyl. alb. erfolgt nach 16 Tagen Heilung.

---











Vla.



## Tab. 33, 34 u. 34a. Pemphigus vegetans.

H. O., 78 Jahre; aufgenommen das erstemal am 28. Febr. 1894.

Pat. war vor drei Jahren wegen eines Blasenausschlages in einer Spitalbehandlung. Der jetzt vorhandene Ausschlag sei vor drei Wochen zum Ausbruche gekommen.

Der Ernährungszustand der Kranken war bei der Aufnahme schlecht, die Hände und Füße waren leicht ödematös. Ueber den ganzen Körper waren Pemphigusblasen und aus denselben entstandene Borken unregelmässig zerstreut. In der Circumferenz des Afters waren warzige Wucherungen namentlich an den Afterfalten bemerkbar. Auch die stärkere Pigmentierung der Haut namentlich am Halse, Rücken, um die Achselhöhlen und der Genitalgegend war schon vorhanden, ohne dass man damals hiefür einen Grund angeben konnte.

Für kurze Zeit konnte die Kranke zweimal entlassen werden, da alle Blasen abgeheilt waren und sie sich wohler gefühlt hat. Doch kam die Kranke wieder zur Aufnahme und befindet sich seit August 1895 beständig auf der Abteilung. Aus dieser langen Beobachtungszeit verdient nur hervorgehoben zu werden, dass der ganze Körper in mehr oder weniger mächtigen Nachschüben von Blasen befallen wurde.

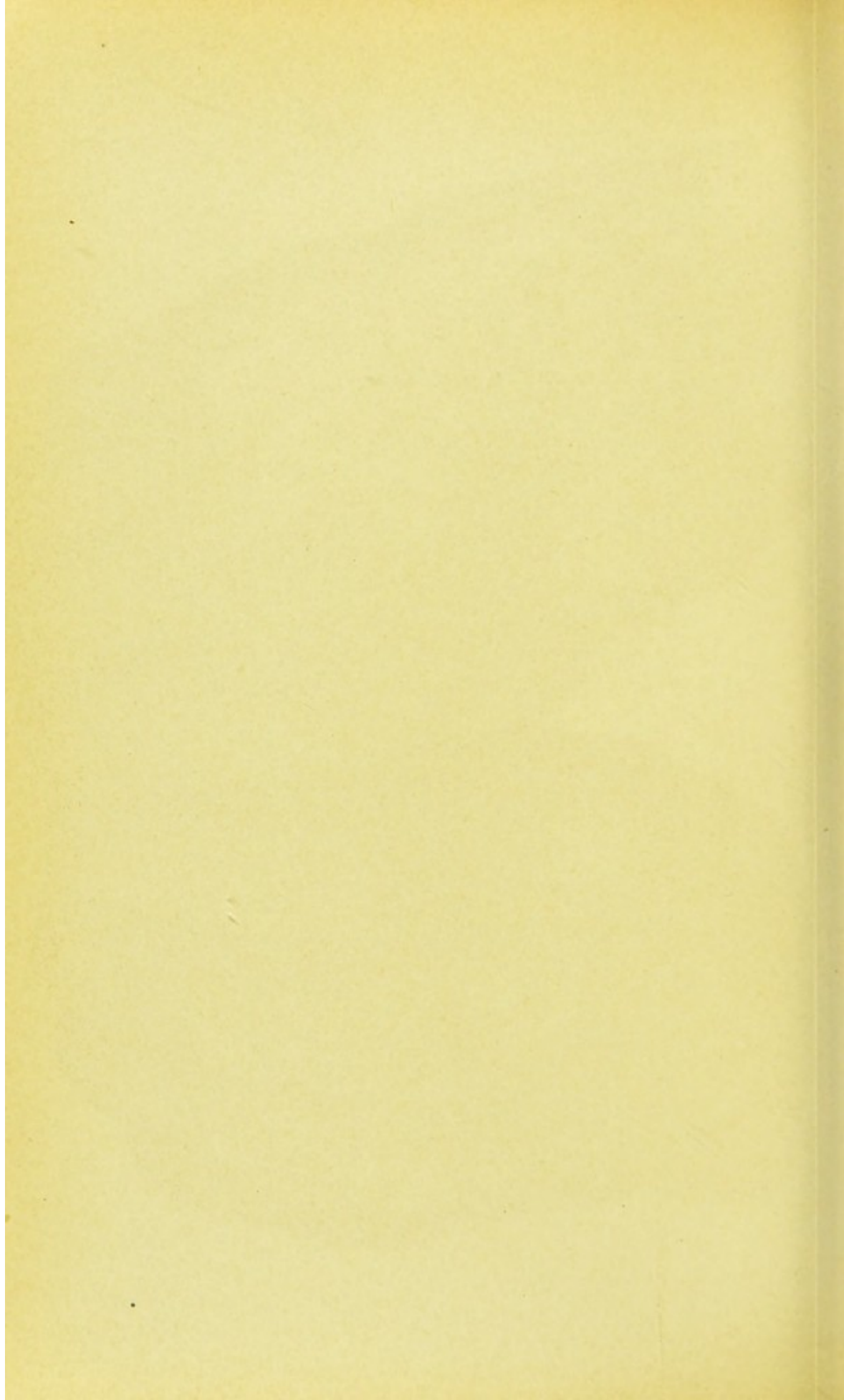
Das gelblich-bräunliche Pigment aus früherer Zeit hat sich an der Hals- und Nackengegend, der Unterbauchgegend, den Achselhöhlen in ein sepiaartiges, schwarzes umgewandelt. Wenn auch die ganze Haut sich ziemlich trocken, an den Händen (Fig. 33) und den inneren Schenkelflächen sich geradezu lederartig anfühlt, so erinnern die schwärzlich pigmentierten Hautstellen, durch ihre warzenartige und papillomatöse Bildung, durch die Furchung an die Acanthosis nigricans.

In den Achselhöhlen sind flache, warzenartige und papillomatöse Verdickungen der Haut zu konstatieren, welche sich als Rückbildung hyperämischer, feucht-käsiger Schmiere in den Furchen















und Vertiefungen, papillärer Wucherungen erhalten haben. In den Genitocruralfalten, an den Schamlippen und um den After herum sind derzeit noch röttere, papillomatöse Wucherungen, welche auf der Basis breit aufsitzen und käsige Schmiere secernieren. An den Handrücken sind frische Pemphigusblasen und ältere geplatzte, welche von der abgestorbenen Epidermis umrandet sind. Die Haut ist grob gefurcht, lederartig, um die Blasen leicht entzündlich geschwellt und gerötet. Im Gesichte (34a) und an den Lippen sind geplatzte kleinere Pemphigusblasen. Am übrigen Körper sind da und dort kleine Blaseneruptionen mit lästigem Jucken verbunden, welches die Kranke am Schläfe hindert.

Die Kranke ist herabgekommen und hinfällig, 47 kg. schwer.

Seither (1898) hat sich der Zustand wesentlich gebessert. Die Blasenausbrüche haben an Zahl und Mächtigkeit abgenommen und das subjektive Befinden der Kranken ist ein zufriedenstellendes.

Therapeutisch wäre zu erwähnen, dass wir grosse Sorgfalt für die Reinigung und Pflege der Haut verwendet, die papillomatösen Excrescenzen mit austrocknendem Pulver und Medikamenten behandelt haben. Intern bekam die Kranke nebst Roborantien und einer kräftigen Ernährung Arsen etwa 2 Monate Brown Sequard durch  $\frac{3}{4}$  Jahre. Derzeit wird ihr kein Medikament verabreicht.

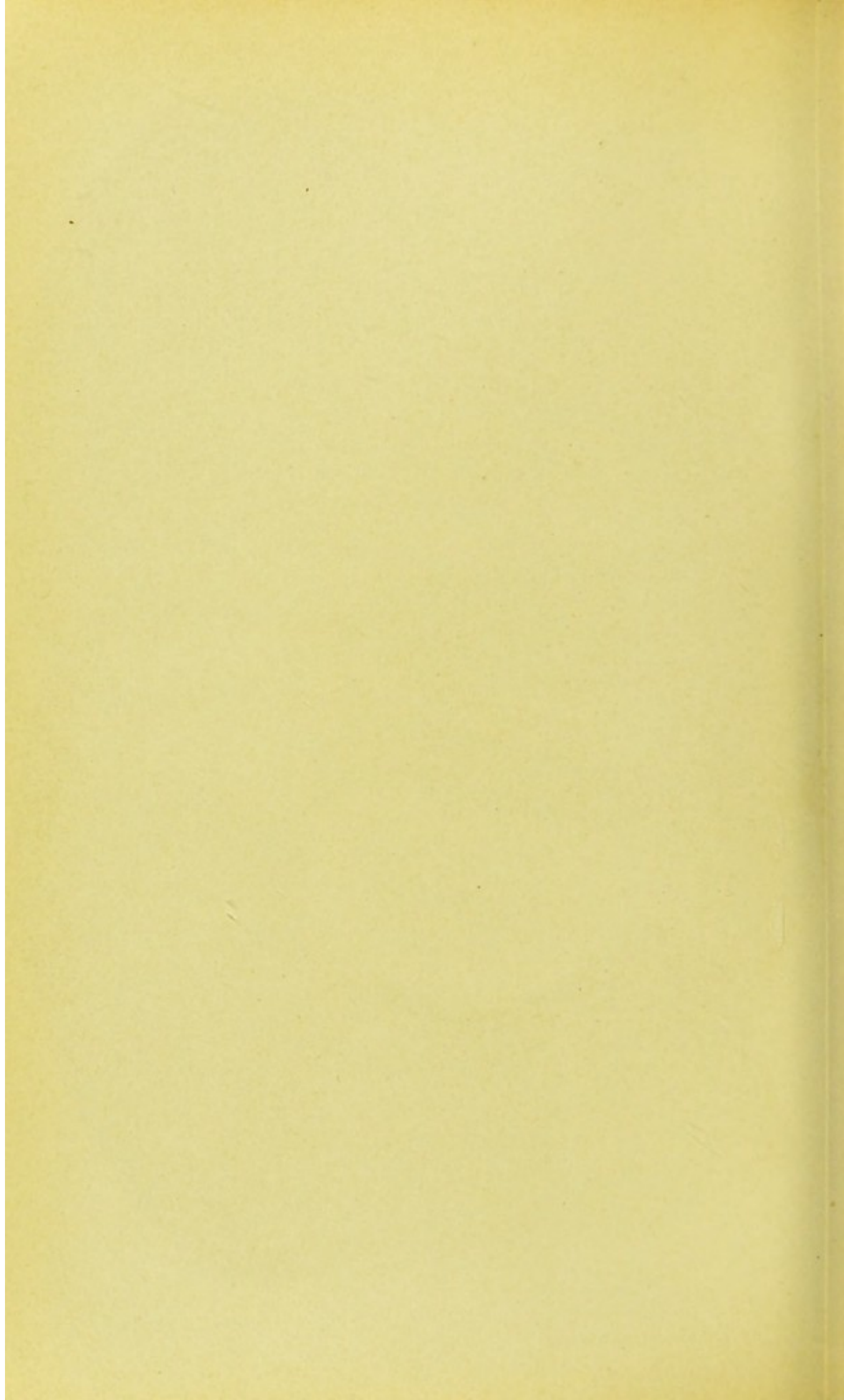
---





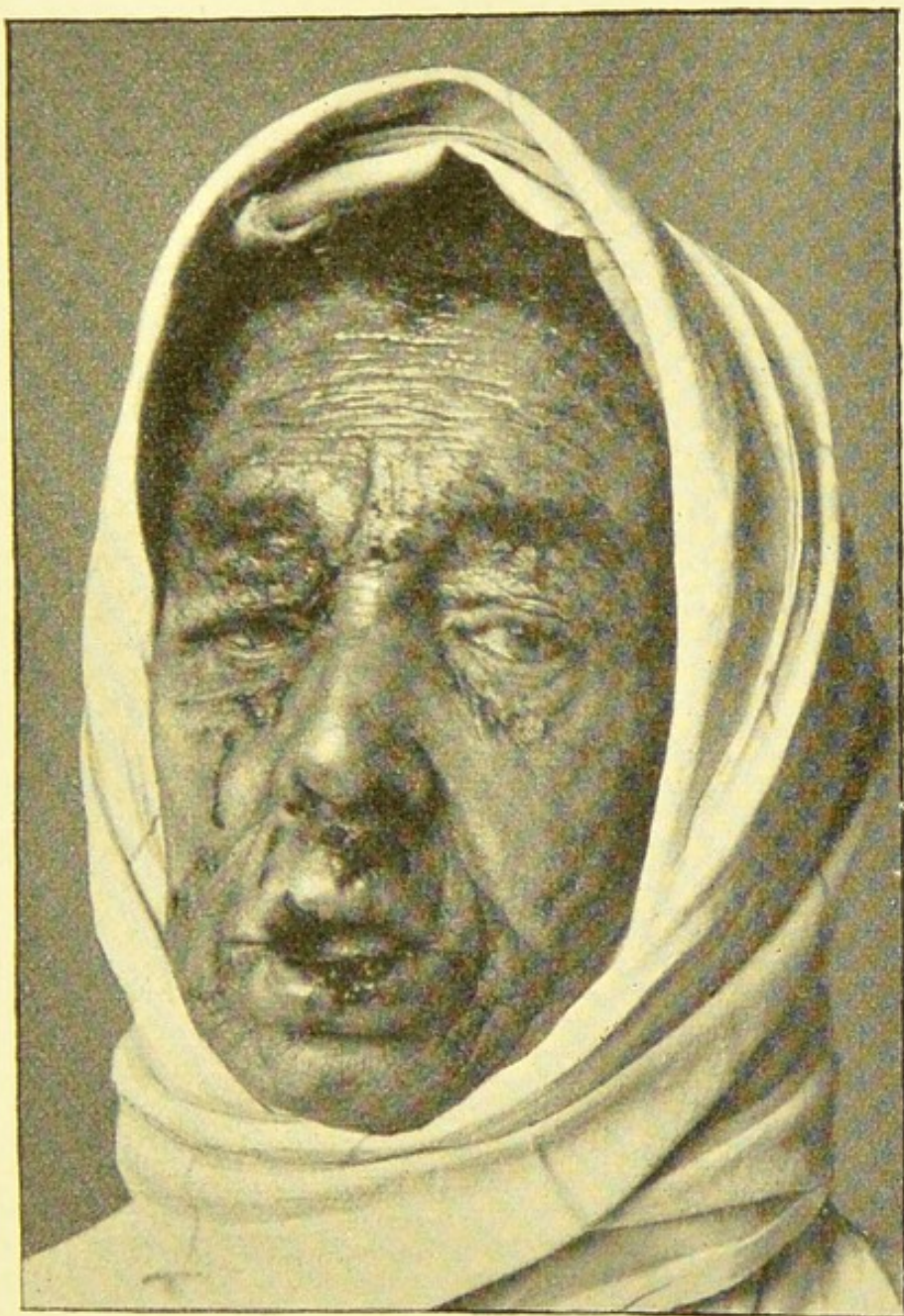
Lith. Anst. F. Reichhold, München.







Tab. 34 a.





## Tab. 35. Naevus verrucosus.

M. H., 27 Jahre, Magd, wurde wegen Syphilis papulosa aufgenommen.

Zwischen den Schultern hat die Kranke seit ihrer Kindheit eine länglich-ovale, braun pigmentierte Stelle.

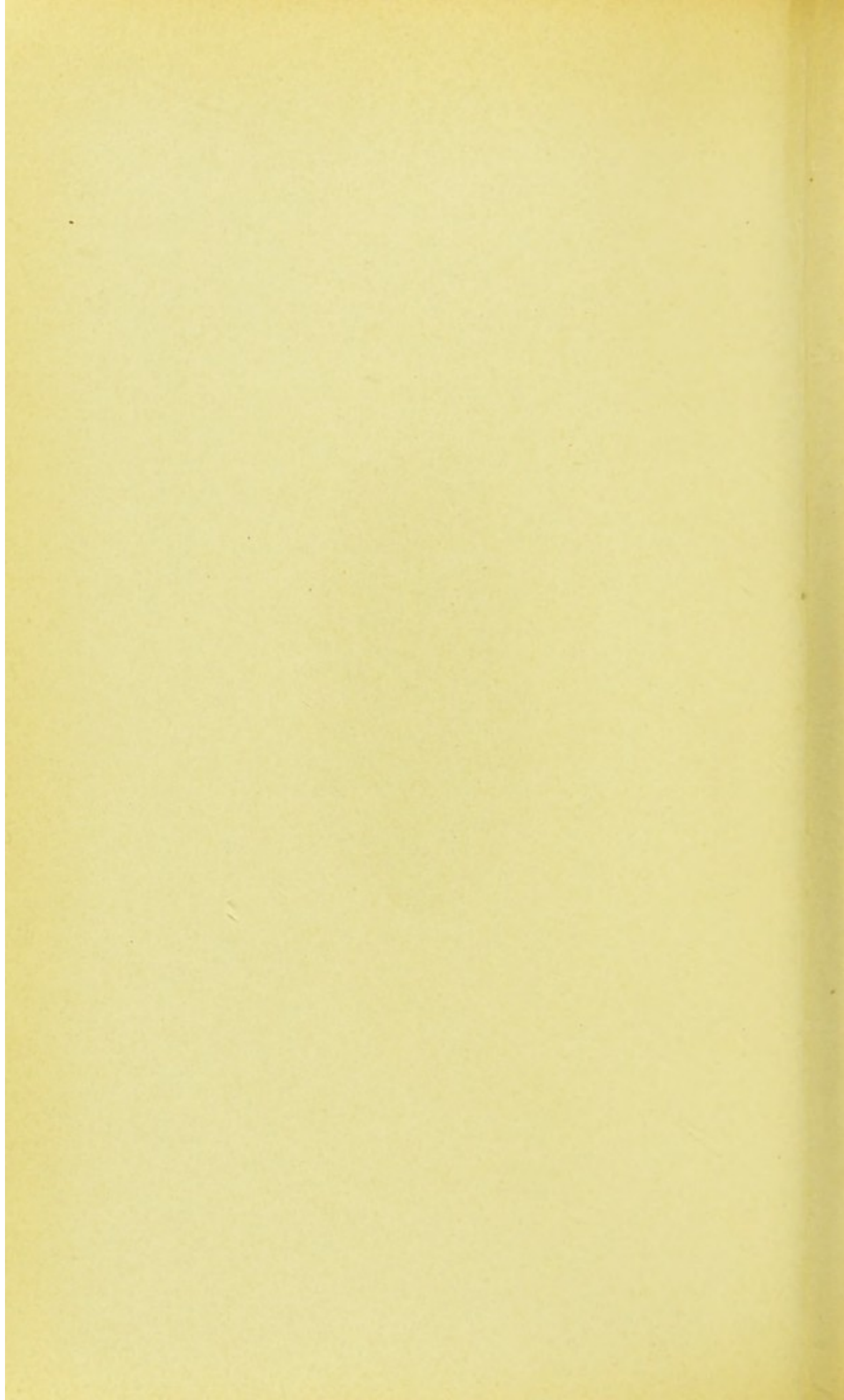
Dieselbe ist peripher hellbraun gefärbt und leicht gewellt, central dunkelbraun mit glatten warzenartig vorspringenden Geschwülstchen, welche sich elastisch anfühlen und nicht empfindlicher sind als die normale Haut.

---

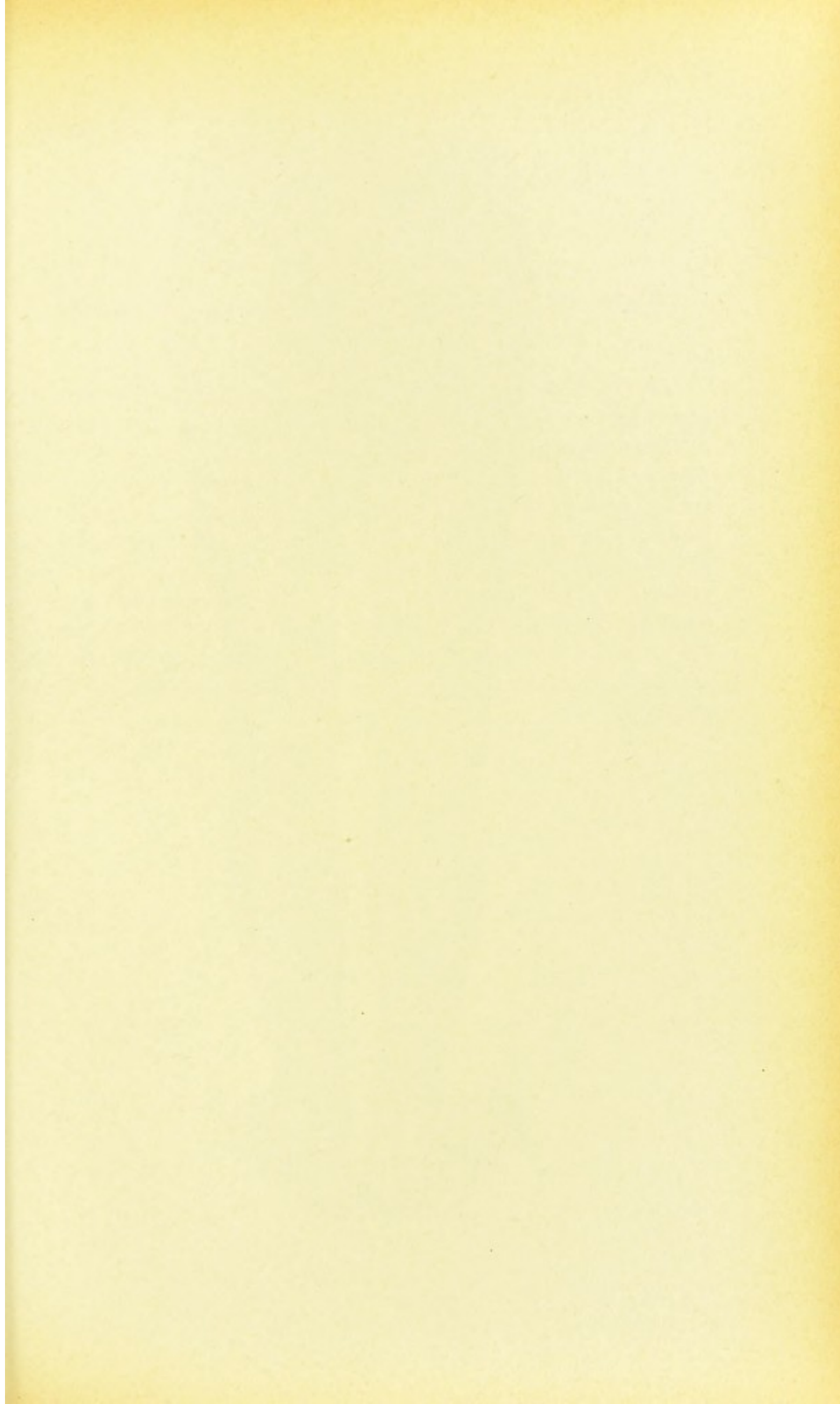














### Tab. 36. Naevus pigmentosus unilateralis.

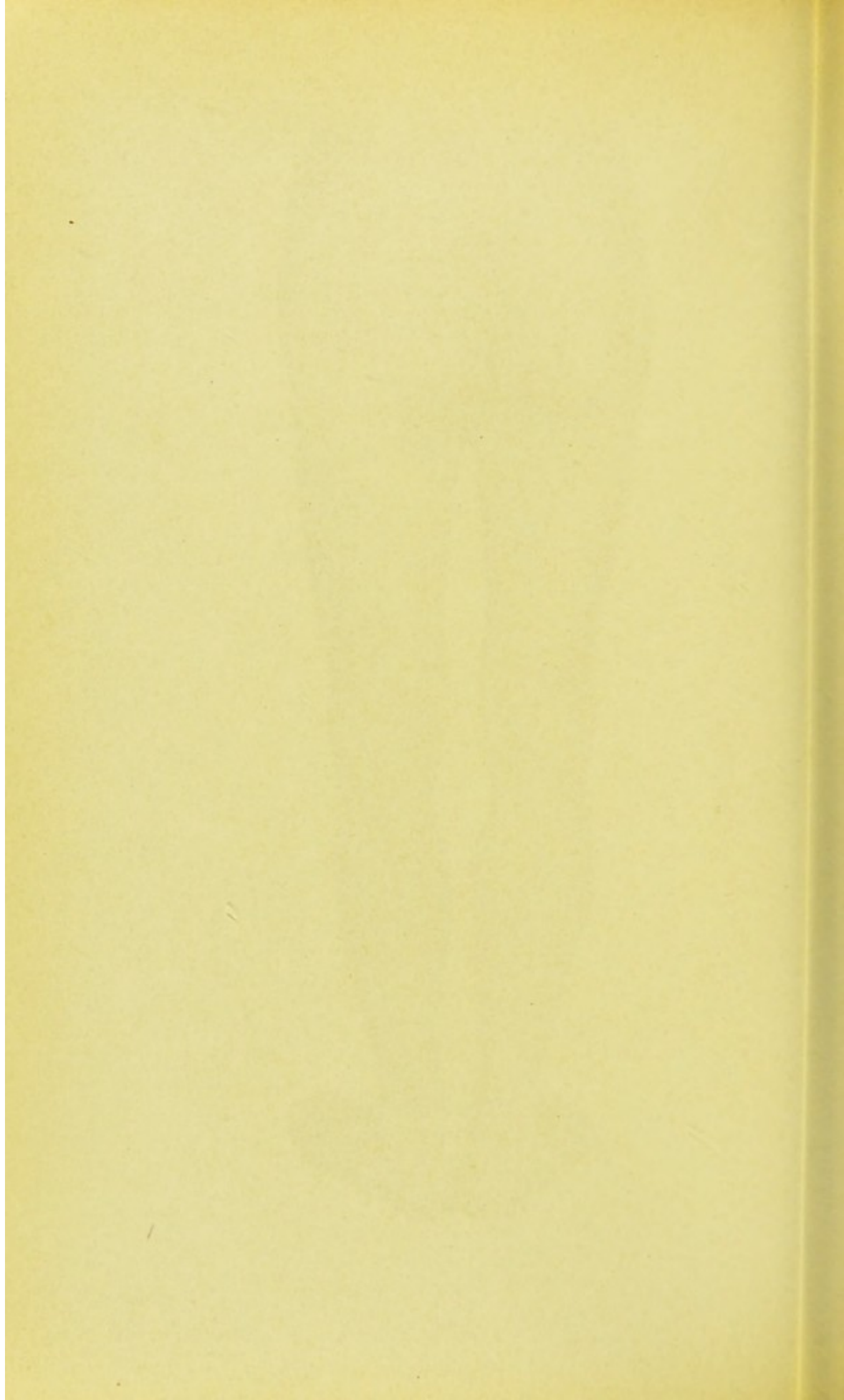
B. C., 22 Jahre, Ciseleur, wegen venerischen Geschwüren aufgenommen, trägt seit Kindheit sein Pigmentmal, ohne dadurch je belästigt worden zu sein. Die Haut über dem Gesäss von der crena ani an nach rechts und gegen den Schenkel nach abwärts unregelmässig begrenzt ist gelblich-braun verfärbt, sonst von normalem Gefüge und Empfindung. Nach abwärts an der inneren Schenkelfläche reicht das Mal bis in die Kniegelenkgegend herab. Von da an breitet sich die Verfärbung der Haut über die Kniekehle nach aussen und reicht, den ganzen Unterschenkel umgreifend, bis auf den Fussrücken.

---















Tab. 37. Hyperchromatosis arsenicalis.  
(ex usu Tinct. Fowleri.)

L. F., 24 Jahre, mit Pleuritis auf der Abteilung des Primararztes Dr. von Bamberger, gibt an, im Jahre 1895 zweimal und zwar im Juli durch vier Wochen dann vom Ende August bis Anfang Oktober durch sechs Wochen, im Spitale der barmherzigen Brüder wegen eines schuppenden Ausschlages in Behandlung gestanden zu sein. Beidemal begann seine Kur mit der Einnahme von 5 Tropfen Tinct. arsen. Fowleri. Das erste mal stieg er pro die bis auf 20, das zweitemal bis auf 25 Tropfen.

Der schuppende Ausschlag hat sich allmählich verloren, dafür traten aber die noch vorhandenen dunklen Flecke auf.

Status praesens:

11. II. 1895. Die Haare des P. sind schwarz, die Haut gelblichbraun. An den Streckseiten der Vorderarme, den Ellbogen und Kniegelenksgegenden befinden sich noch einzelne zerstreut stehende psoriatische Efflorescenzen, teilweise noch mit Schuppen bedeckt.

Die Haut des ganzen Körpers, mit Ausnahme des Gesichtes, des Halses, der Hände und Füsse, ist mit saepiafarbigen rötlichbraunen Flecken besät.

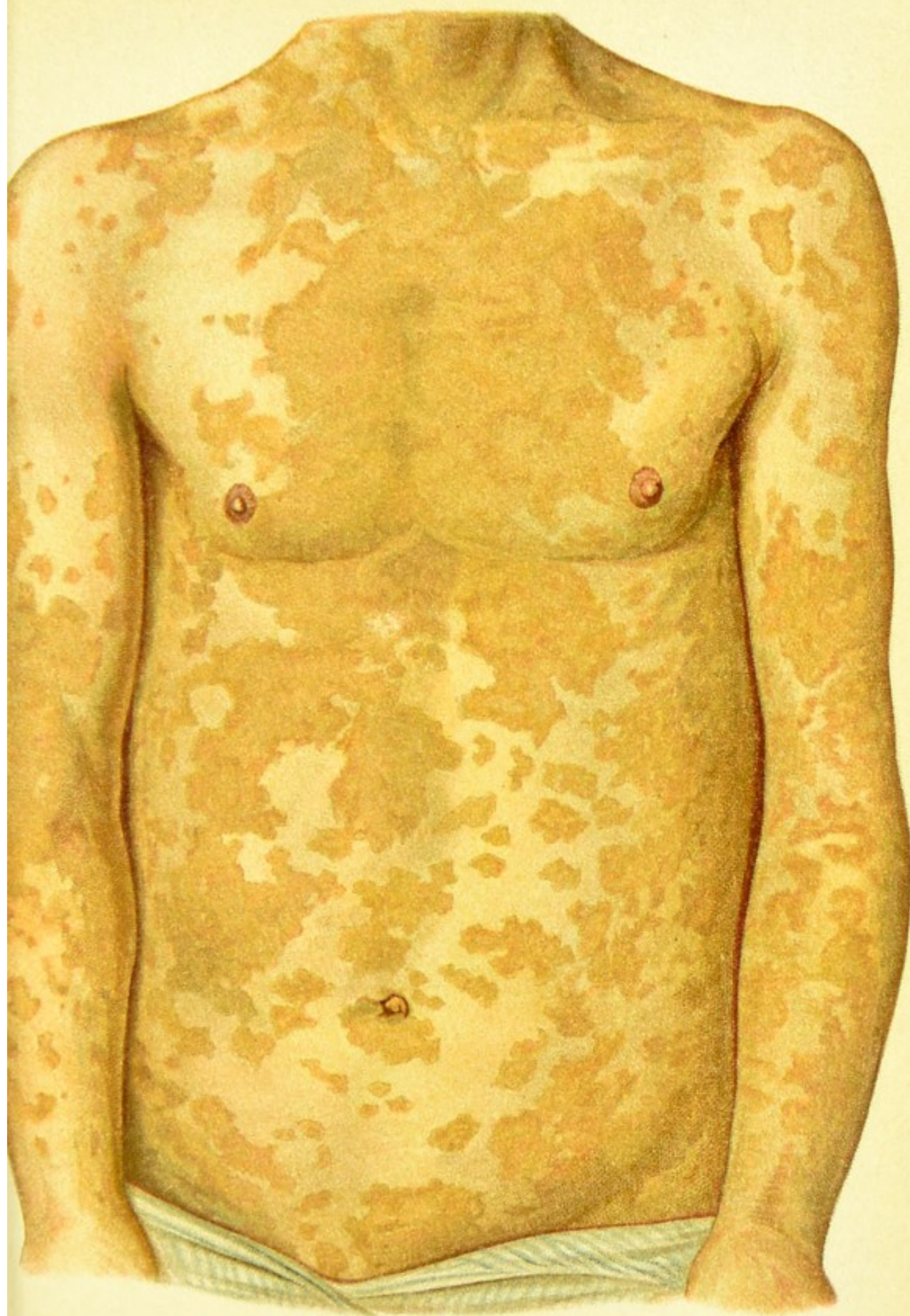
Die meisten sind einzeln stehend, erbsen- bis zweimarkstückgross, doch fehlt es auch nicht an konfluierenden, landkartenähnlichen, grossen melanotischen Stellen.

Die Mitte der meisten, namentlich der isoliert stehenden, zeigt ein helleres Centrum, der Rand geht allmählich, nicht scharf absetzend in die normale Hautfärbung über. Eine Schuppung oder Schwellung der Haut ist nirgends vorhanden. Dieselbe zeigt die normale Furchung und fühlt sich ebenso zart an wie die normal gefärbte.

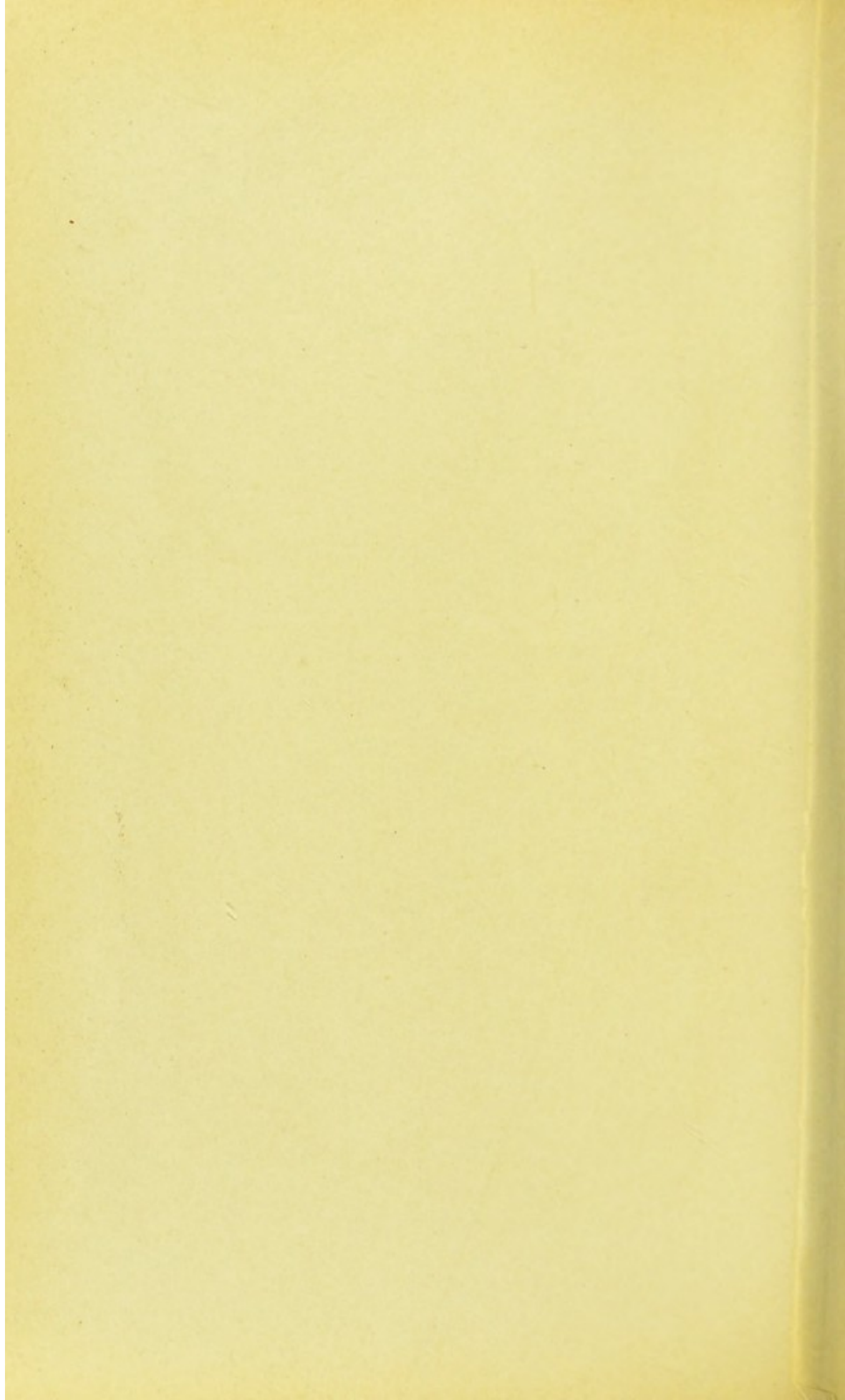
Pat. hat während der vier- und sechswöchlichen Behandlung 340 und 570, etwa 900 Tropfen Tinct. genommen. Das entspricht 30 Gramm und etwa 0,26 acid. arsenic.

---











VII a.



## Tab. 38. Lichen pilaris.

J. H., 18 Jahre, Magd, wegen Blennorrhoe und spitzer Warzen aufgenommen.

Die Kranke gibt an, seit jeher eine harte Haut gehabt zu haben.

Zeitweilig bemerkt sie deutlicher das Auftreten von zahllosen, kleinen, bräunlichen Pünktchen.

Status praesens.

Patientin kräftig gebaut, wohlgenährt. Die Haut ist im ganzen mangelhaft gepflegt.

Der Rücken, die Streckseiten der Extremitäten sind von zahllosen, unregelmässig zerstreuten, stecknadelstichgrossen, bräunlich pigmentierten Knötchen besät.

Die Haut fühlt sich rauh und trocken an, was namentlich um die Ellbogen- und Kniegelenke deutlich zu Tage tritt.

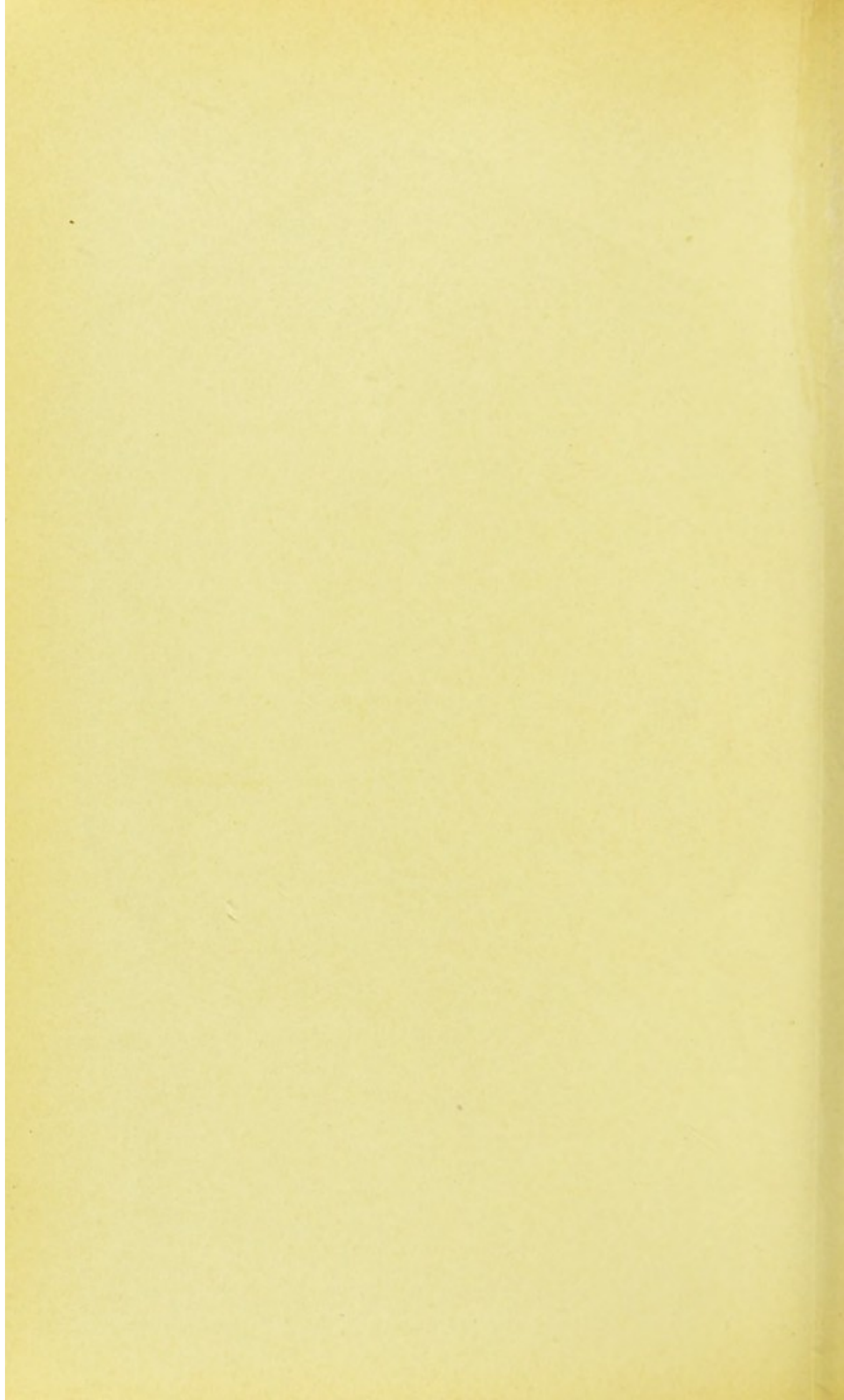
Jucken oder sonstige Empfindungen hat die Kranke niemals beobachtet.

---











Handwritten text, likely a list or index, covering the majority of the page. The text is faint and mostly illegible due to fading and bleed-through from the reverse side. It appears to be organized in a structured manner, possibly with headings or numbered entries.



## Tab. 39. Ichthyosis.

A. K., 27 jährige Magd, aufgenommen 29. März 1897.

Abteilung Primarius Dr. von Bamberger.

Anamnese.

Pat. leidet an Catarrh. ventriculi acutus und soll immer einen empfindlichen Magen gehabt haben. Seit Kindheit besteht die Rauhigkeit und Sprödigkeit der Haut. Ihr einziger Bruder leidet ebenfalls an dieser Krankheit.

Sonstige Krankheiten hat Patientin nicht durchgemacht.

Status praesens.

Die Kranke ist mittelgross, mässig genährt, blass. Im Epigastrium druckempfindlich.

Der Urin enthält deutlich Albumen und Aceton, im Sediment Leucocyten, Epithelien, granulirte Cylinder.

Die ganze rechte Körperhälfte ist hyperästhetisch, Pupillenreaktion und Patellarreflexe sind vorhanden.

Die Haut des ganzen Körpers, besonders aber am Bauch, Rücken und den Lenden ist rauh, die Epidermis löst sich in Blättchen ab, zwischen diesen erscheint die neue Epidermis röter, so dass die grau-lichweissen, zarten epidermoidalen Blättchen sich auf dem roten Grunde deutlich abheben.

Die Streifung, weche durch die Risse in der Epidermis und die Anordnung der Blättchen und Schuppen gegeben ist, entspricht den Spaltbarkeitslinien der Haut.

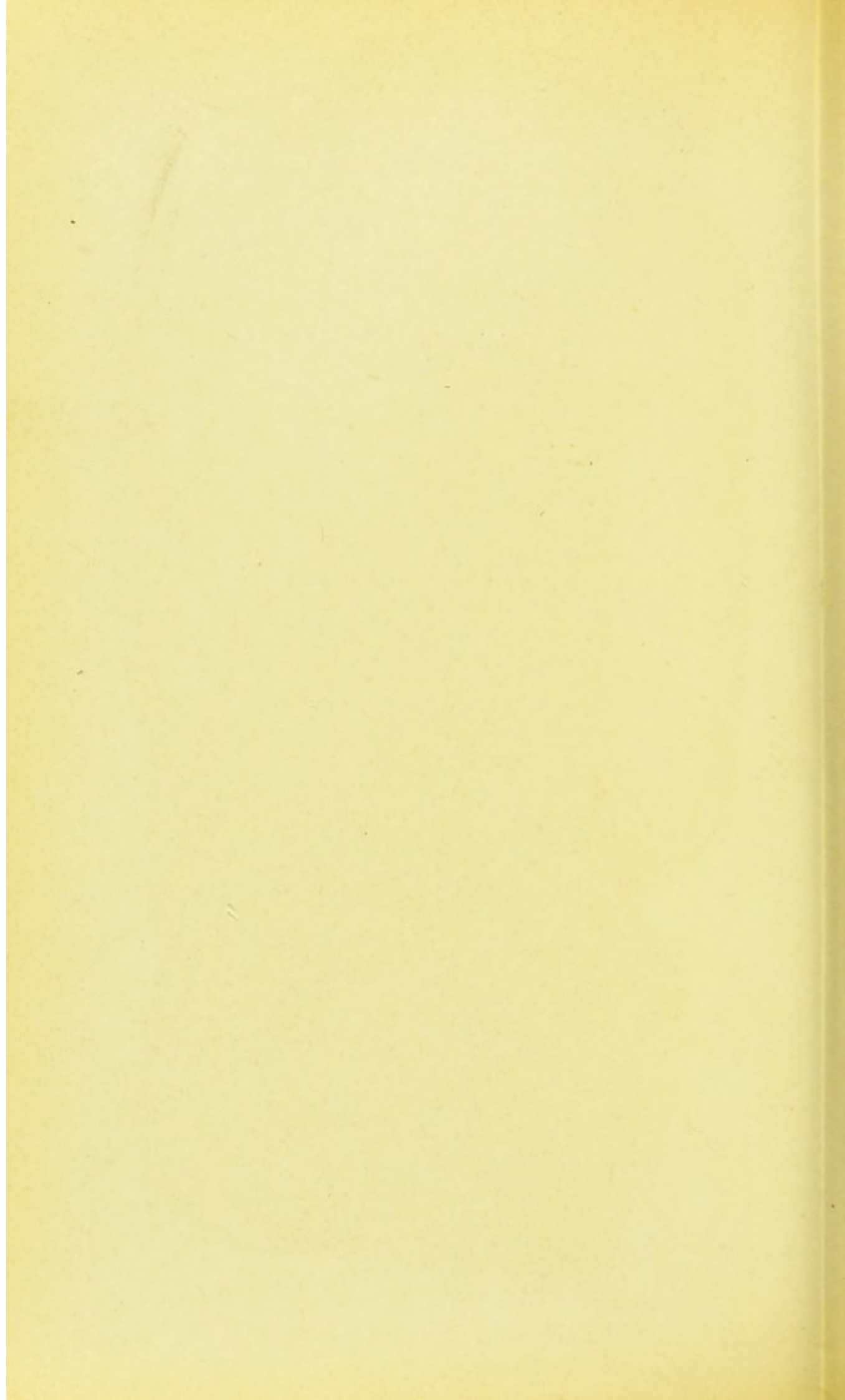
Die Kranke wurde, von ihrem Magenkatarrh geheilt, mit unveränderter Haut nach 13 Tagen entlassen.

---















## Tab. 40. Hyperkeratosis palmaris.

L. K., 36 Jahre, Tagelöhner.

Aufgenommen am 20. November 1896.

Patient ist Erdarbeiter und gibt seine Beschäftigung als Ursache des Leidens an, er habe schon früher an Schwielenbildungen der Hände gelitten.

Der jetzige Zustand soll erst 14 Tage bestehen.

Der Kranke leidet seit jeher an Fuss- und Handschweissen.  
Status praesens.

An den Handtellern und den Beugeseiten der Finger beider Hände (rechts mehr als links) ist die Haut durch Auflagerungen blättriger, zum Teil abschilfernder Hornsubstanz verdickt. Die grössten Verdickungen sieht man am Daumen, 1., 2. und 3. Fingerballen, also an jenen Stellen, welche dem grössten Drucke des Stieles einer Schaufel ausgesetzt waren.

Den Gelenkfalten entsprechend zeigen sich ziemlich tiefe Risse und Sprünge.

Die Finger, namentlich der rechten Hand, hält der Kranke in flektierter Stellung und empfindet Schmerz beim Strecken. Die Nägel sind ebenfalls stark verdickt, zwischen Matrix und Nagel befindet sich eine Lage von nichtverhornter Epidermismasse.

Aehnliche Veränderungen, nur in geringem Masse, finden sich auch an den Fusssohlen.

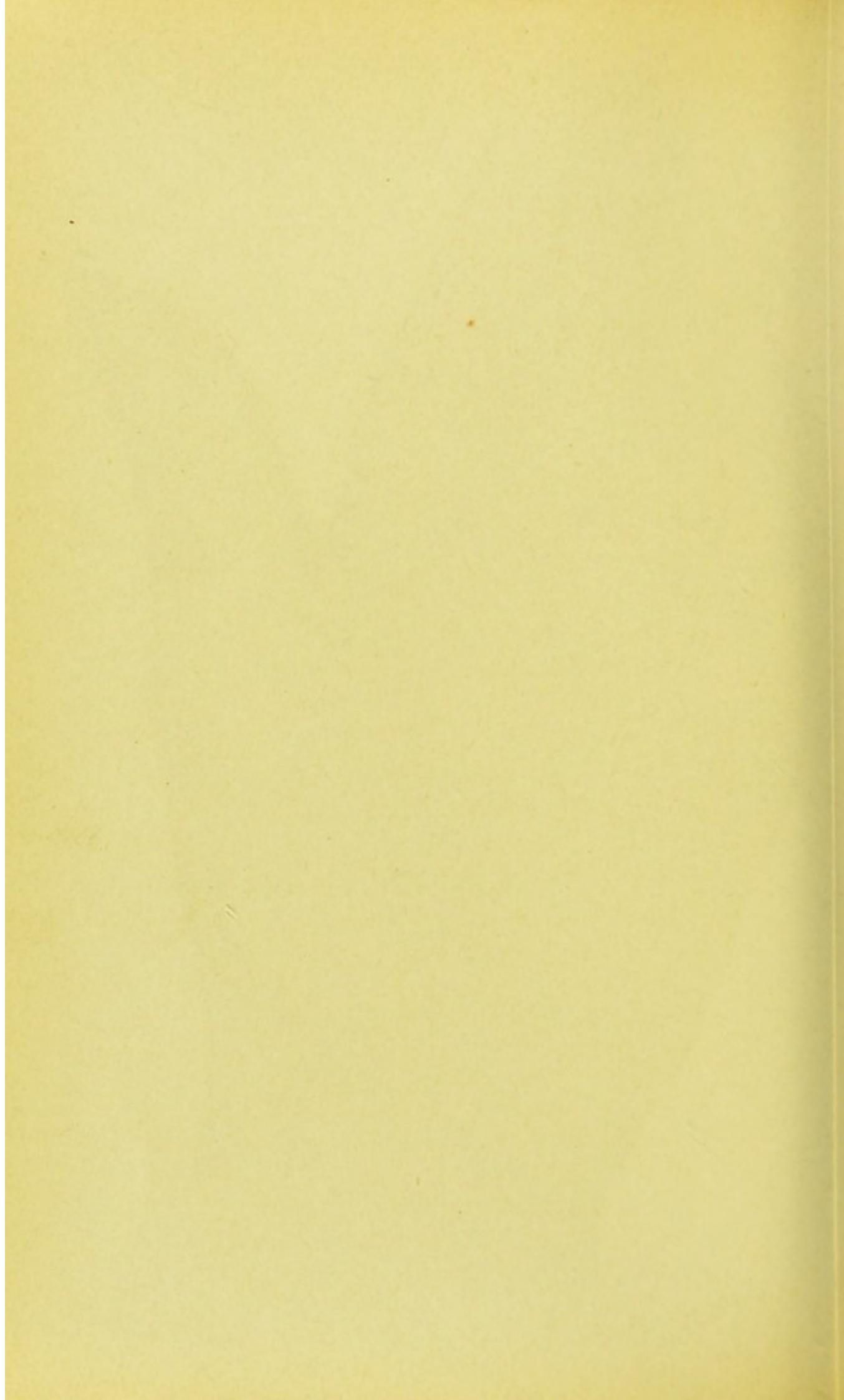
Nach Anwendung von Handbädern, Schmierseife und Diachylonsalbe wurde der Kranke nach 50 Tagen geheilt entlassen.

---











1871

1872

1873

1874

1875

1876

1877

1878

1879

1880

1881

1882

1883

1884

1885

1886

1887

1888

1889

1890

1891

1892

1893

1894

1895

1896

1897

1898

1899

1900



## Tab. 41. Vitiligo.

Z. D., 21 Jahre, Wäscherin, leidet an Blennorrhoe der Genitalien.

Die Haut der Kranken ist brünnett, das Haar dunkelbraun, fast schwarz.

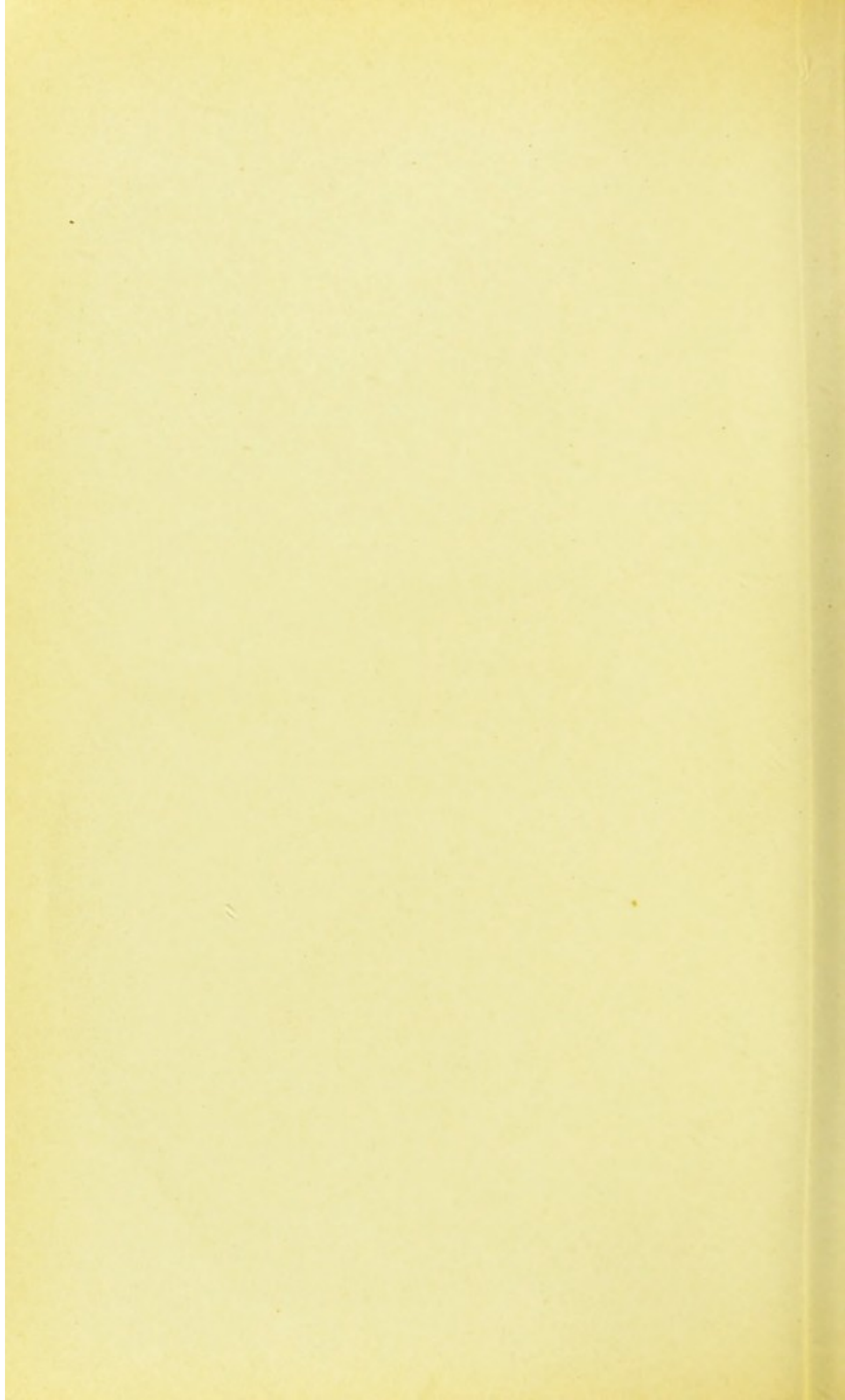
Die inneren Schenkelflächen, Schenkelfalten, die Labien und das Perineum sind von auffallend lichter Farbe und auch die Haare der Schamlippen bis auf den Schamberg sind zum grössten Teile weiss.

Mit Ausnahme des Pigmentmangels ist an Haut und Haaren nichts Abnormes zu merken.















## Tab. 41 a. Alopecia totalis neurotica.

N. N., 22 Jahre, ledig; aufgenommen 13. Oktober 1896.

Sie stammt aus einer sehr nervösen, ausserordentlich reizbaren Familie, wo jedoch Haarleiden nie vorkamen.

Als Kind hatte Patientin Varicellen und im 5. Lebensjahre eine schwere, recidivierende Diphtherie durchgemacht.

Sie blieb seither blass und schwächlich, konnte sich nicht mehr erholen.

Als Mädchen trug sie lichtblondes, sehr dichtes, langes Kopfhaar.

Im 4. und 5. Lebensjahre hatte sie zeitweilig an Schuppen der Kopfhaut gelitten, wobei die Haare jedoch nicht ausgefallen sind.

Seit ihrem Schulbesuche, d. i. vom 7. Lebensjahre an, litt Patientin häufig an periodischem, einseitigen Kopfschmerz, der sich meist auf das Hinterhaupt und den Nacken beschränkte.

Nach vollendetem 10. Lebensjahre stürzte Patientin anlässlich einer nervösen Erregung unter starkem Blutabgang aus dem Genitale bewusstlos zusammen. Dies waren die ersten Menses und seither wird Patientin regelmässig alle 3 Wochen ohne wesentliche Beschwerden menstruiert.

Einige Monate nach diesem Anfalle stellte sich heftige Migräne ein, seither bemerkte auch Patientin, dass ihr damals reiches, bis zu den Knien reichendes Haar sich langsam zu lichten begann, die Haare wurden hart, spröde, an den Enden gespalten wie todt.

Nach einer andauernden Kephhalalgie und wiederholtem Nasenbluten wurde die Kranke in bewusstlosem Zustande auf die psychiatrische Klinik gebracht.

Sie soll damals getobt, irre gesprochen und Krämpfe gehabt haben.

In einer Nacht verlor sie sämtliche Haare des Kopfes, der Achselhöhlen, des mons veneris, der Augenbrauen und Wimpern; auch die vibrissae, tragi et hirci, sowie die Wollhaare fehlten seitdem.



Als Patientin nach 3 Wochen zur Besinnung kam und die Anstalt verlassen durfte, war sie kahl und blieb es durch volle 10 Jahre bis Ende 1894.

Die nervösen Erscheinungen sollen in dieser Zeit sistiert haben.

Pat. wurde anlässlich einer antiluetischen Behandlung im Jahre 1894 als Alopecia totalis einer Aerzteversammlung vorgestellt. Sie wurde damals darauf aufmerksam, dass ihre Kopfhaut von der Unterlage schwer abhebbar geworden war.

In weiteren 6 Monaten bis zum Frühjahr 1895 stellte sich schubweise am Hinterhaupte, dann am Scheitel, schliesslich auch an den Seiten unter Jucken und Knötchenbildung ein spärlicher Haarwuchs ein.

Mit Wiederkehr heftiger Migräne, grosser Reizbarkeit gingen die spärlichen bis zur Schulterhöhe gewachsenen Haare innerhalb 2—3 Wochen wieder ganz verloren.

In einem von nervösen Symptomen freien Intervall sind in den letzten 5 Monaten die nun vorhandenen Haare nachgewachsen, seit 7—8 Wochen zeigen sich auch in der Achsel, auf der Schamfuge Wollhaare.

Status praesens:

Bei der Untersuchung des Körpers findet man mit Ausnahme einer Blennorrhoea vaginae et uteri keinerlei Veränderungen.

Die Sensibilität, die Druck-, Schmerz- und Temperaturempfindung hat auf der äusseren Haut bis auf eine leichte Störung im Bereiche des Stirnastes des nervus facialis nirgends gelitten.

Die Haut-, die Muskel- und Sehnenreflexe sind allenthalben auslösbar.

Die Phosphat-Ausscheidung im Urin ist wesentlich vermehrt.

Die Nägel erscheinen getrübt und zeigen ausgeprägte Längsleisten, sind stellenweise getüpfelt, ungleichmässig vertieft, auch sind die Vertiefungen gegen die Nagelmitte grösser und flacher. Die Haut des Schädels ist blass, glatt, glänzend und auf ihrer Unterlage beweglich, doch schwer in Falten abhebbar.

Die Haare selbst sind dünn, atrophisch, 15—20 cm die längsten, die Lanugohaare sind 1—2 mm lang.



Einzelne gut abzugrenzende, fast symmetrische Partien sind nahezu ganz haarfrei und diese, sowie die behaarten Partien, stimmen in ihrer Anordnung mit der Ausbreitung von Hautnerven überein (ramus prim. trigemini, II. und III. nerv. cervicalis).

Wenige Härchen deuten die Augenbrauen an, die Cilien fehlen fast gänzlich, tragi, hirci und vibrissae vollkommen. Die ganze Hautdecke, namentlich an den Extremitäten ist trocken, trotzdem die Kranke seit einigen Wochen bei Kopfschmerzen Schweissausbrüche beobachtet.

Bemerkenswert ist die Coincidenz des raschen Haarausfalles mit einer Psychose, ferner das Zusammenfallen nervöser Veränderungen, als Migräne, Kongestionen, Nasenbluten, mit Schwankungen im Wachsen und Ausfallen der Haare, ferner die Symmetrie der behaarten, respektive haarlosen Stellen, oft auch der Dichte der Behaarung, die stellenweise Uebereinstimmung der Behaarung mit der Ausbreitung der Hautnerven, dann die trophoneurotischen Störungen der Nägel und das Fehlen einer ursächlich nachweisbaren anatomischen Haarerkrankung, schliesslich auch die hereditäre nervöse Belastung. Der ganze Verlauf spricht für die nervöse Ursache des Haarausfalles und ist in die Reihe der Fälle von Alopecia totalis praematura neurotica zu stellen.

(Der Fall wurde aus der Abh. von Dr. Spiegler beschrieben).

## Tab. 41 b. Alopecia areolaris, Canities.

G. P., 17 Jahre, Kaufmann.

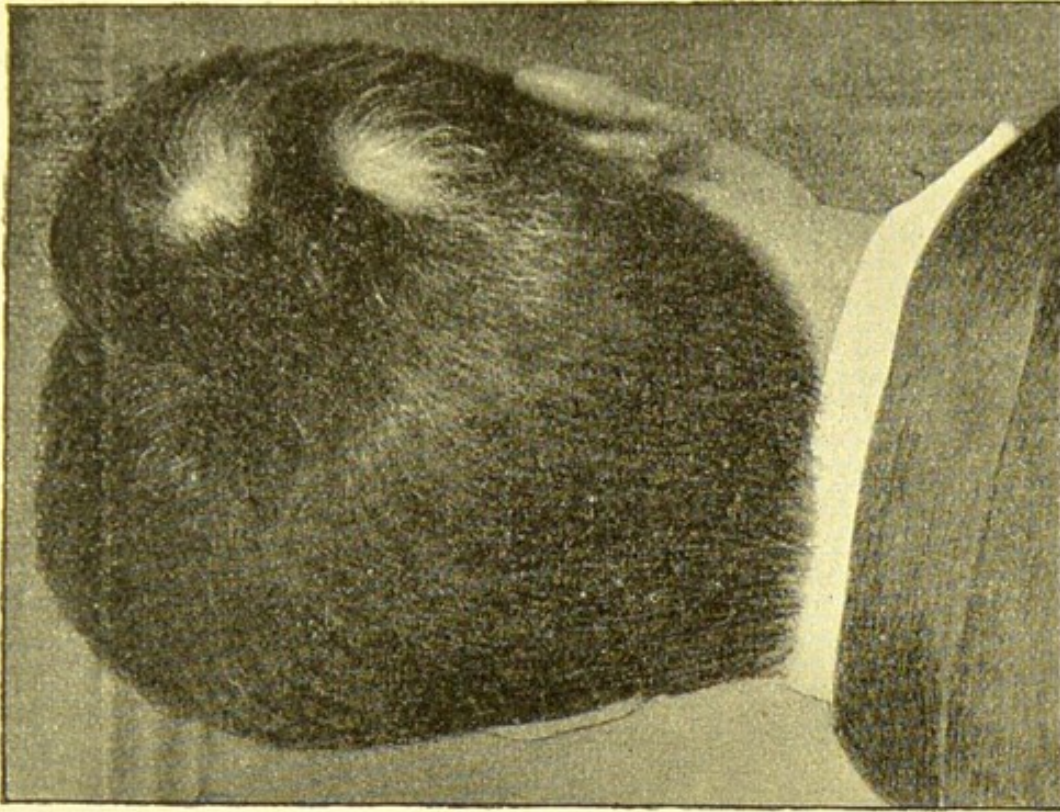
Patient gibt an, im Februar 1895 an einer Alopecie gelitten zu haben, welche jedoch bis zum Herbst vollkommen geheilt war.

Im Januar 1896 begannen die Haare an 2 Stellen des Hinterhauptes sich weiss zu verfärben und auszufallen.

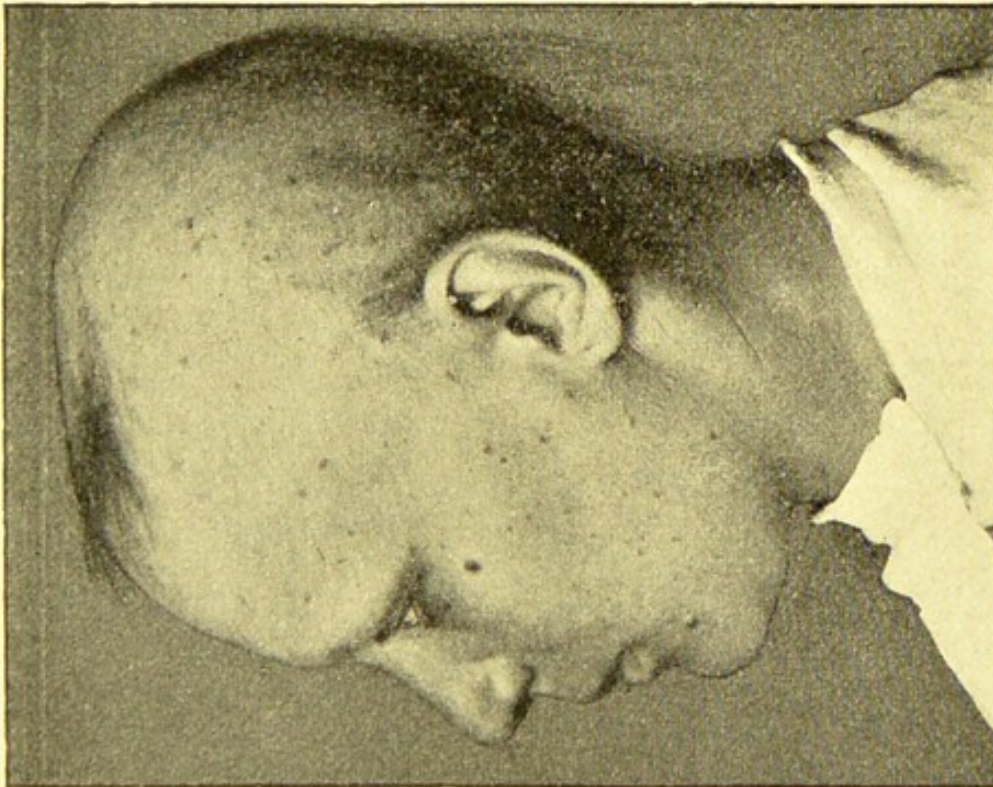
Am Rande der nun kreisförmigen Defekte sind die Haare leicht ausziehbar.

---





Tab. 41b.



Tab. 41a.

VIIIb.



### Tab. 42. Lupus erythematodes nasi.

F. H., 38 Jahre, Schneidersgattin, beobachtet seit mehreren Wochen das Entstehen des Uebels auf der Nasenspitze.

Status praesens:

An der Spitze und der linken Ala nasi sieht man eine mit einem roten Halo umgebene, weniger erhabene, runde, etwas nach rechts ausgezogene kranke Hautstelle, welche auf livid geröteter Basis grau- und grünlichweisse, der Unterlage ziemlich fest anhaftende, unregelmässig verteilte Auflagerungen zeigt.

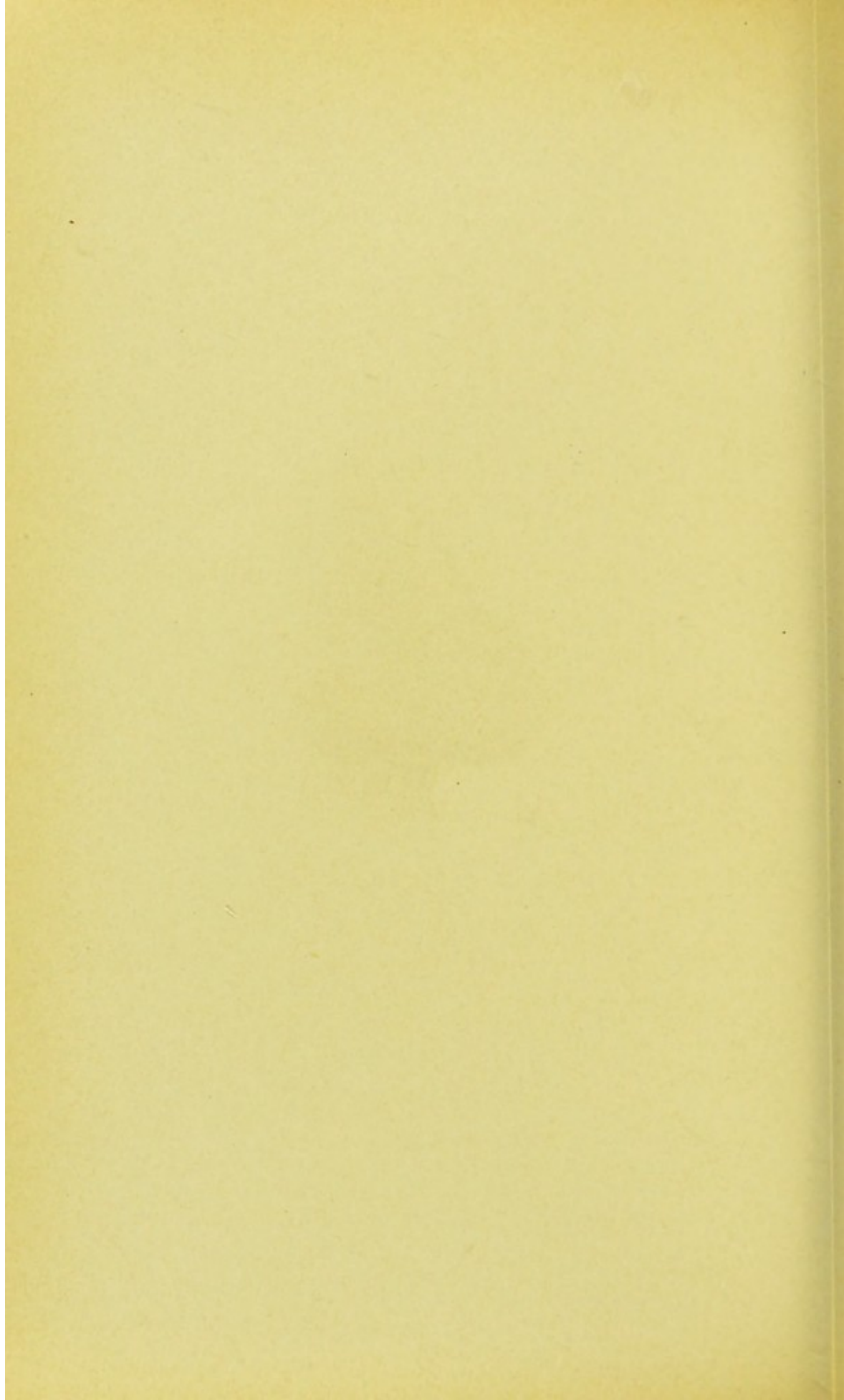
Unter salicylhaltigem grauen Pflaster besserte sich der Zustand, dann blieb die Kranke aus dem Ambulatorium aus.

---





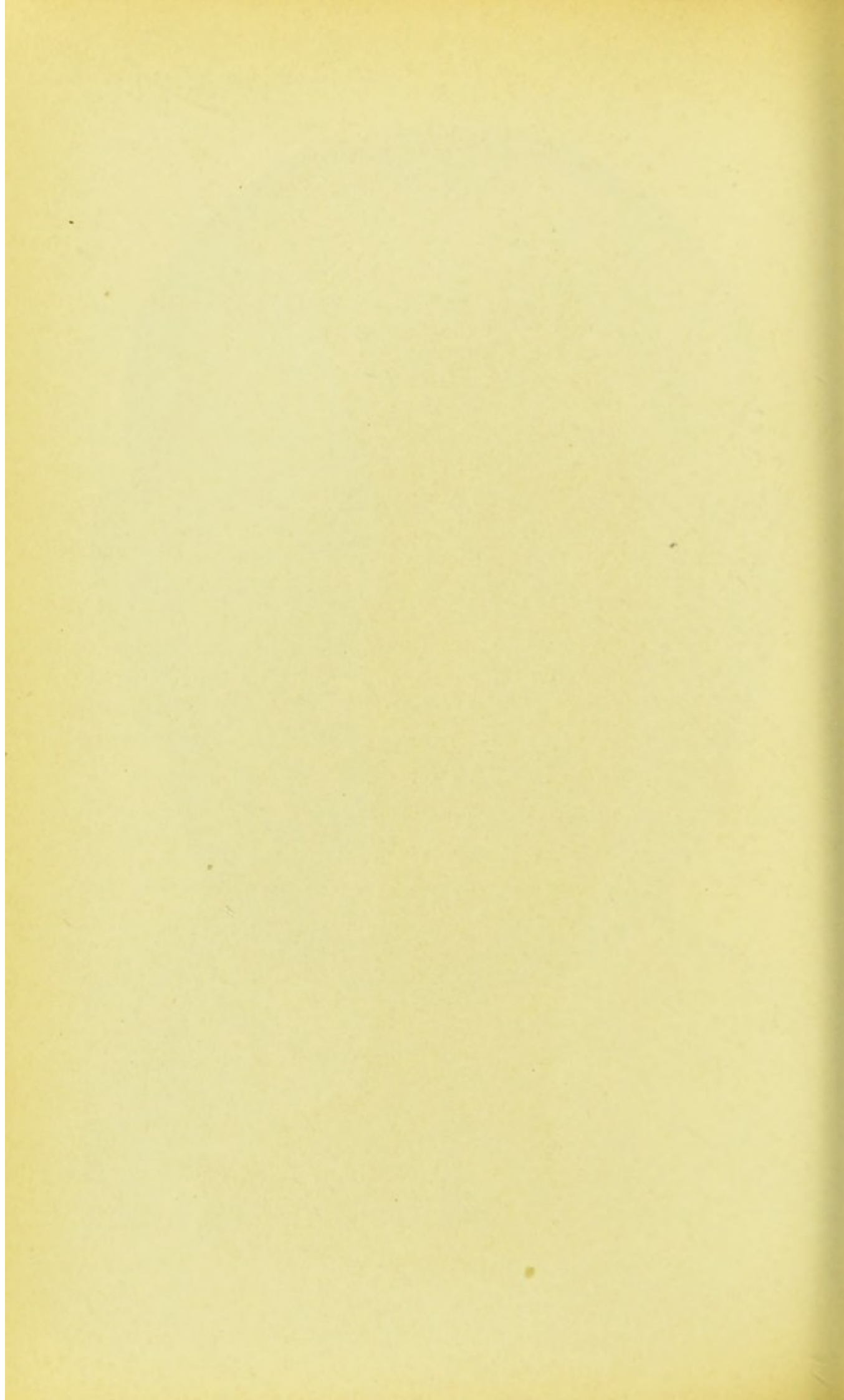








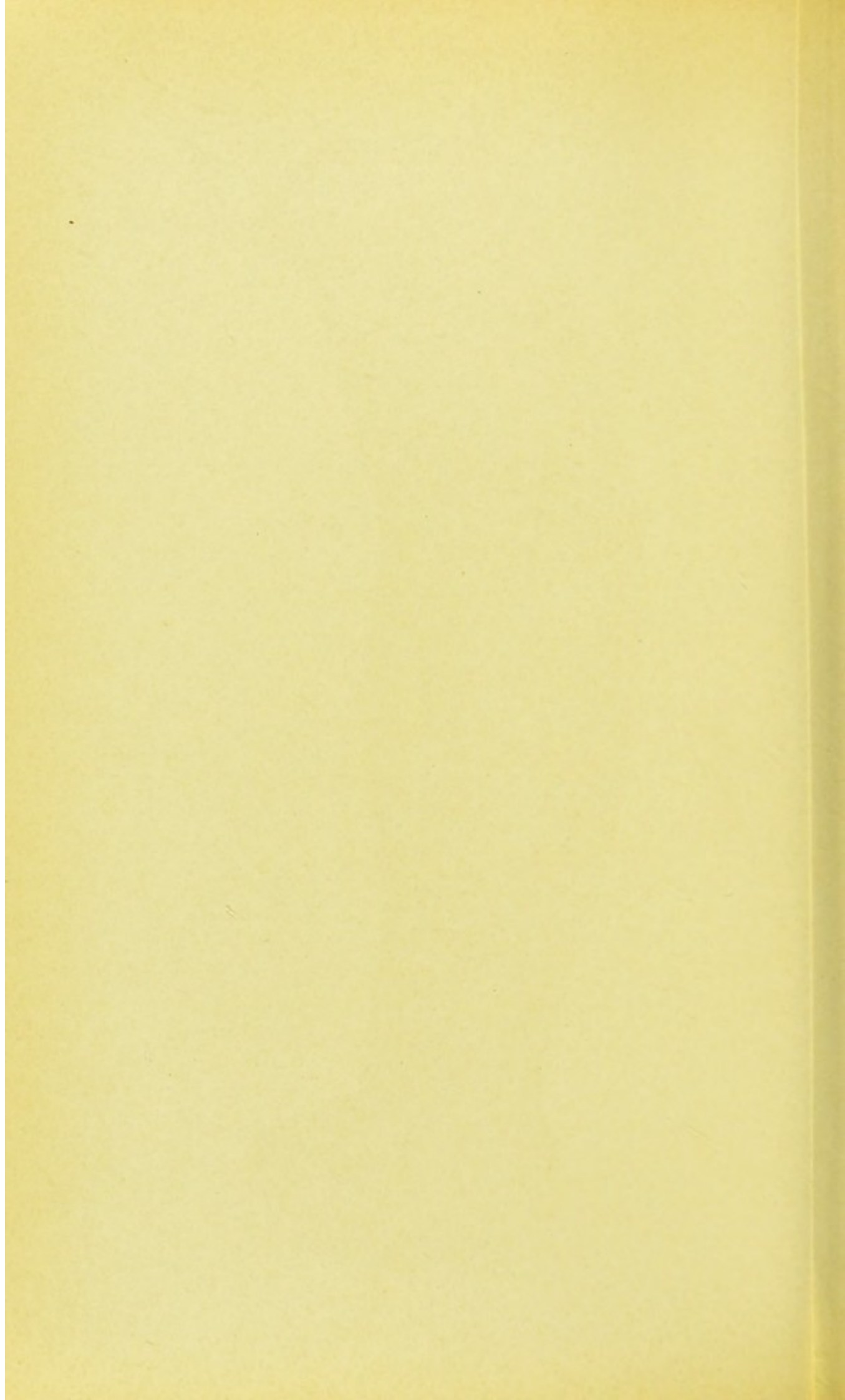














## Tab. 44. u. 44a. Xanthoma tuberosum.

R. P., 42 Jahre, Ingenieur.

Vater des Patienten starb an einer Leberaffektion, die Mutter und die Geschwister sind gesund.

Seit etwa 10 Jahren bemerkt Patient das Auftreten kleiner Tumoren, zunächst an den Streckseiten der oberen Extremitäten. Dieselben veranlassten nur geringe subjektive Symptome, besonders Druck auf dieselben, beispielsweise ein Aufstützen auf die Ellbogen, löste Schmerz aus. Im Ablauf der Jahre traten ähnliche Geschwülste am Nacken, an den Gesässbacken und an den Streckseiten der unteren Extremitäten auf.

Seit 3 Jahren ist der Zustand ziemlich stationär geblieben.

Status praesens:

Patient ist mittelgross, kräftig, mit reichlichem panniculus adiposus, blass.

Die inneren Organe sind normal.

An der Nackenhaargrenze, den Streckseiten der oberen Extremitäten, (namentlich über dem Ellbogengelenk) den Nates und den Streckseiten der unteren Extremitäten ist die Haut mit Geschwülsten besetzt, die halbkugelig über das Hautniveau prominieren, zwischen linsen- und haselnussgrösse variieren, teils glatt, teils eigentümlich brombeerartig gefeldert erscheinen; die Peripherie hellrot gefärbt, gegen das Centrum der Tumoren geht der Farbenton in ein deutliches Fettgelb über.

Zwischen den dichtgedrängt stehenden, zum Teil konfluierenden Geschwülstchen sind linsengrosse,



Tab. 45. Naevus vascularis ad nates dextras  
et in femore dextro.

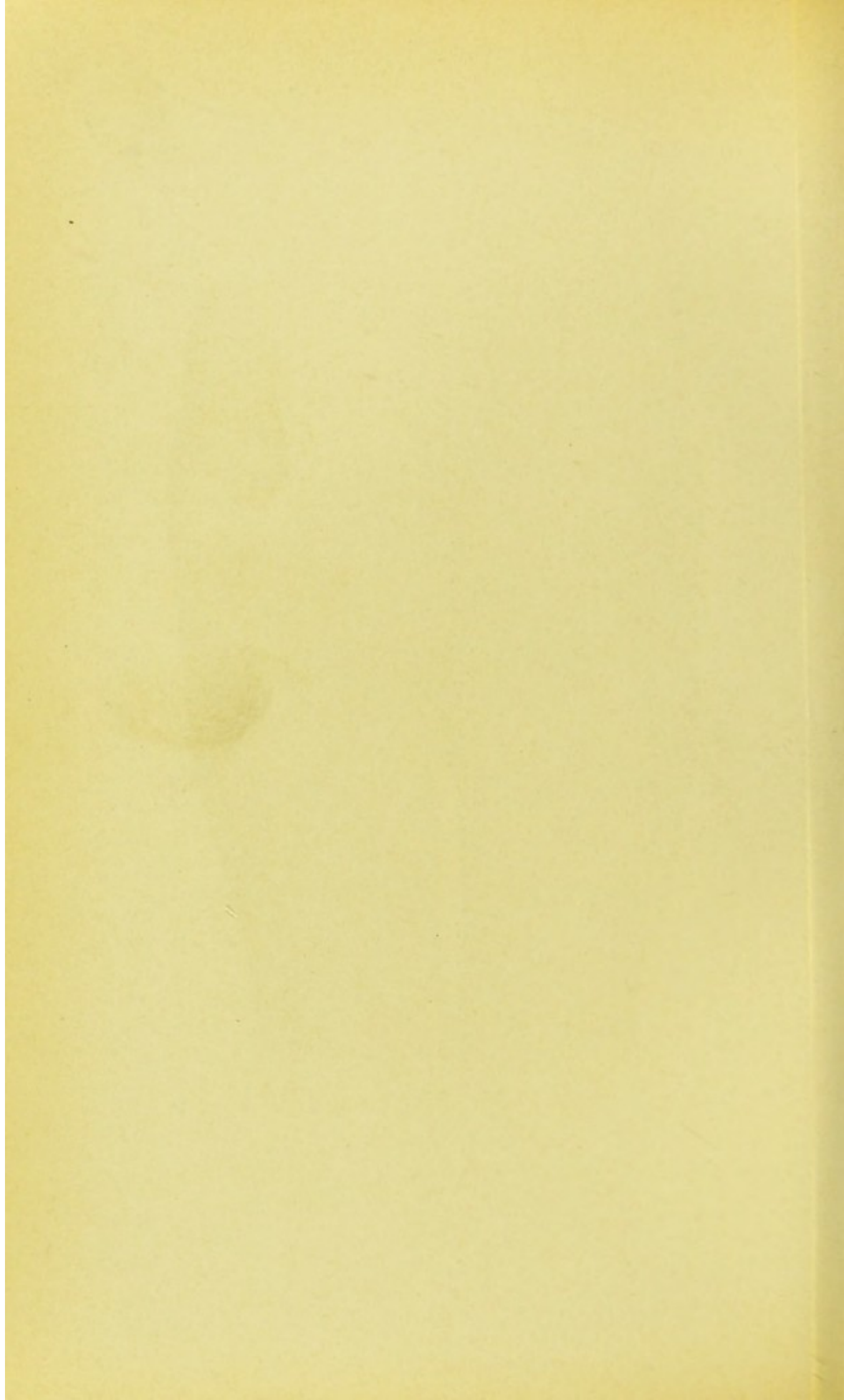
Tab. 45a. Naevus vascularis et verrucosus  
regionis temporalis sinistrae.

In der Mitte einer kupferroten, von ektasierten Gefässen durchzogenen, unregelmässig begrenzten Hautpartie erscheinen einzelne, leicht über das Niveau erhabene, stärker ausgedehnte Gefässe und aus verdichtetem Gewebe bestehende, erbsen- bis bohnergrosse Geschwülstchen.



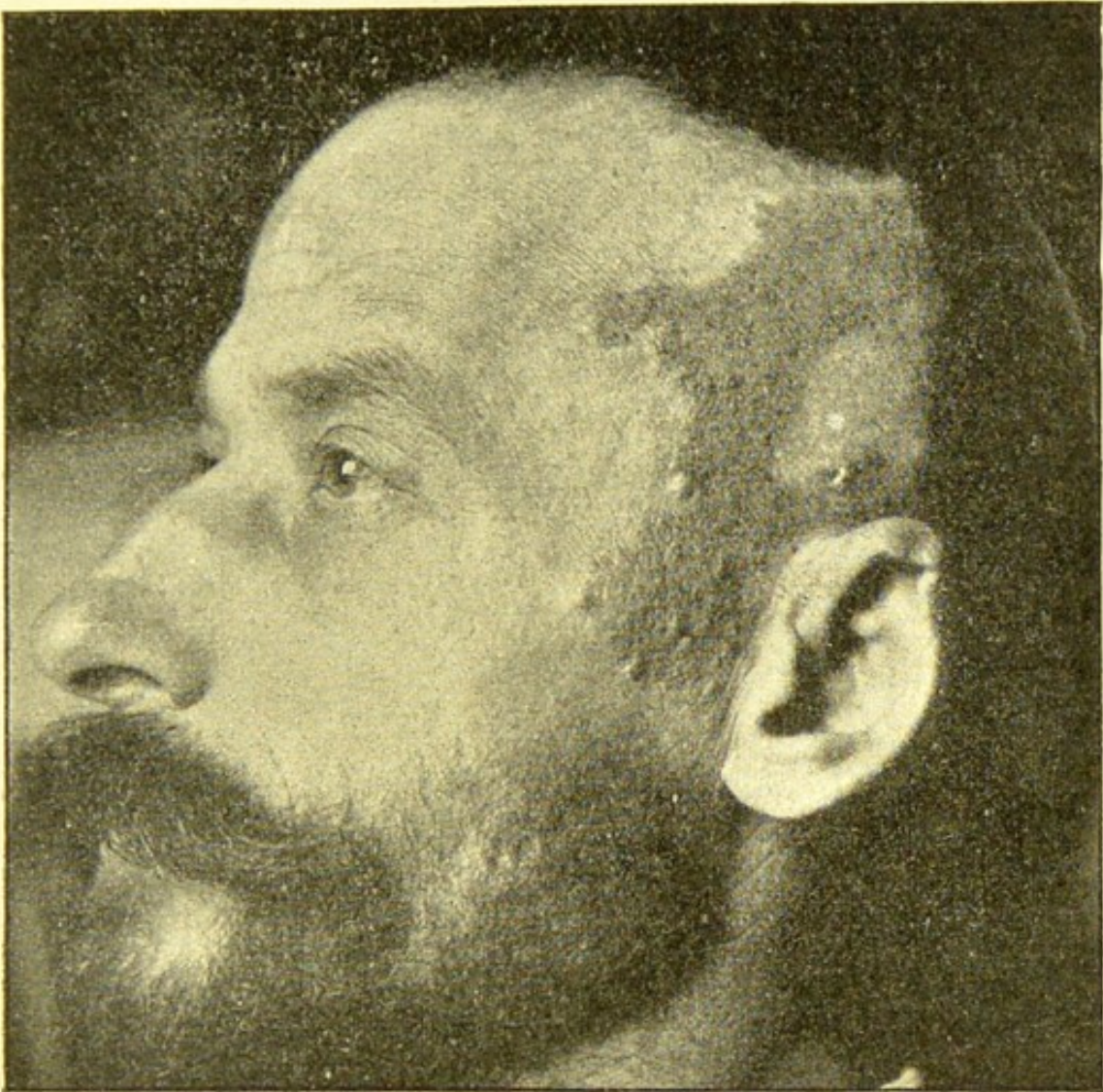








Tab. 45 a.





## Tab. 46. Lupus vulgaris serpiginosus.

K. A., 14 alt Jahre. Aufgenommen 21. März 1898.

Patientin behauptet, die Affektion am linken Oberschenkel seit ihrer Kindheit zu haben.

Mehrere Geschwister sind in früher Kindheit gestorben, sie selbst war immer gesund.

Status praesens:

Patientin gross, gracil gebaut, blass. Lungenbefund ergibt eine linksseitige Spitzeninfiltration, Herzbefund normal.

Im Bereiche der Haut des linken Oberschenkels, die 2 oberen Dritteile an der Aussenseite einnehmend, befindet sich eine faltige Narbe. In der Mitte derselben zahlreiche flache, unregelmässig angeordnete, nach der rückwärtigen Peripherie dichter stehende Knötchen.

Zahlreiche dieser Knötchen deckte eine oberflächlich haftende Borke, dazwischen solche von mehr roter Farbe, hie und da mit kleinen Blutpünktchen versehen. Die äussere Begrenzungslinie ist durch eine mehrfache Lage von soliden Borken wallartig gegen die normale Haut abgegrenzt.

Es wurden in der Chloroformnarkose durch Excochleation, Paquelinisierung und Excision die kranken Stellen entfernt.

Unter normalem Wundverlauf wurde die Kranke nach 43 Tagen geheilt entlassen.

---















## Tab. 47. Lupus serpiginosus exulcerans.

W. A., 22 Jahre, Schuhmacher. Aufgenommen 6. Januar 1897.

Patient gibt an, seit seinem 2. Lebensjahre an der Hautaffektion zu leiden und wiederholt in Behandlung gestanden zu sein (auch operativ).

Derzeit ist sein Leiden von Jucken und Schmerzen begleitet. Ein Bruder und die Eltern starben an Auszehrung.

Status praesens:

An der inneren Fläche des linken Oberschenkels ist die Haut im Umfange einer Flachhand lebhaft gerötet und infiltriert, das Centrum narbig, zum Teil abschuppend.

Am Rande sind Knötchen in stärkeren Wucherungen zu sehen.

Ueberdies sind einzelne Stellen mit Borken bedeckt. Nach Entfernung derselben sieht man durch die Haut greifende, am Grunde hämorrhagische Geschwüre.

An der Streckseite in derselben Höhe befindet sich ein zweimarkstückgrosses Infiltrat von ähnlicher Beschaffenheit.

Ausserdem sind atrophische, etwas eingezogene, längliche Narben in der Kniekehle.

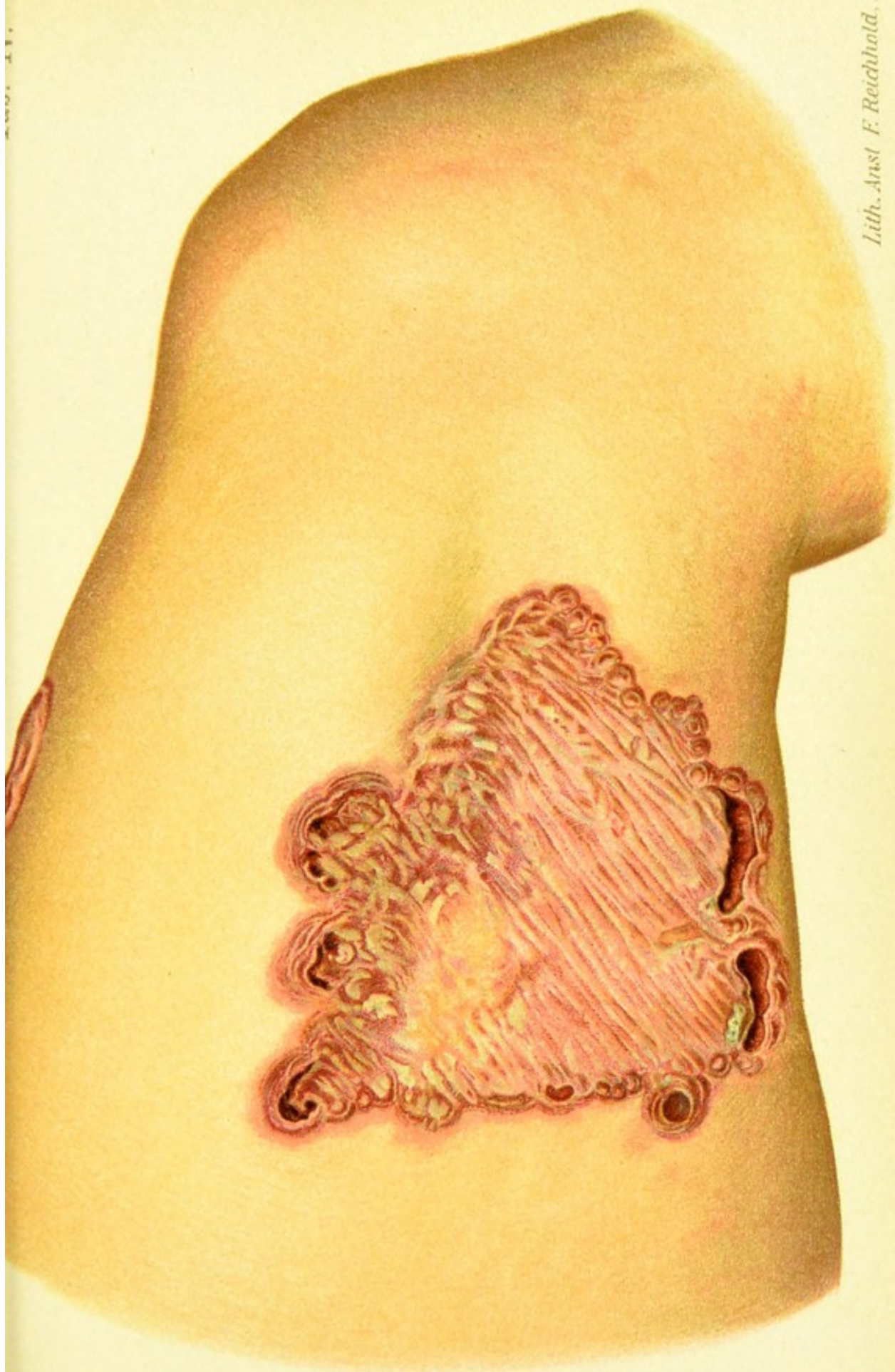
In der Chloroformnarkose wurden die lupösen Infiltrate excidiert und, nachdem periphere Entspannungsschnitte angelegt wurden, die Haut vernäht.

Später wurden die Wunden durch Transplantation gedeckt.

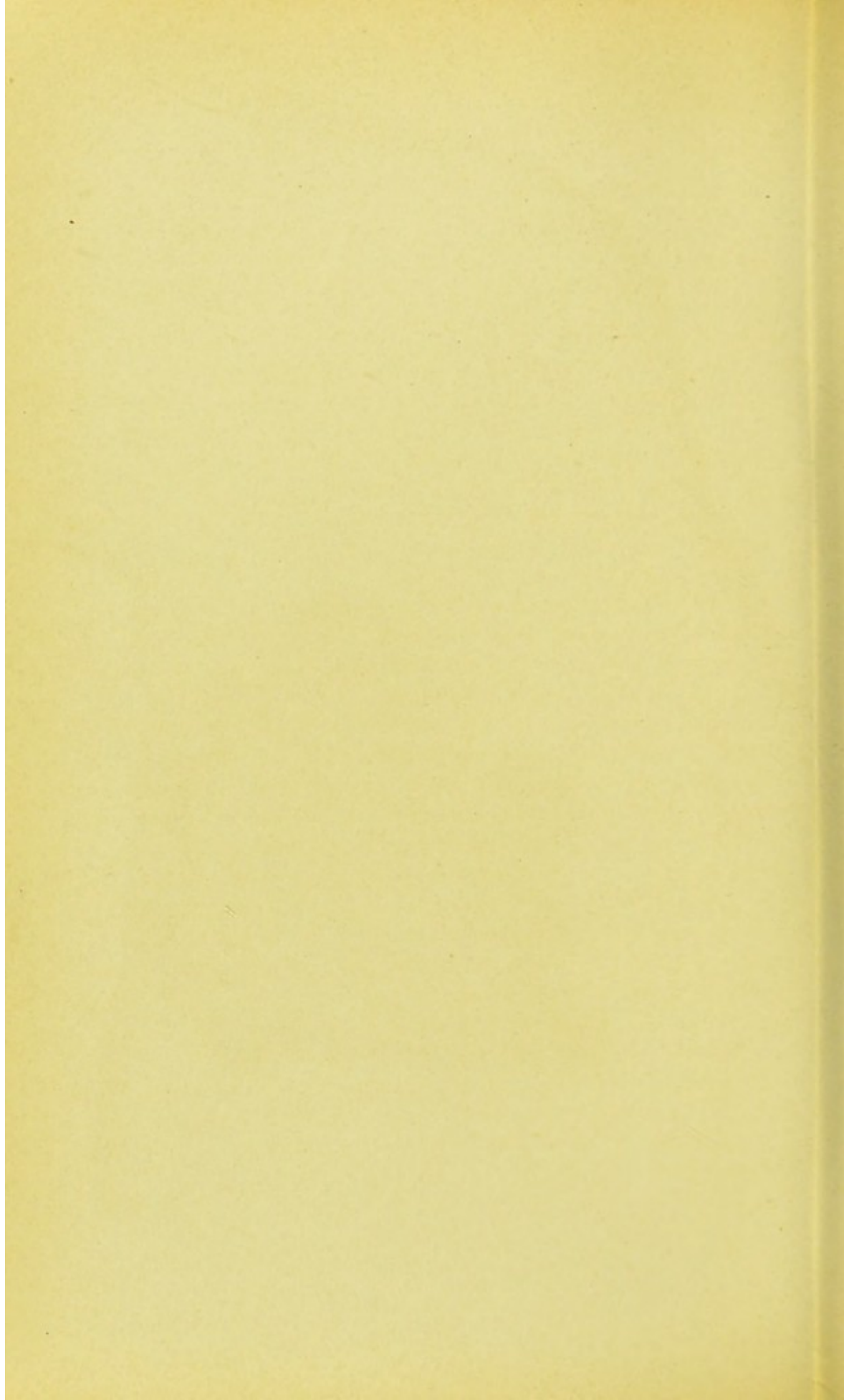
Der Kranke wurde nach 118 tägiger Behandlung geheilt entlassen.

---











## Tab. 47 a. Chronische Tuberkulose der Hand nach Exartikulation des kariösen Mittelfingers.

K. J., 62 Jahre. Tagelöhnerin.

Patientin erkrankte das 1. Mal vor 4 Jahren unter heftigen Schmerzen im Mittelfinger der rechten Hand. Im Februar 1892 musste derselbe enucleiert werden.

Vor 1½ Jahren begann das Dorsum manus sich zu entzünden und geschwüurig zu zerfallen.

An der rechten Wange hat Patientin seit 3 Jahren einen thalergrossen Knoten, der sich seitdem nur wenig veränderte.

Fünf Kinder der Patientin sind gesund.

Seit 12 Wochen stand sie in ambulatorischer ärztlicher Behandlung.

Status praesens.

In der Verlängerung des rechten Mundwinkels u. zw. von demselben durch eine 1 cm breite Brücke normaler Haut getrennt, befindet sich ein etwa 2 cm<sup>2</sup> umfassendes Feld, welches bis an den Rand der Unterkiefers reicht.

Ueber demselben ist eine weissliche Narbe, welche einem älteren Geschwürsprozesse entspricht. Von da an gegen den Mundwinkel zu ist die Haut mehr gerötet, inmitten seicht deprimiert, peripher namentlich gegen die Wange zu uneben, so zwar, dass ein unregelmässiges längliches Geschwür von ½ cm Länge ein buchtiger Rand mit leicht warzig vorspringender Peripherie umgibt. In diesen scheinbar warzigen Protuberanzen schimmern weissgelbliche Knötchen durch. Die Basis dieser Stelle ist mässig entzündlich infiltriert elastisch. Nach abwärts von diesem Geschwür findet sich eine weniger infiltrierte mit undeutlichen Knötchen in der Peripherie versehene Geschwürsstelle.

Die obere rechte Extremität namentlich im Vorderarm ist im Vergleiche zur linken abgemagert. Die Hand selbst ist leicht gedunsen, der Daumen frei, die drei Finger in den Phalangealgelenken im rechten Winkel gebeugt.

IX a.



Die Streckung derselben ist unmöglich. Der Mittelfinger fehlt.

1 cm in die Palma, über der Narbe der Exartikulation selbst, über die ersten Phalangen des Zeige- und Ringfingers, über den Metacarpophalangealgelenken und bis etwa  $1\frac{1}{2}$  cm auf dem Dorsum befindet sich die Haut in einem Zustande leichter Infiltration von lividroter Farbe.

Die ganze Fläche ist mit hirsekorn- bis linsengrossen Geschwürchen besät, von denen mehrere konfluieren und unregelmässige, buchtige Geschwüre bilden, welche insgesamt in das Corium reichen.

An der Peripherie dieser erwähnten Geschwürsfläche, namentlich aber an einer isoliert stehenden, frischen Gruppe über dem Metacarpophalangealgelenke des kleinen Fingers befinden sich kleine Knötchen von Stecknadelkopfgrosse und darüber, welche gleich den früher erwähnten Partien durch eitrige Schmelzung zu Substanzverlusten und Geschwüren geführt haben. Von da an ist die Haut am Dorsum in einer Breite von 3— $3\frac{1}{2}$  cm leicht gerötet, glänzend, mit seichten, spärlichen Erosionen einiger Follikel, und leicht geschwollter Unterlage versehen.

Ueber den Carpus breitet sich eine der oben beschriebenen ähnliche Geschwürsfläche aus.

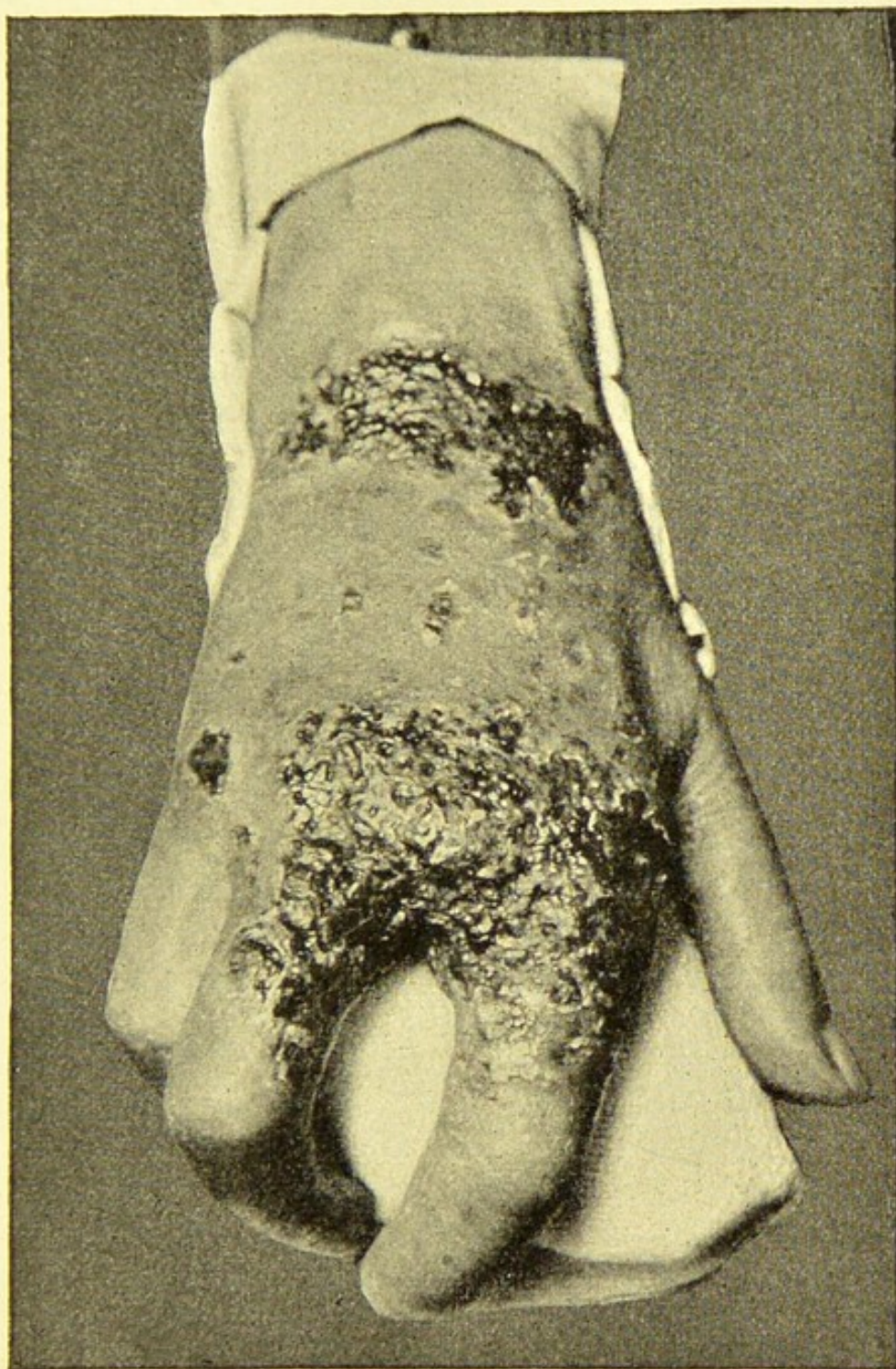
18. X. Die eitrige Schwellung der Knötchen hält an.

3. XII. Ueber dem Handgelenke sind die kleinen Knötchen geschwunden, das Geschwür ist fest übernarbt.

---



Tab. 47 a.



IX b.



Tab. 47b. Chronisch tuberkulöse Ulcerationen am Handrücken. Bubonuli am Vorderarm, ulcerierte Bubonen am Ellbogengelenke, Schwellung der Axillardrüsen.

M. M., 69 Jahre alt; aufgenommen am 18. Oktober 1895.

Die Kranke gibt an, in ihrer Jugend lange Zeit gehustet zu haben, der Arzt soll sie als brustkrank erklärt haben.

Seit einigen Jahren sind die Erscheinungen von Seite der Lungen in den Hintergrund getreten.

Vor 10 Jahren erkrankte die Patientin an Caries des rechten Mittelfingers, welche sich anscheinend besserte bis sich die Kranke denselben vor 2 Jahren infolge eingetretener Verschlimmerung enucleieren lassen musste.

Status praesens:

Die schwächlich gebaute Kranke ist mässig genährt, ihre Muskulatur schlaff, Haut blass. Ueber der Lunge rechts oben etwas kürzerer Perkussionsschall, sonst Emphysem.

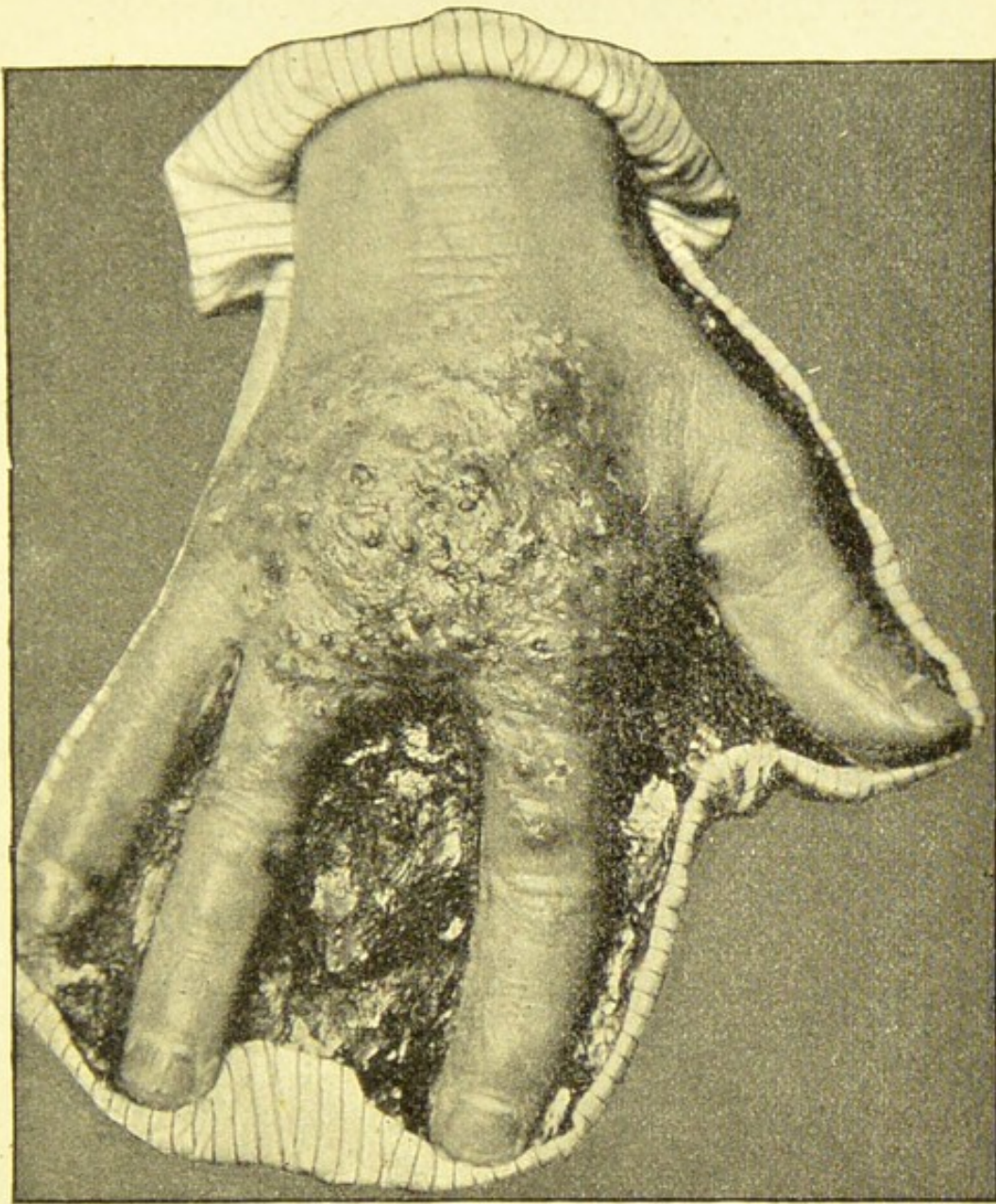
Die rechte obere Extremität zeigt in ihrem ganzen Umfange und ihrer Länge keine Differenz gegenüber der linken; der rechte Mittelfinger ist enucleiert. Die davon herstammende Narbe reicht am Handrücken bis einen Querfinger vor das Handgelenk.

Um den Metacarpus des 2. und 4. Fingers ist eine mehrfach durchfurchte, mit honigartigen Borken bedeckte Fläche. Um diese herum ist die Haut gerötet.

An beiden Fingern (2. und 4.) befinden sich kleine, mit Schuppen bedeckte Knötchen.

Am Vorderarme, 3 Querfinger unter dem Ellbogengelenke, ein halbhaselnussgrosser, livider Knoten. Ueber diesem, durch eine normale Hautbrücke getrennt, ein kleinerer, infiltrierter Herd. Ferner unterhalb des Olecranon, an der äusseren Fläche des Ellbogengelenkes ist ein mit der Haut verschiebbares, 1 cm breites,  $1\frac{1}{2}$  cm langes, von einer Borke bedecktes Geschwür, mit mässig entzündeter Umgebung.





In der Axilla mehrere bohnen- bis wallnussgrosse infiltrierte Drüsen.

Nach Ablösung der Borken und Anwendung verschiedener Salbenverbände wurde die Kranke auf ihren Wunsch (am 12. XII. 1895) gebessert entlassen.



## Tab. 47c. Chronische Tuberkulose der Haut des Unterschenkels. (Lupus tumidus.)

P., 69 Jahre alt; aufgenommen am 25. Dezember 1894.

Am 5. IV. 1895 in der k. k. Gesellschaft der Aerzte vorgestellt.

An der Haut des Unterschenkels brustwarzenähnliche Papillome, welche sich an ihrer Oberfläche durch linsengrosse Defekte und durch facettenartige Streifung in der gelockerten Epidermis auszeichneten.

Bei seitlichem Druck auf diese Geschwülste entleerte sich aus den Defekten käseartiger Eiter und Blut.

Die Papillome nahmen rasch an Umfang zu, so dass am 21. Februar die ganze jetzt pigmentierte Haut mit solchen Wülsten bedeckt war.

Die zum Zwecke der Diagnose vorgenommene Excision zweier Knoten hat bei der durch Professor Paltauf vorgenommenen Untersuchung ergeben, dass wir es mit einer typischen Tuberkelbildung in dem Granulationsgewebe zu thun haben.

Da die Kranke einen operativen Eingriff absolut nicht zugeben wollte, wurde das Kochin versucht.

Es wurden am 21./2., 26./2., 2./3., 14./3., 2./4., je 1 mg Kochin injiziert.

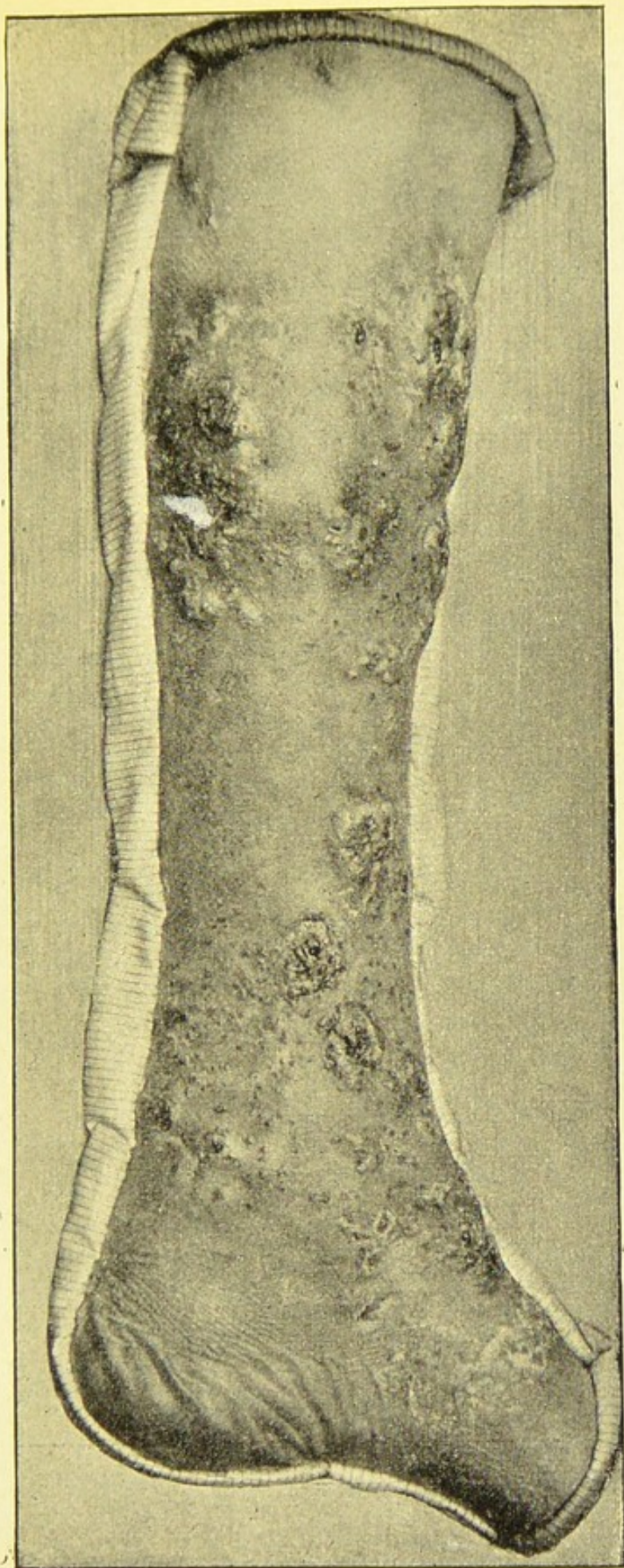
Die Reaktion war schon bei der ersten Injektion aufgetreten und zwar erhob sich die Temperatur bis auf 39°, fiel aber nach 2 Stunden bereits auf 38° ab. Am 2. Tage wurde wieder normale Temperatur gemessen.

Nach der 2. Injektion stieg die Temperatur bis auf 40° und in ähnlicher Weise ging es bei den übrigen 3 Injektionen. Die Kranke fühlte sich darnach 1—2 Tage etwas angegriffen, erholte sich aber sehr bald.

Lokal war jedesmal bei den ersten Injektionen eine Zunahme der Schwellung, Hyperämie der Geschwülste und ihrer Umgebung und ein förmliches Zerfliessen der Geschwulst zu beobachten.

Bei der letzten Injektion, wo schon die Geschwülste sich nurmehr als flache Infiltrate präsentierten, war die Reaktion bloss durch Hyperämie angedeutet.





IX c.



Der Fall beansprucht nach 2 Richtungen hin ein Interesse:  
Erstens das Auftreten einer Hauttuberkulose an einer aussergewöhnlichen Körperstelle an und für sich, die Form, unter welcher sich das Krankheitsbild uns bei der Aufnahme und weiteren Beobachtung präsentierte und zweitens der Erfolg der eingeschlagenen Therapie.

---

### Tab 48, 48 a. Lupus. Phlegmone.

J. A. 20 Jahre, Taschnergehilfe, vom 9. bis 16. Mai auf der Abteilung.

Pat. ist seit früher Kindheit krank. Die Hautaffektion ist etwa 14 Jahre alt.

Status praesens.

Grosser, sehr anämischer, abgemagerter Patient.  
Tbc. pulmonum, Amyloidosis hepatis, Nephritis.

Die linke untere Extremität ist elephantiastisch verdickt, ödematös, das Dorsum pedis, die Interdigitalfalten mit zahllosen, teils einzelstehenden, teils konfluierenden, central vertieften Geschwüren bedeckt. Vereinzelte lupöse Herde sind am linken Oberschenkel zerstreut.

An der Wangenschleimhaut befinden sich einzelne etwa hirsekorn-grosse Geschwüre.

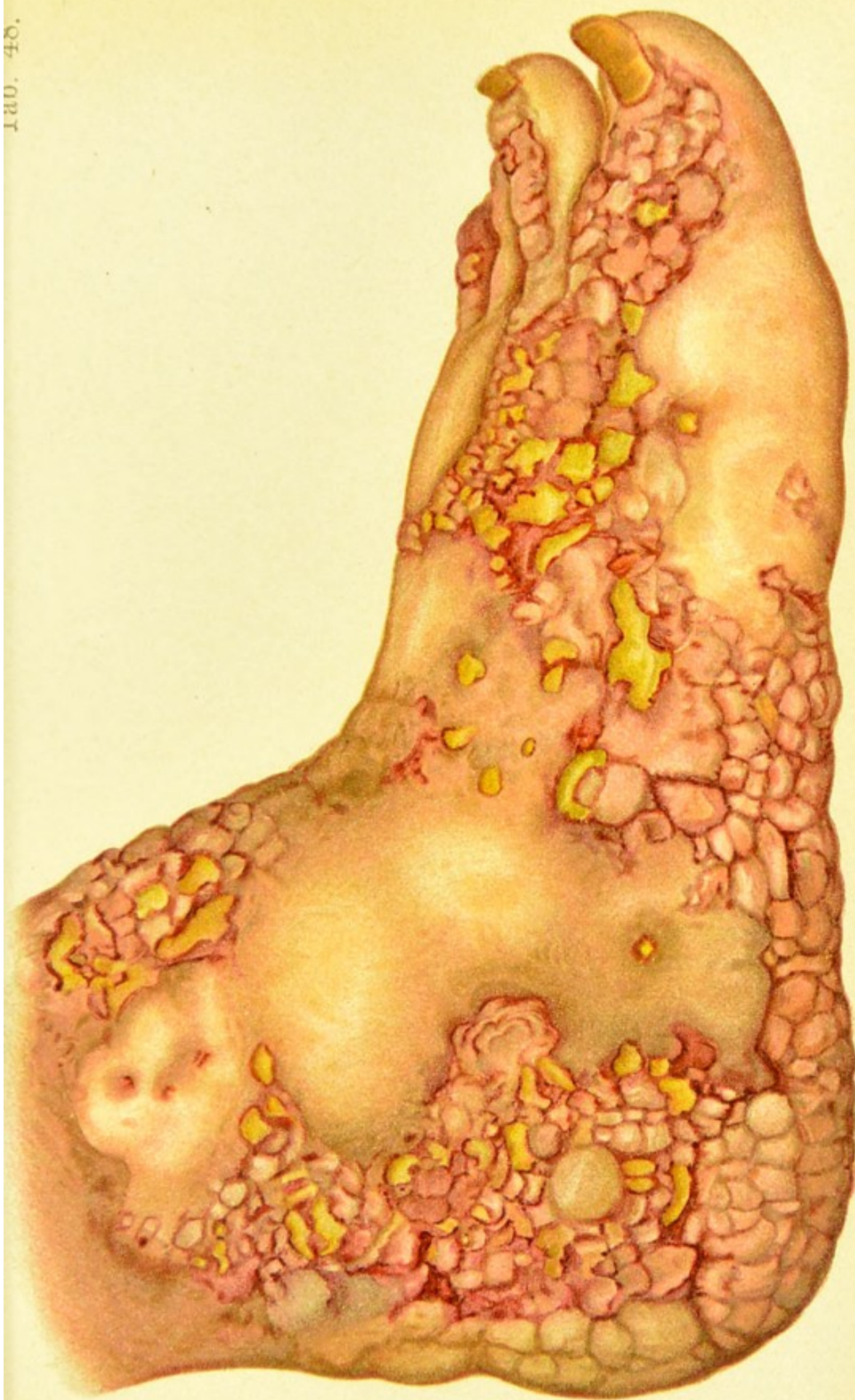
Am rechten Oberschenkel, ausgehend von einem vereinzelt lupösen Herde an der Streckseite, etwa in der Mitte desselben, ist Lymphangioitis und Phlegmone, welche bis an das Poupart'sche Band sich hinauf erstreckt.

Am 15. Mai traten sehr heftige Schmerzen in der l. unt. Extr. auf, zugleich nahm das Oedem derselben bedeutend ab, die Haut wurde faltig, runzelig. Es entwickelte sich eine blauschwarze Verfärbung der Zehen, die sich rasch central ausbreitete. Exitus letalis in der Nacht.

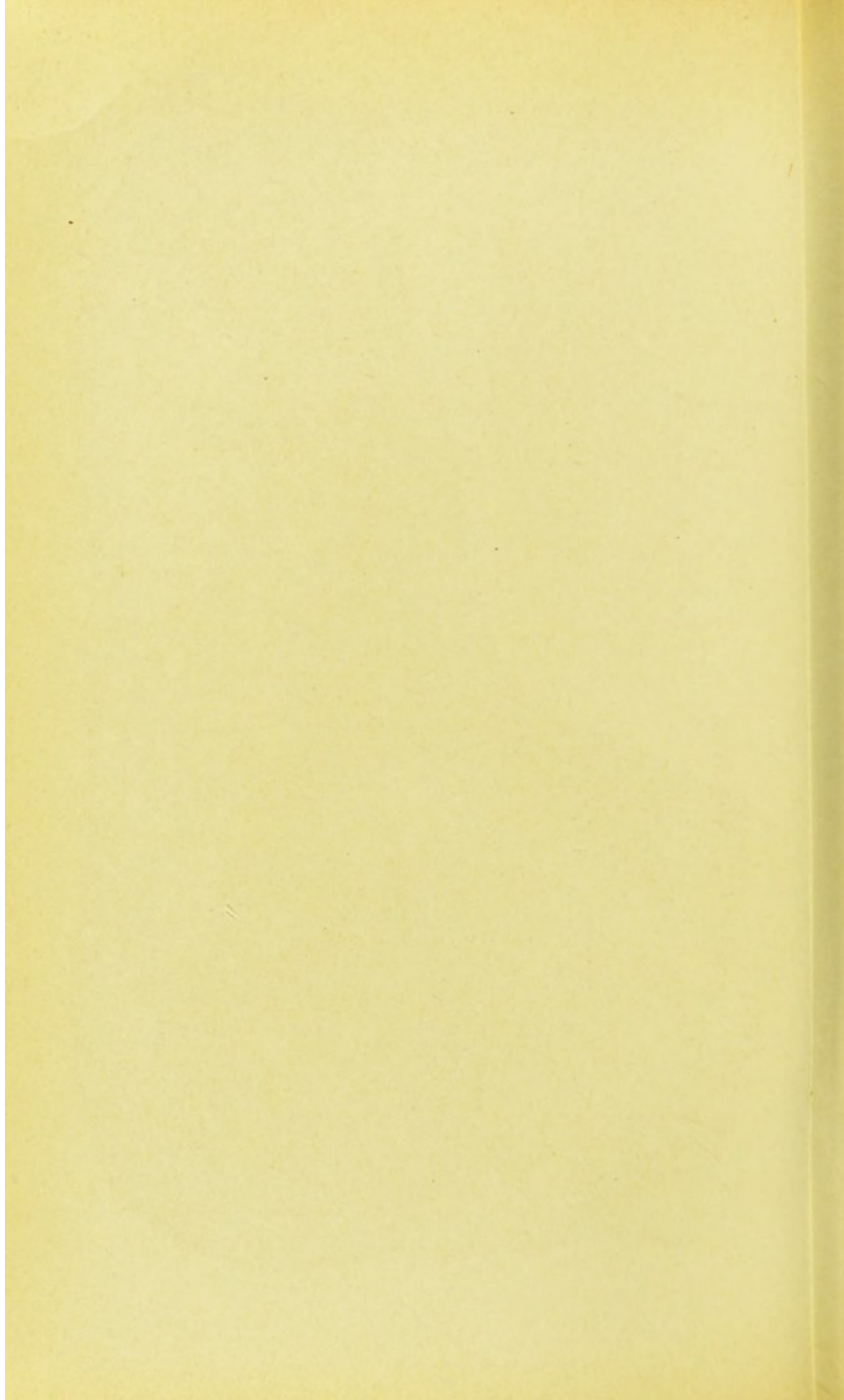
Bei der Sektion fand man: Im musculus biceps femoris sinistr. einen zweifaustgrossen, unter sehr starker Spannung stehenden Abscess, über dem unmittelbar anliegend an der Knochenseite die Art. femoralis verlief. Tuberculosis cutis extensa (Lupus verrucosus). Lupus mucosae oris. Hypoplasia articularum. Amyloidosis hepatis, lienis et renum, Nephritis subacuta.

---

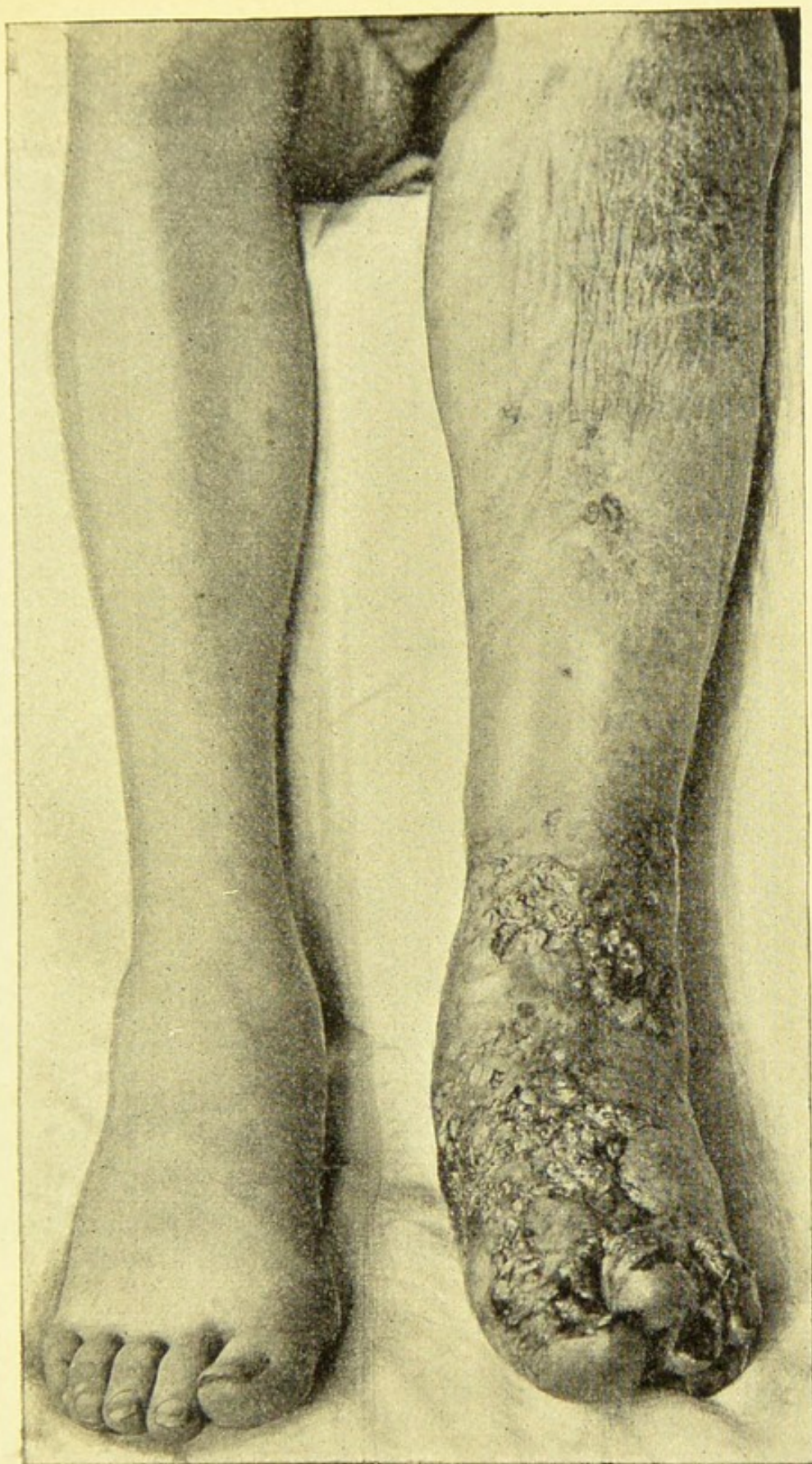














## Tab. 48b. Lupus hypertrophicus faciei.

M. C., 60 Jahre, Pfründner.

Aufgenommen 9. September 1897.

Der geistig herabgekommene Kranke gibt an, erst ungefähr seit einem Jahre abwechselnd an verschiedenen Stellen des Gesichtes entzündliche Anschwellungen beobachtet zu haben.

Von einer früheren Affektion weiss er nichts anzugeben, zumal er nie Schmerzen gehabt hat.

Status praesens.

Das Gesicht ist verzogen, das rechte Auge fast verschlossen, die Wangen sowie die Nase zum grössten Teile von narbigem Gewebe durchfurcht, ebenso die ödematöse Oberlippe. Zwischen den Augenbrauen und der Nasenwurzel, über dem linken Jochbogen, über dem rechten Antelle der maxilla sinistra, aussen an der rechten Wange befinden sich mit Krusten bedeckte Geschwüre, welche nicht auffallend infiltriert sind.

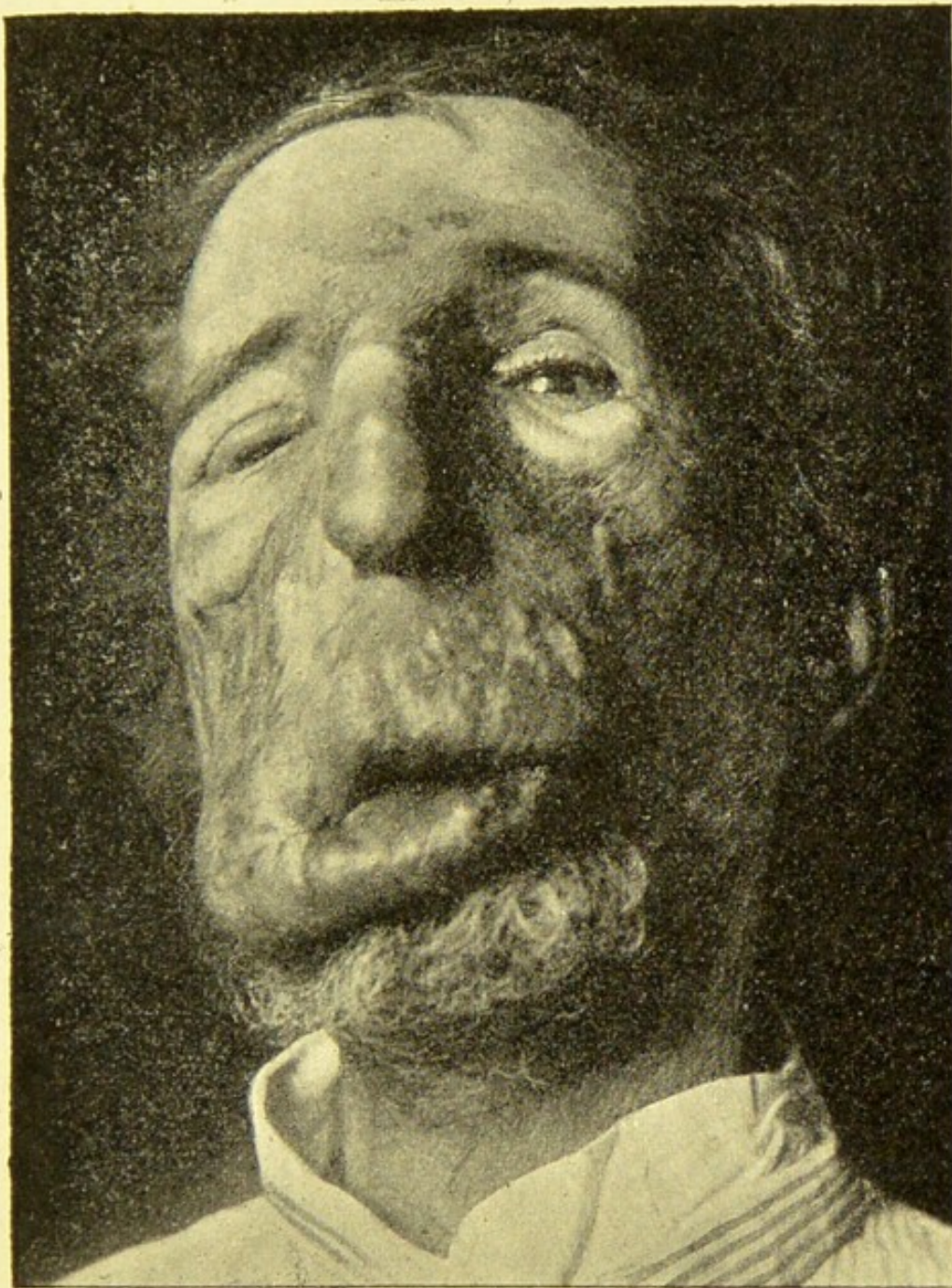
Die Gegend des rechten Mundwinkels und die Unterlippe sind durch chronisch ödematöse Schwellung wulstig aufgetrieben, doch kann man daselbst stellenweise noch stärkere Verdichtungen des Gewebes durchtasten. Die Schleimhäute der Oberlippe und Wangen sind stärker gerötet, am Saume da und dort erodiert und selbst geschwürig zerfallen.

Der Kranke vermag den Mund nicht zu öffnen und wird künstlich ernährt. Sein Befinden hat sich nach 13 tägigem Spitalaufenthalt etwas gebessert. Er musste auf sein dringendes Verlangen entlassen werden.

---



Tab. 48b.





## Tab. 49. Tuberculosis subacuta mucosae oris.

K. J., 42 Jahre, Gasthofbesitzer, aufgenommen am 8. Februar 1897 auf die Abteilung des Primar. Dr. Frank.

Patient gibt an, seit 2 Jahren krank zu sein. Sein Leiden begann mit einer Schwellung der rechten Hälfte der Unterlippe, welche sich allmählich flächenhaft ausbreitete. Gleichzeitig kam es zur Geschwürsbildung an der Mundschleimhaut. Man hielt das Leiden für eine Actinomykose und ätzte die kranken Stellen teils mit Paquelin, teils mit Säuren. Die zeitweilige Besserung hielt nicht an und seit einem Monat ist eine Verschlimmerung zu bemerken.

### Status praesens.

Patient ist mittelgross, gut genährt, kräftig gebaut. Die linke Wange ist geschwollen, an der Innenseite derselben finden sich in der Ausdehnung eines Markstückes hanfkorn- bis kleinerb-sengrosse papilläre Wucherungen. Die Schleimhaut der Lippen sowie die der linken Wangennahe dem Mundwinkel ist geschwollen. Auf derselben sind zahlreiche hirsekorn- bis hanfkorn-grosse und mehrere grössere unregelmässig begrenzte Geschwüre mit graugelbem festhaftenden Belage zerstreut. Das Zahnfleisch des Ober- und Unterkiefers zeigt ähnliche Veränderungen.

Der Lungenbefund bis auf eine Spitzenaffektion rechts ist normal. Ueber derselben ist percutorisch der Schall gedämpft und kürzer; die Auskultation ergibt Giemen, Pfeifen, unbestimmtes In- und Expirium. Der Herzbefund ist normal.

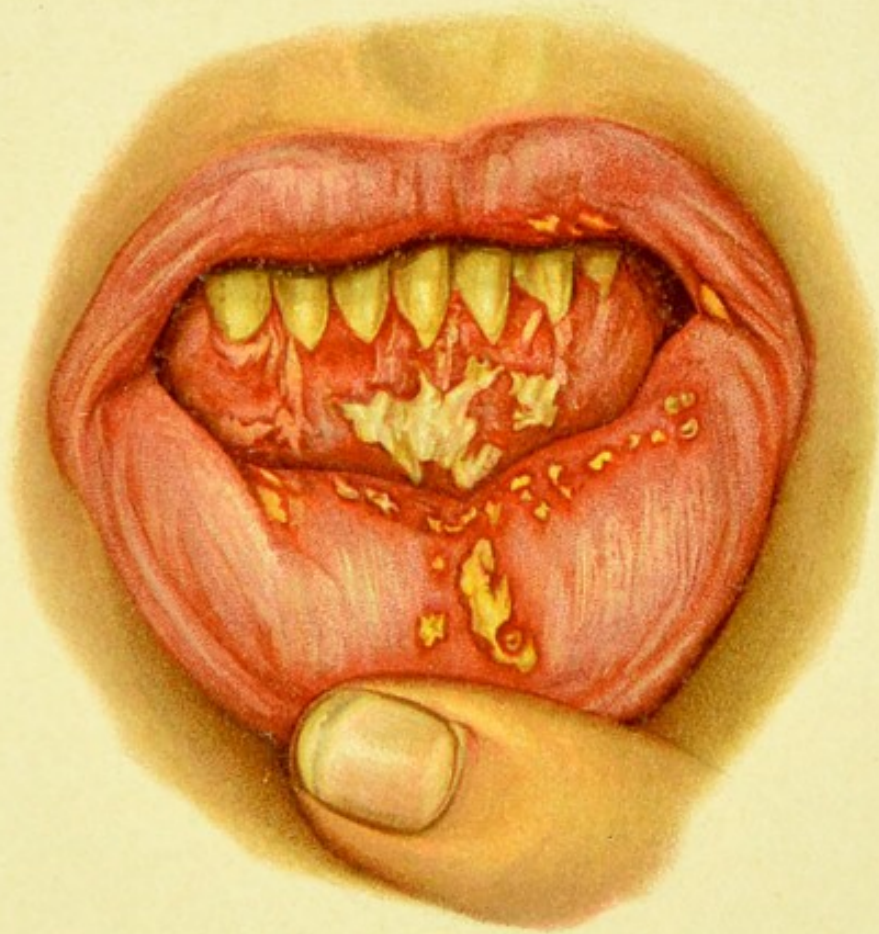
Die Plaques in der Mundschleimhaut sind sehr schmerzhaft; in ihnen wurden auf der Klinik von Prof. Albert Tuberkelbacillen nachgewiesen.

### Therapie.

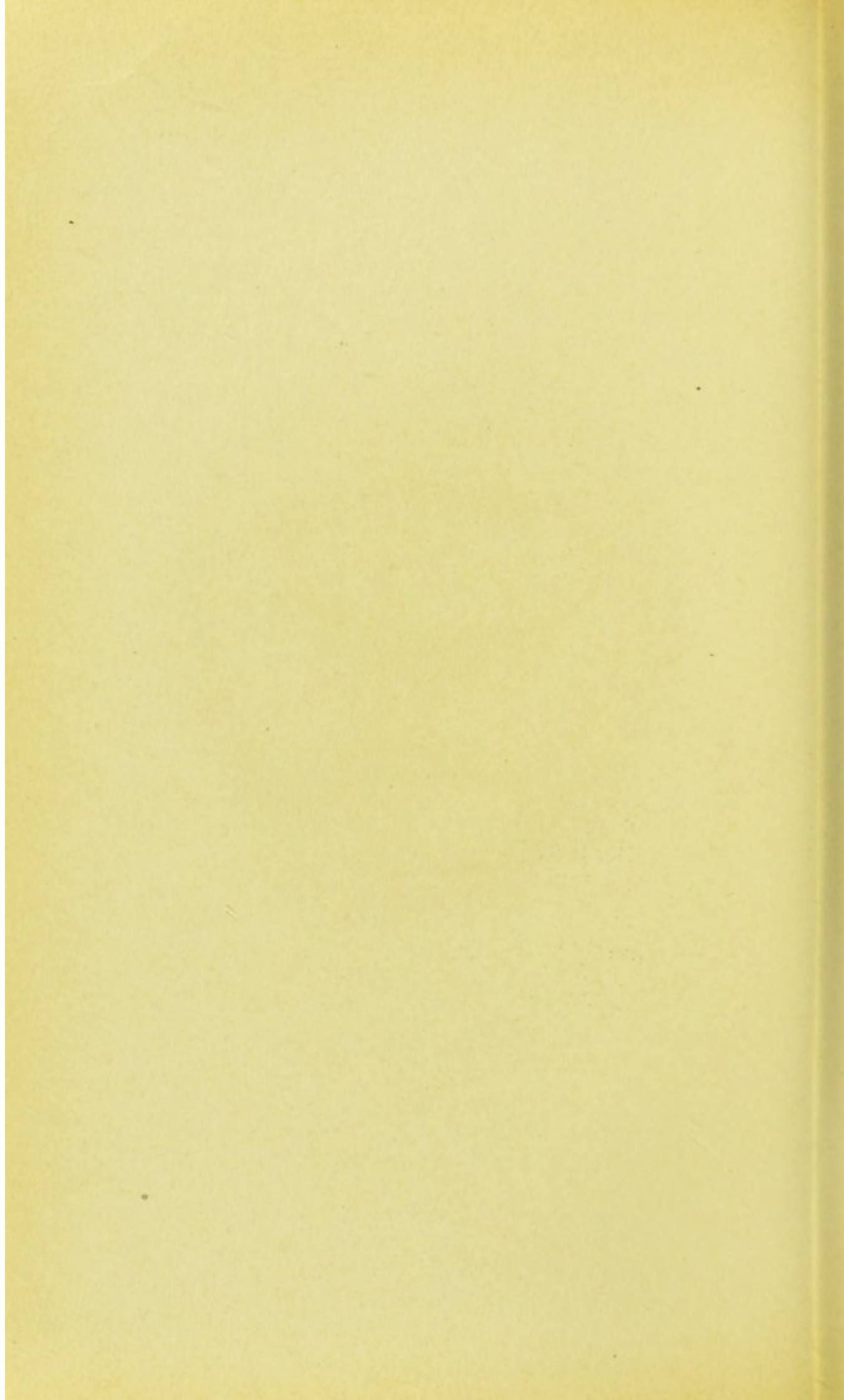
Bepinselungen mit 1% Sublimat sowie Aetzungen mit 20% Acid. lact. waren sehr schmerzhaft. Die Affektion schreitet fort. Patient wird auf eigenes Verlangen nach 13 Tagen entlassen.

---

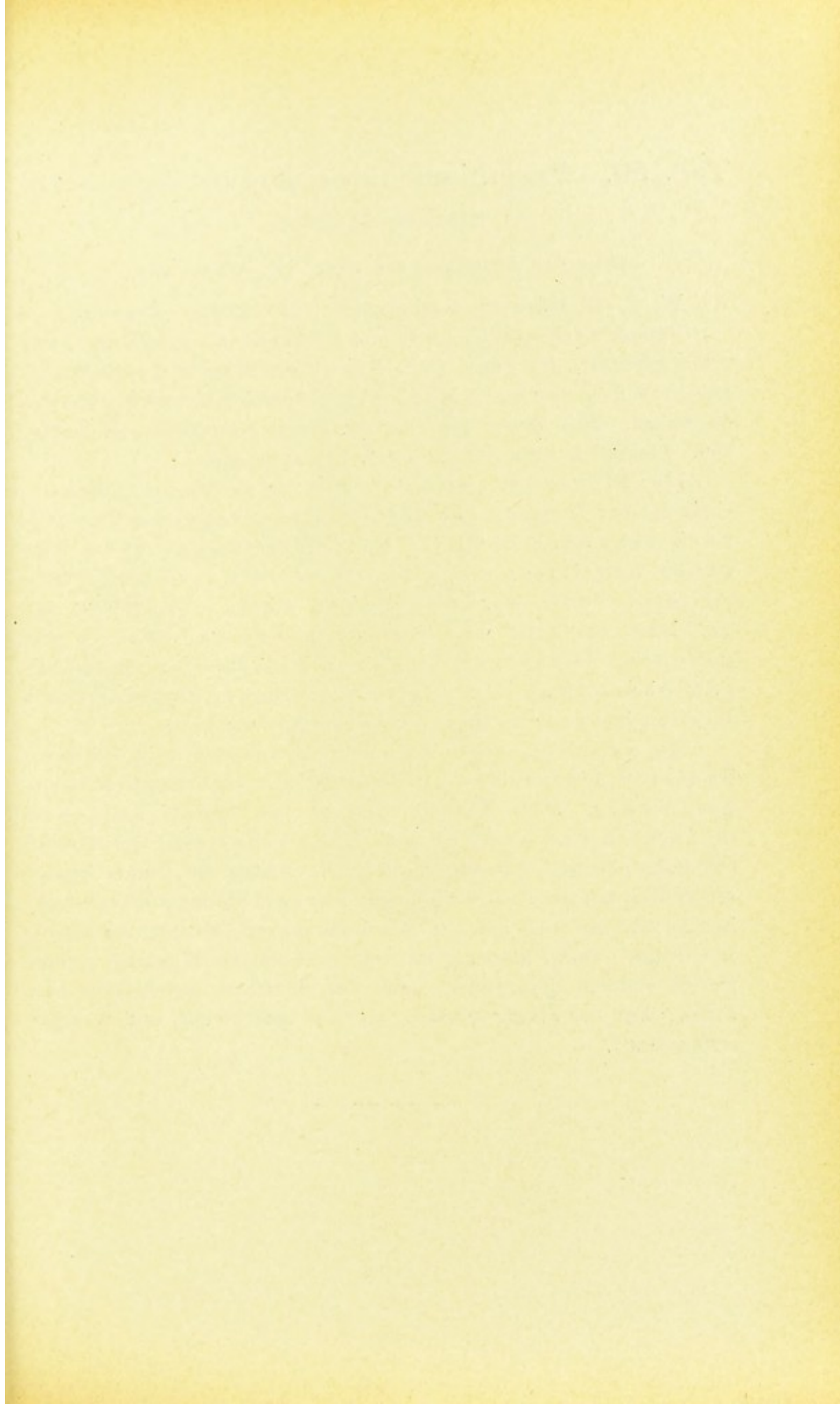














## Tab. 50. Panaritium tuberculosum digiti tertii manus dextrae.

(Aus der Abteilung des Prim. Dr. Winternitz).

W. J., 48 Jahre alt, hochgradige Tuberculosis pulmonum.

Patient kachektisch, sonst von kräftigem Knochenbau. Derselbe gibt an, im Jahre 1891 über dem Nagel des Mittelfingers der rechten Hand ein kleines Geschwür beobachtet zu haben. Seit dieser Zeit besteht dieses Geschwür und breitet sich allmählich über die 3. und 2. Phalange aus.

Der Finger ist gegen die Spitze verdickt, namentlich in der Gegend des Interphalangealgelenkes. Die noch erhaltene Haut ist livid. Der Nagel ist im Abgehen begriffen; mehrere mm bereits vom Nagelfalz entfernt fehlt der Nagel. Die Basis desselben ist gelblich verfärbt und zerfasert, von der Matrix abgehoben. Diese vom Nagel entblösste Partie ist bis zum oberen Nagelfalz in ein trockenes, am Saum mit Borken bedecktes Geschwür umgewandelt.

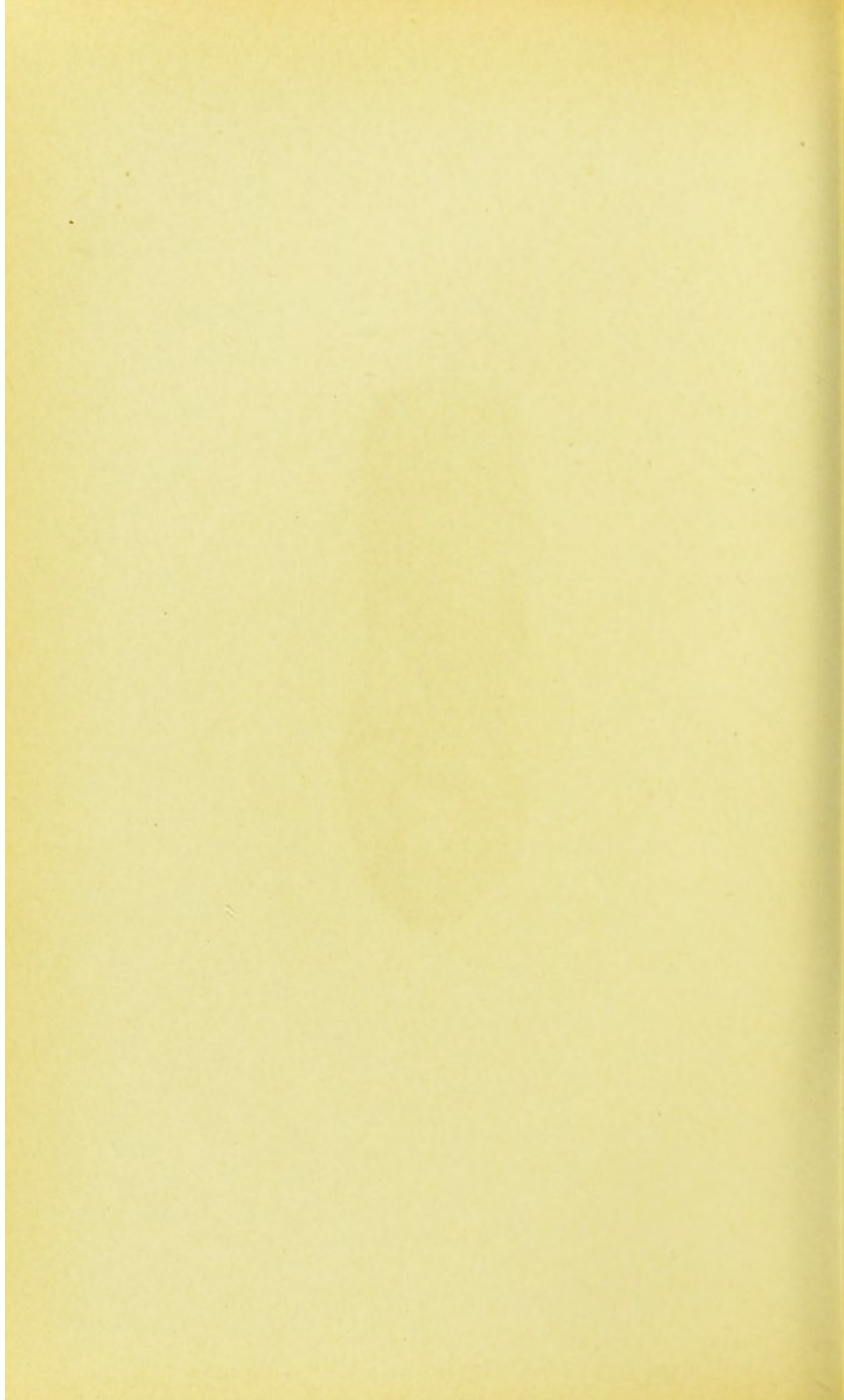
An 6 Stellen erheben sich ausserdem mit Borken bedeckte, kleinerbsen- bis bohnen-grosse Granulationsgeschwüre. Die Beweglichkeit ist bloss zwischen der ersten und zweiten Phalange erhalten. Der Kranke hat bohrende und reissende Schmerzen, wobei der Finger immer anschwillt, um dann wieder an einer oder zwei Stellen aufzubrechen, hierbei entleert sich aus den Geschwüren, am öftesten am Nagelfalz, Eiter. Diese Eiterung ist erst seit einigen Monaten aufgetreten, seitdem der Process auch den Knochen mitergriffen hat. Früher war der Finger trocken, nicht so geschwellt, und weniger schmerzhaft.

---

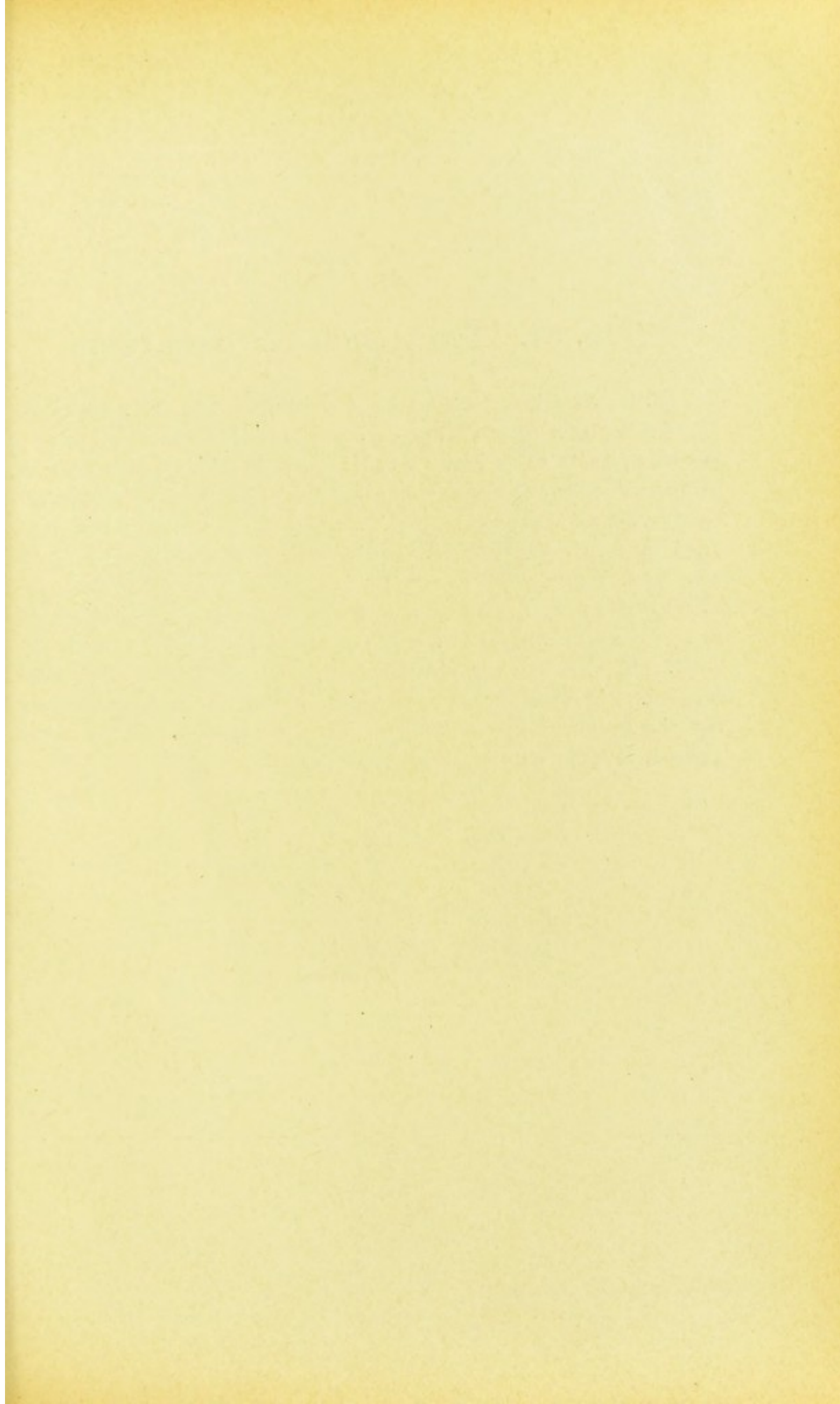














## Tab. 51. Tuberculosis cut. man. sin.

(F. B., 54 Jahre, Gepäckträger. Ambulatorium der Abteilung.)

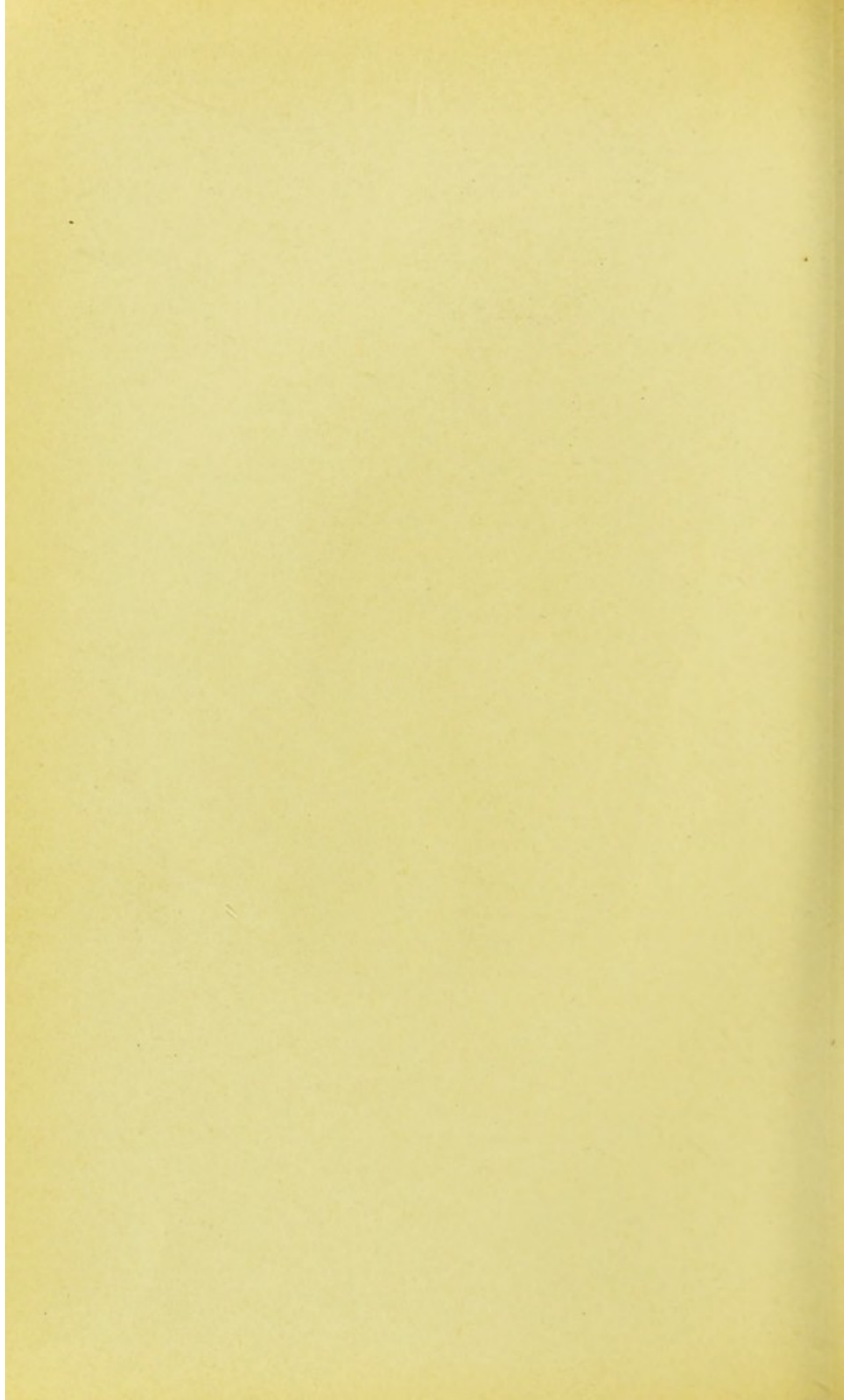
Zwischen dem Zeige- und Mittelfinger der linken Hand erhebt sich über das Niveau der Haut eine leicht entzündliche, unregelmässig durchfurchte Geschwulst in der Ausbreitung eines Zweimarkstückes. Beim Betasten fühlen sich diese einzelnen Knoten elastisch an, und beim stärkeren Drücken lassen sich sebumartige Massen aus den Furchen in geringer Menge auspressen. Die Geschwulst selbst ist nicht schmerzhaft. Dieselbe hat vor einem halben Jahre begonnen und soll anfänglich wie eine Warze ausgesehen haben. Eine Veranlassung für ihr Entstehen weiss Patient nicht anzugeben. Er ist sonst gesund, kräftig, derzeit etwas abgemagert.

---













Tab. 51 a, Lepra.

(Aus der Klinik des Prof. de Amicis in Neapel).

P. F., aus Bisceglia (Prov. Bari), 43 Jahre alt, Bäcker, verheiratet.

Aufgenommen am 12. Jänner 1895. -- Ausgetreten am 18. Jänner.

Keine hereditäre Belastung. In seinem Heimatsorte sind mehrere Leprakranke. Zwei Brüder hatten vor ihm dieselbe Krankheit, keiner ist ausgewandert.

Kurz vor Beginn der Erkrankung heiratete Patient, hatte keine Kinder, die Gattin ist gesund.

Die Krankheit begann im 27. Lebensjahre mit bullösem Charakter, zuerst an den unteren, dann an den oberen Extremitäten mit nachfolgenden torpiden Exulcerationen, welche nicht heilten.



Allmählich griff der Prozess auf das Gesicht über, welches beträchtlich entstellt wurde.

Status praesens:

Kopfhaare normal, sonst ist überall Alopecia, selbst an den Genitalien. Die Hautfarbe im Gesichte im allgemeinen etwas bräunlicher als normal mit sichtbarer Entstellung des allgemeinen Aussehens.

Entsprechend der Stirne und besonders der Augenbrauen und der Glabella zeigt die Haut zahlreiche rotbraune, mehr oder weniger zusammenfliessende, durch zahlreiche Furchen getrennte Infiltrate; an den Jochbeinen stärkere Entwicklung der Hautcapillaren.

Das Aussehen der Nase ist ganz verändert. Der Nasenrücken ist flach und eingedrückt, besonders an der Grenze des Knorpels mit dem Knochen, wo man auch eine halbkreisförmige nach unten concave Furche bemerkt, die den Nasenflügel in seiner Einpflanzung behindert, der seinerseits hervorspringt und derart infiltriert ist, dass er die Nasenlöcher verschliesst, hauptsächlich rechts. Das Septum osseum ist zerstört. Die Lippen etwas gedunsen. Das Kinn zeigt sich infiltriert und von mehreren, unregelmässigen Furchen durchkreuzt, aber in geringerem Masse als die Stirne.

Es bestehen mehr oder weniger zahlreiche Infiltrationen und gelbliche Flecken an den oberen Extremitäten, an welchen man auch torpide Ulcerationen, hauptsächlich auf der Streckseite des rechten Vorderarmes und am Rücken der entsprechenden Hand, sowie am Ellbogen und Rücken der linken Hand, findet.

Am Gesäss und den unteren Extremitäten wiederholen sich, mehr oder weniger ausgebreitet und zusammenfliessend, dieselben Erscheinungen. Auch das Scrotum, die Haut des Penis, das Praeputium und die Glans sind infiltriert.

Die Schleimhaut des harten und weichen Gaumens, die Zunge, die Epiglottis und die Arytaenoidealfalten zeigen graue, mehr oder weniger diffuse Infiltrationen. Ueberall Anaesthesie.

Die bacteriologische Untersuchung des Blutes aus den Infiltraten ergibt den Hansen'schen Bacillus.



## Tab. 51b. Lepra.

(Aus der Klinik des Prof. de Amicis, Neapel.)

D. E. F. aus Ischitella am Gargano (Prov. Foggia) stammt aus einer Fischerfamilie, welche ihren Beruf in der Nähe des Varanosee's ausübt, der sich bei ihrem Heimatsorte befindet, und den sie nie verlassen haben. Auch Patient ist Fischer.

Die Eltern leben und sind gesund, der Grossvater litt an derselben Krankheit. Von sieben Geschwistern ist Pat. der Dritte. Andere 4 Brüder, nämlich der 2., 4., 6. und 7. leiden an derselben Krankheit, die übrigen 2 sind gesund.

Die Krankheit begann im Jahre 1880, also 11 Jahre bevor er sich uns vorgestellt hatte (Mai 1892), in seinem 20. Lebensjahre.

Dieselbe fing mit Schüttelfrost an, worauf sich Temperatursteigerung und rote Flecken einstellten, zuerst an den oberen Extremitäten mit nachfolgenden Tuberkelinfiltrationen, dann nach einigen Monaten im Gesichte und später auch an den unteren Extremitäten, wodurch einige Tage starke Muskelschmerzen vorhanden waren.

Dem makulösen Stadium folgten bald mehr oder weniger ausgebreitete Infiltrationen, besonders im Gesichte, wovon sie einen beträchtlichen Teil einnahmen und es sichtbar entstellten.

Auch auf dem Stamme breitete sich die Krankheit in Form von Flecken und Tuberkeln aus. In der letzten Zeit wurde die Stimme heiser und schwach.

Status praesens.

Die Untersuchung des Kranken ergibt zahlreiche, in verschiedenem Grade ausgedehnte und zusammenfließende, von einander durch mehr oder weniger tiefe und unregelmässige Furchen getrennte, anästhetische, rötliche oder ziegelrote Tuberkelinfiltrationen, welche Stirne, die alopecischen Augenbrauen, Wangen, Lippen und Kinn bedecken, so dass dem Gesichte jener Ausdruck verliehen wird, der uns stark an Leontiasis erinnert. Auch an den oberen Extremitäten bemerkt

Xa.



man ähnliche Veränderungen (Flecken und Tuberkeln), mehr oder weniger zusammenfliessend, besonders an den Ellbogen, Handrücken und Dorsalfläche der Finger, wo sich einige exulcerierte und torpide Stellen finden.

Weniger zusammenfliessend, aber unter Beibehaltung desselben Charakters zeigen sich die Veränderungen am Stamme und an den unteren Extremitäten. In der Mundhöhle bedecken graue papulöse Infiltrationen den harten und weichen Gaumen, ebenso die Epiglottis und die Stimmbänder.

Ueberall Anästhesie.

Die bakteriologische Untersuchung des Blutes aus den Infiltraten ergibt den Hansen'schen Bacillus.

---

### Tab. 51 c. Lepra.

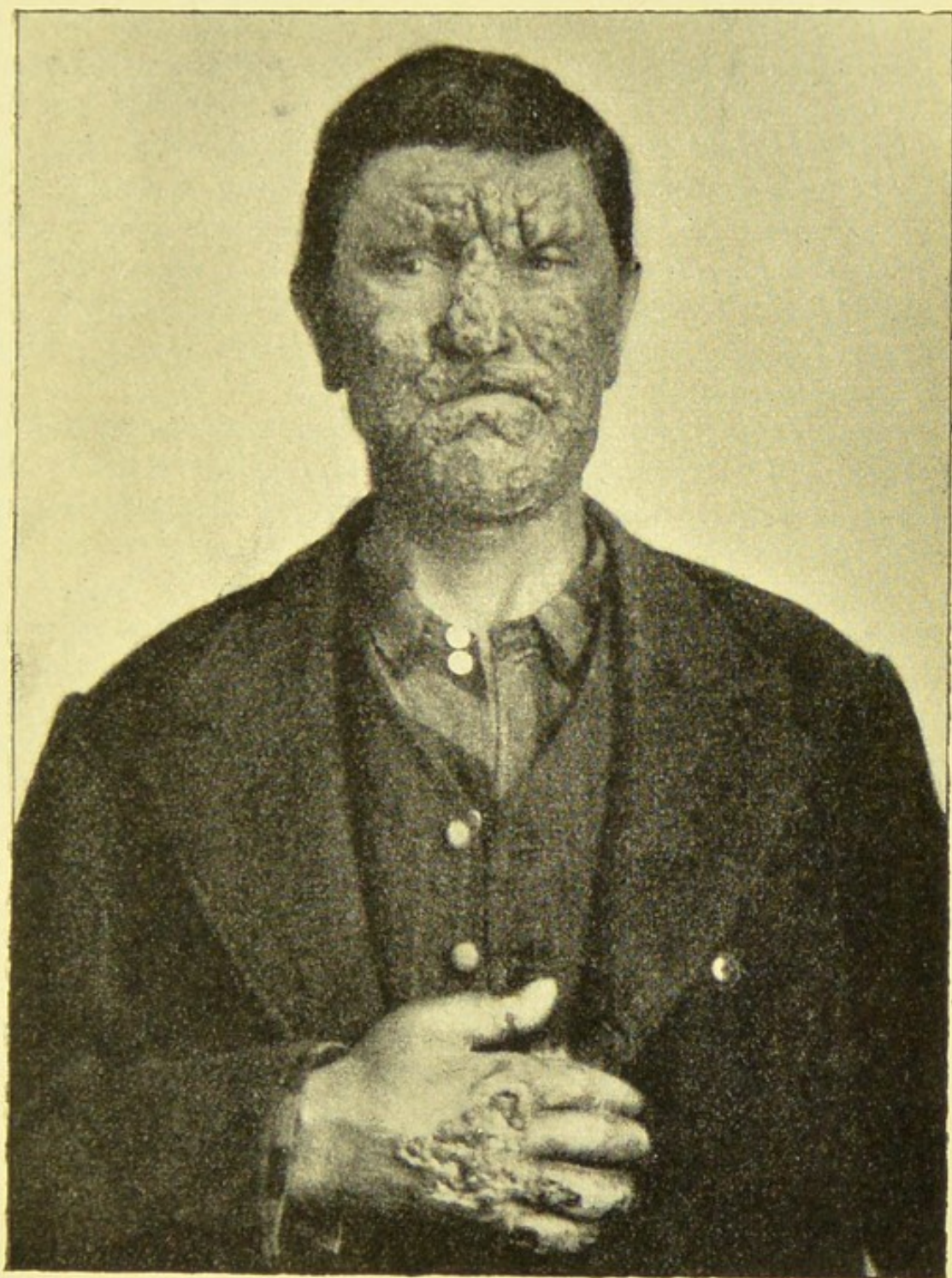
(Aus der Klinik des Prof. de Amicis in Neapel).

D. S., aus Marsala, Holzhändler, ledig, ist von bester Konstitution und hohem Wuchs. Die Eltern sowie alle Familienangehörige sind gesund. In seiner Heimat kamen einige Fälle derselben Erkrankung vor. Patient war nie auf Reisen. Gegen Ende Mai 1878 (in seinem 19. Lebensjahre) bemerkte P. das allmähliche Erscheinen von zerstreuten Flecken verschiedener Grösse, rotbrauner Farbe, zuerst auf den unteren, später auf den oberen Extremitäten. Diesen folgten gleichgefärbte, hirse- bis linsengrosse, papulöse Erhabenheiten, welche von Anfang an mit dem Gefühle des Brennens, später dem des Juckens verbunden waren. Schliesslich stellte sich eine auf die befallenen Regionen beschränkte Unempfindlichkeit ein. Nach ungefähr 1½ Jahren bemerkte er das allmähliche Ausfallen der Augenbrauen und Wimpern. Im November 1880 (die Krankheit schritt immer weiter fort) erschien er zum ersten Mal auf der Klinik, dann noch in den Jahren 1881, 1886, 1888, wo er zuletzt folgende Erscheinungen darbot:

Am Kopfe: Auffallende tuberkulöse und knotenförmige Infiltrationen der Stirne, der Gegend der Augenbrauen, der Glabella,



Tab. 51 b.





der Nase, der Lippen, der Wangen und des Kinnes, in der Grösse eines Markstückes oder kleiner. Manche oberflächlich exulceriert und mit blutigen Borken bedeckt. Totale Alopecie im Gesichte. Ein mandelgrosser Knoten am linken oberen Lide und mehrere kleinere hirsenkorn-grosse am rechten. Ein fast vollkommen gestielter Knoten an der Conjunctiva Bulbi des linken Auges mit begleitender Keratitis. Dasselbe am rechten Auge. Knotige Infiltration der Ohrmuschel. Die behaarte Kopfhaut normal.

Am Stamme: An der Brust disseminierte rotbraune Flecken mit kleinen papulösen Erhabenheiten, besonders in der Gegend der Brustwarzen. Einige grössere ausgebreitetere ziegelrote Flecken mit papulo-tuberkulären Erhabenheiten symetrisch in der Schulter und Lendengegend.

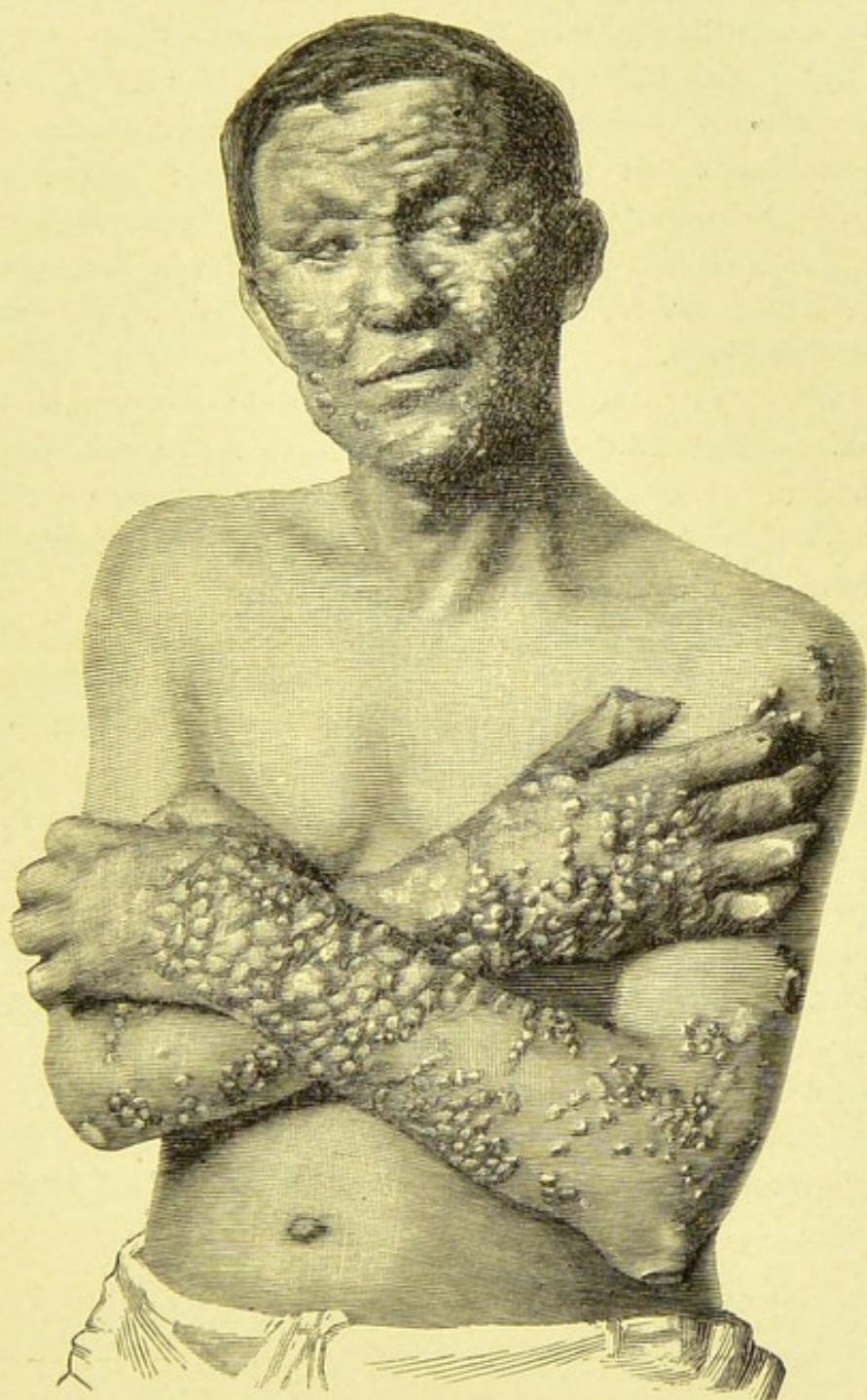
Am Halse: Zwei fast muskatnuss-grosse, halbkugelige Knoten mit glatter Oberfläche, der eine, linke, am oberen Drittel des M. Sternocleido-mastoideus, der zweite, rechte, am Processus mastoideus. Mehrere kleinere Knoten am Nacken.

Obere Extremitäten: Fast die ganze Oberfläche derselben ist rotbraun gefärbt mit Ausnahme von einigen disseminierten Stellen, wo die Haut normal ist. Von der Articulatio humero-scapularis bis zur Ellenbogenfurche findet man, an der Extensorenseite knotenförmige, lupusähnliche Erhabenheiten, welche in der Oberarmgegend zusammenfliessen und an der linken Seite einen fast nussgrossen, ulcerierten Knoten formieren. An den Vorderarmen sind zahlreiche Knötchen, Knoten und Tuberkeln, einige gestielt, glatt und an der Oberfläche glänzend, andere wieder fein gerippt mit kleienförmiger Abschuppung. Dieselben sind unregelmässig, vorwiegend auf die Extensorenseite verteilt. In der Pulsgegend grosse zusammenfliessende Tuberkeln, welche so aneinander gepresst sind, dass sie eine einzige, sehr derbe Fläche bilden. Diese ist von Furchen und Narben durchzogen und mit exulcerierten Knoten bedeckt. Durch eine tiefe Infiltration der Haut des Handrückens sind die Hände verstümmelt und der 4. und 5. Finger wird in halber Beugstellung gehalten. Atrophie der mm. interossei des Tenar und Antitenar.

Untere Extremitäten: Ebenso wie an den oberen, ist auch an den unteren Extremitäten eine ausgebreitete Eruption vorhanden, welche sich von der Glutealgegend bis auf den Fuss-



Tab. 51 c.





rücken ausbreitet. Neben ausgedehnten Flecken, welche fast nur die Inguinalfurchen und die Fossae popliteae verschonen, sind zahlreiche Erhabenheiten und grosse Tuberkel vorhanden. Einige davon sind gestielt, andere wieder exulceriert, kraterförmig, die grössten an der Haut, über der Achillessehne, entlang der vorderen Kante der Tibia, und an der vorderen Seite der Kniee. Die Haut an den hinteren Flächen der Beine ist unregelmässig infiltriert. Vom Fussrücken bis zu der Spitze der Zehen reihen sich sehr zahlreiche Erhabenheiten und Tuberkeln, nebeneinander; am rechten Fusse ist ein isolierter Riesentuberkel von der Grösse eines Markstückes. Auch an den Fusssohlen sind traubenförmig geordnete Tuberkeln.

Genitalien: Tuberkeln an der Haut des Penis und am Scrotum. Ausgedehnte fast mandelgrosse Infiltration am rechten Nebenhoden. Linkerseits grössere Knoten am Schweif und am Kopfe des Nebenhodens und zahlreiche kleinere Tuberkeln an der Oberfläche des Hodens.

Schleimhäute: Der ganze harte Gaumen ist von einem exulcerierten, grau belegten Granulom bedeckt. Ebenso sind Ulcerationen und Narben auf dem weichen Gaumen und den Tonsillen. Die Uvula und Nasenschleimhaut, besonders an der Scheidewand, ist mit ausgebreiteten Infiltrationen übersät.

Lymphatischer Apparat: Die Drüsen am Halse und in der Schenkelfurche sind bedeutend geschwollen, letztere nahezu faustgross.

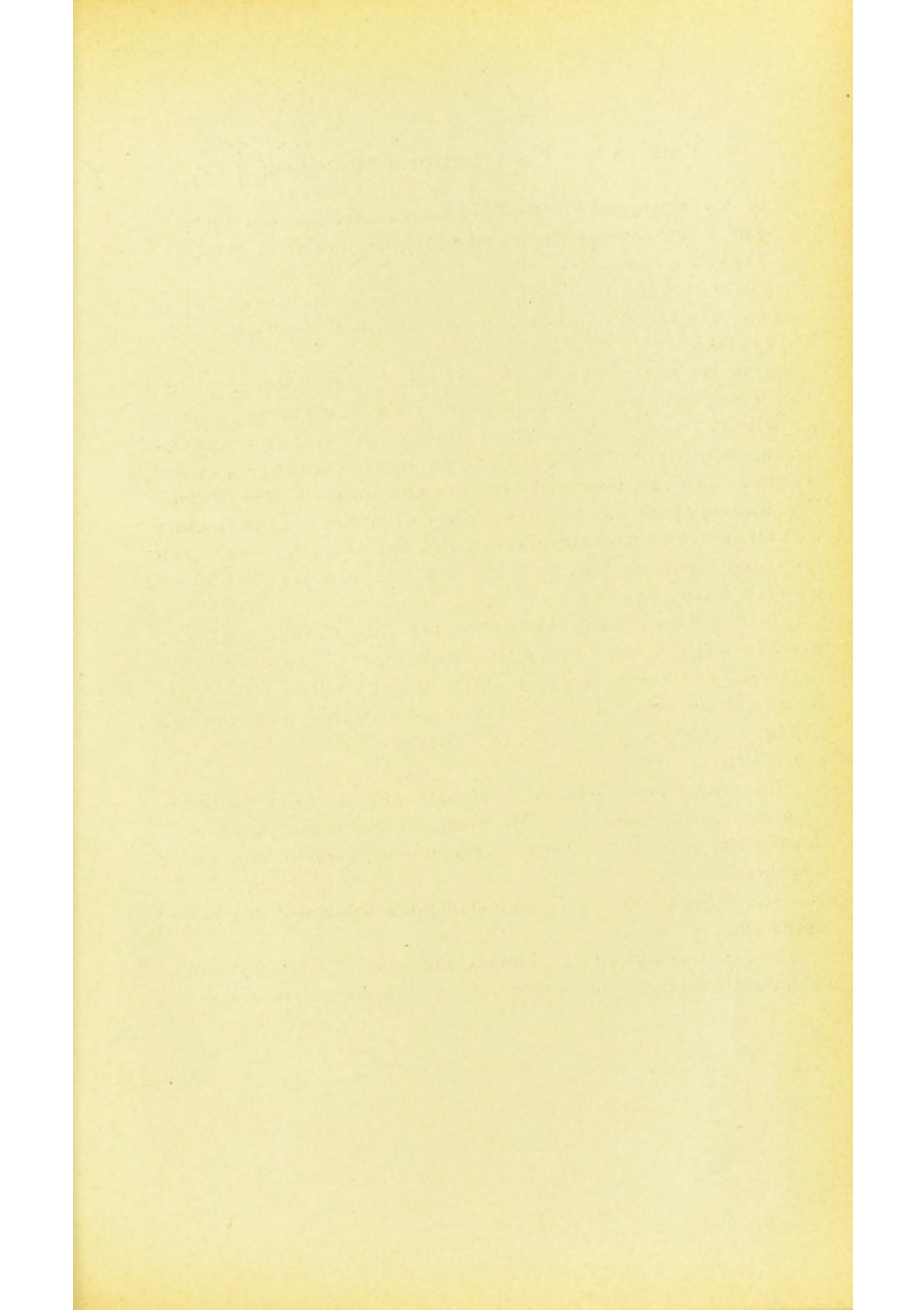
Sensibilität: Tast-, Wärme-, Schmerzgefühl bedeutend vermindert und an einigen Stellen gänzlich aufgehoben.

Harn: Der Urin ist fadenziehend und reich an Mucin.

Die mikroskopische Untersuchung des Blutes der erkrankten Knoten wies immer zahlreiche Leprabacillen nach.

---







## Tab. 52. Carcinoma lenticulare.

S. A. 74 Jahre, Pfründnerin. Aufgenommen 6. Juli 1896.

Seit 1 Jahre begann die Verhärtung der linken Mamma.

Status praesens:

Derzeit ist der Kopf nach links gewendet, angezogen; die Drehung ist schwer nur auf wenige Grade zulässig.

Die Haut der linken Brustseite, der Halsgegend, der Rückenseite ist von einer in der Mammagegend gelblich roten, nach oben immer mehr ins violette übergehenden, brettharten, teilweise narbig veränderten flachen Geschwulst eingenommen. Der Rand ist besonders nach unten an der Brust scharf und deutlich über die normale Haut erhaben. Gegen das Gesicht und am Rücken ist die Geschwulst nicht so deutlich abgrenzbar.

Die linke Gesichtshälfte ist ödematös. Submaxillar, supra- und infraclaviculare Drüsen sind hart infiltriert, vergrößert. Die Mundhöhle kann die Kranke öffnen, doch ist die Bewegung des Unterkiefers behindert. Das Schlingen ebenfalls erschwert.

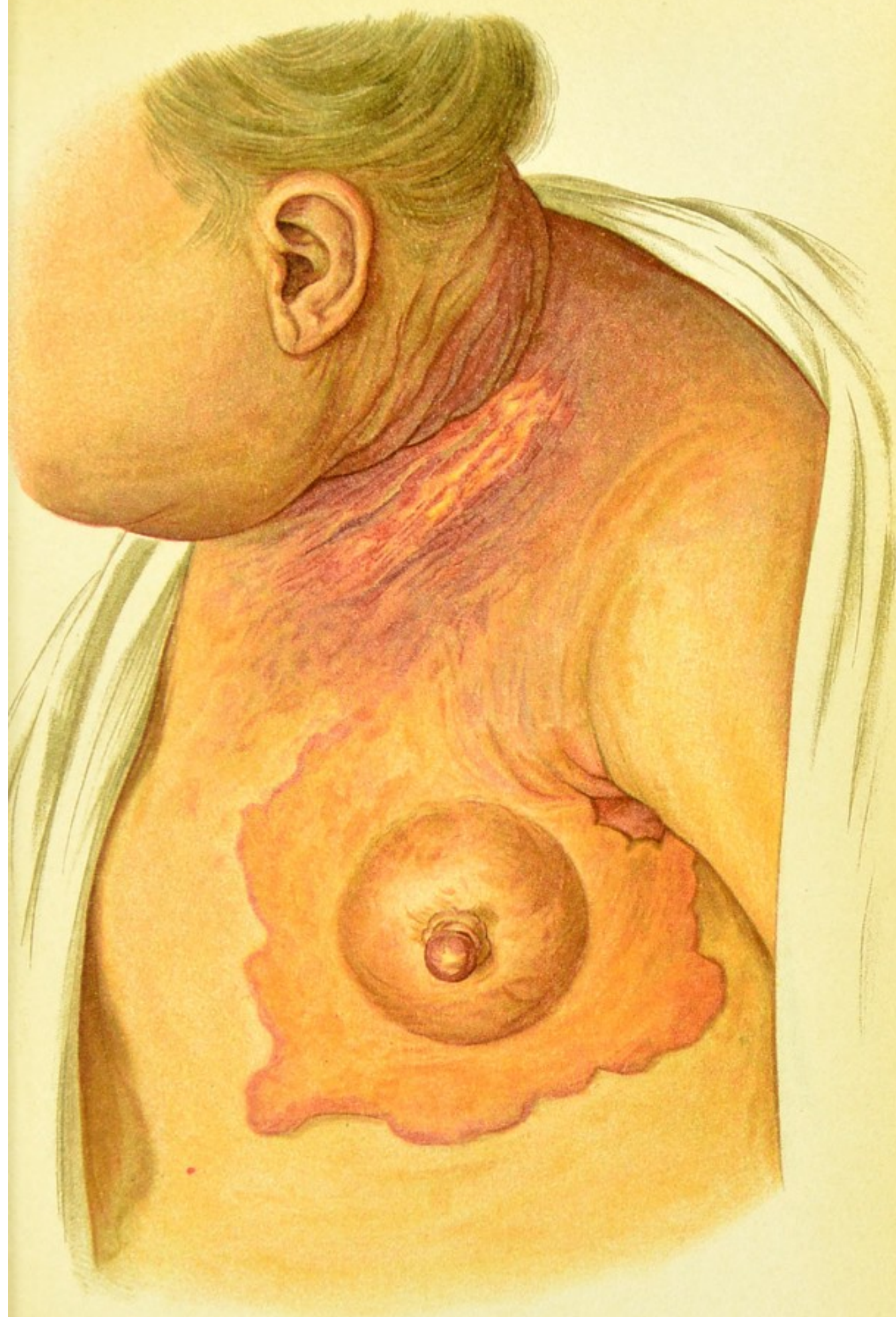
Im Laufe der nächsten 2 Monate kam keine wesentliche Veränderung des Status vor. Die Intensität des Oedema wechselnd sowohl an der linken oberen Extremität als auch an der linken Gesichtshälfte.

Am 2. September trat unter Collapserscheinungen der exitus letalis ein.

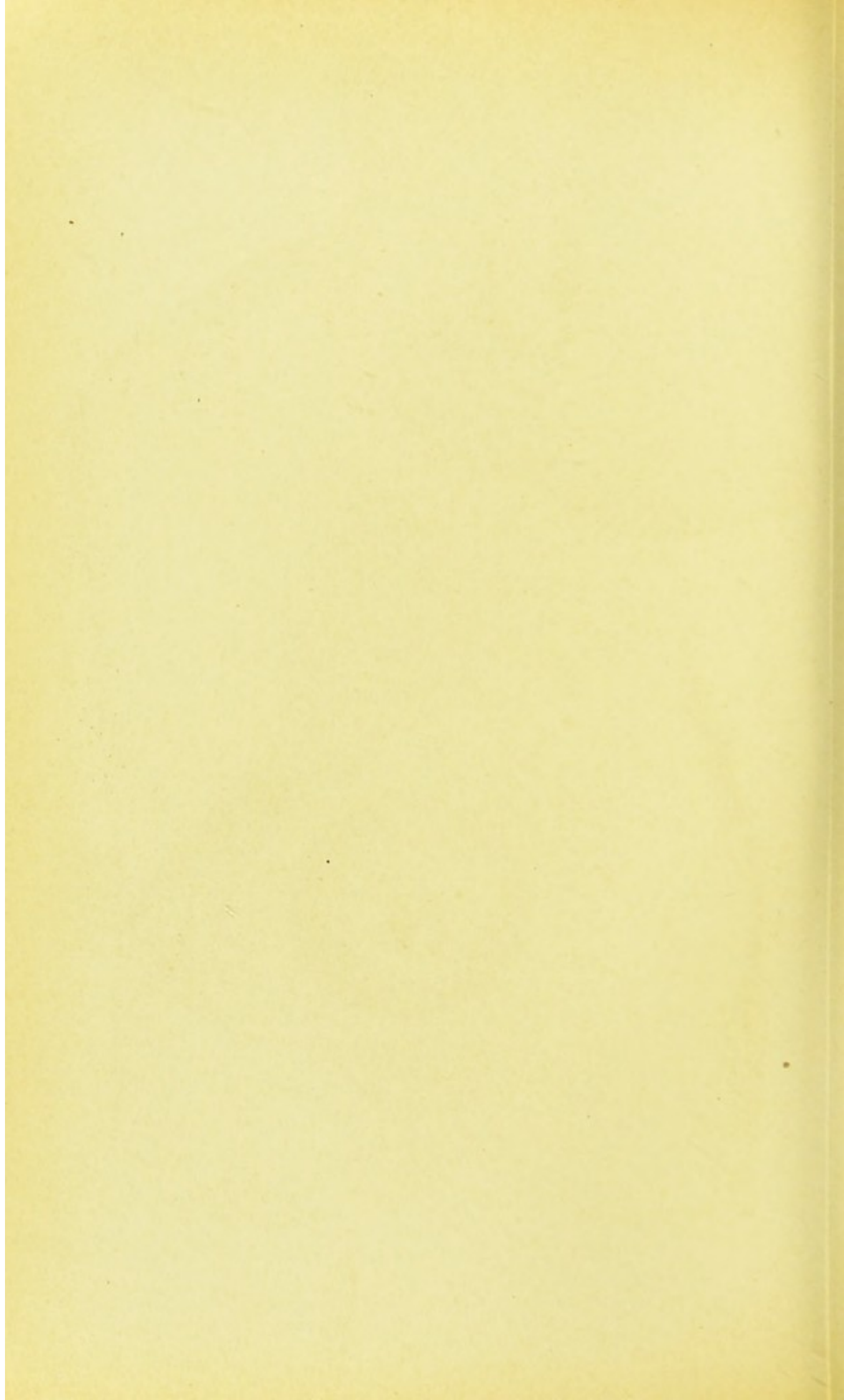
Sektionsbefund: Carcinoma diffusum et lenticul. cutis e carcinomate mammae sin. Carcinomatosis pleurae peritonei et uteri.

---















Tab. 53. Epithelioma labii maioris sinistri.

W. M., 60 Jahre alt, Köchin.

Behandlungsdauer: 7. Mai bis 5. Juni 1897.

Patientin bemerkt ihr gegenwärtiges Leiden seit etwa fünf Monaten. Es verursacht ihr keinerlei Beschwerden. Vor 20 Jahren überstand sie eine Peritonitis. Sonst war sie stets gesund. Sie hat einmal geboren. Menses blieben vor 5 Jahren aus.

Status praesens.

Die Kranke ist von ziemlich kräftigem Körperbau, mässig gutem Ernährungszustande.

Am unteren Anteile der linken grossen Schamlippe befindet sich ein thalergrosser Substanzverlust auf derb infiltrierter erhabener Unterlage. Der Grund ist unregelmässig, zum Teile mit linsengrossen zerfallenen weisslichen Stellen bedeckt, zum Teile rötlich, uneben. Die Sekretion ist spärlich. Die Inguinaldrüsen sind frei. Die Rechte Schamlippe vollkommen frei. Auf der linken Schamlippe oberhalb des inneren oberen Randes des erwähnten Neoplasmas sitzt ein bohnergrosser Knoten mit epithelialer Wucherung und central beginnendem Zerfall. — Die Vagina secerniert schleimig. Die Portio vaginalis ist atrophisch, der Muttermund quergespalten.

Therapie: Exstirpation des Knotens in Chloroform-Narkose. — Heilung.

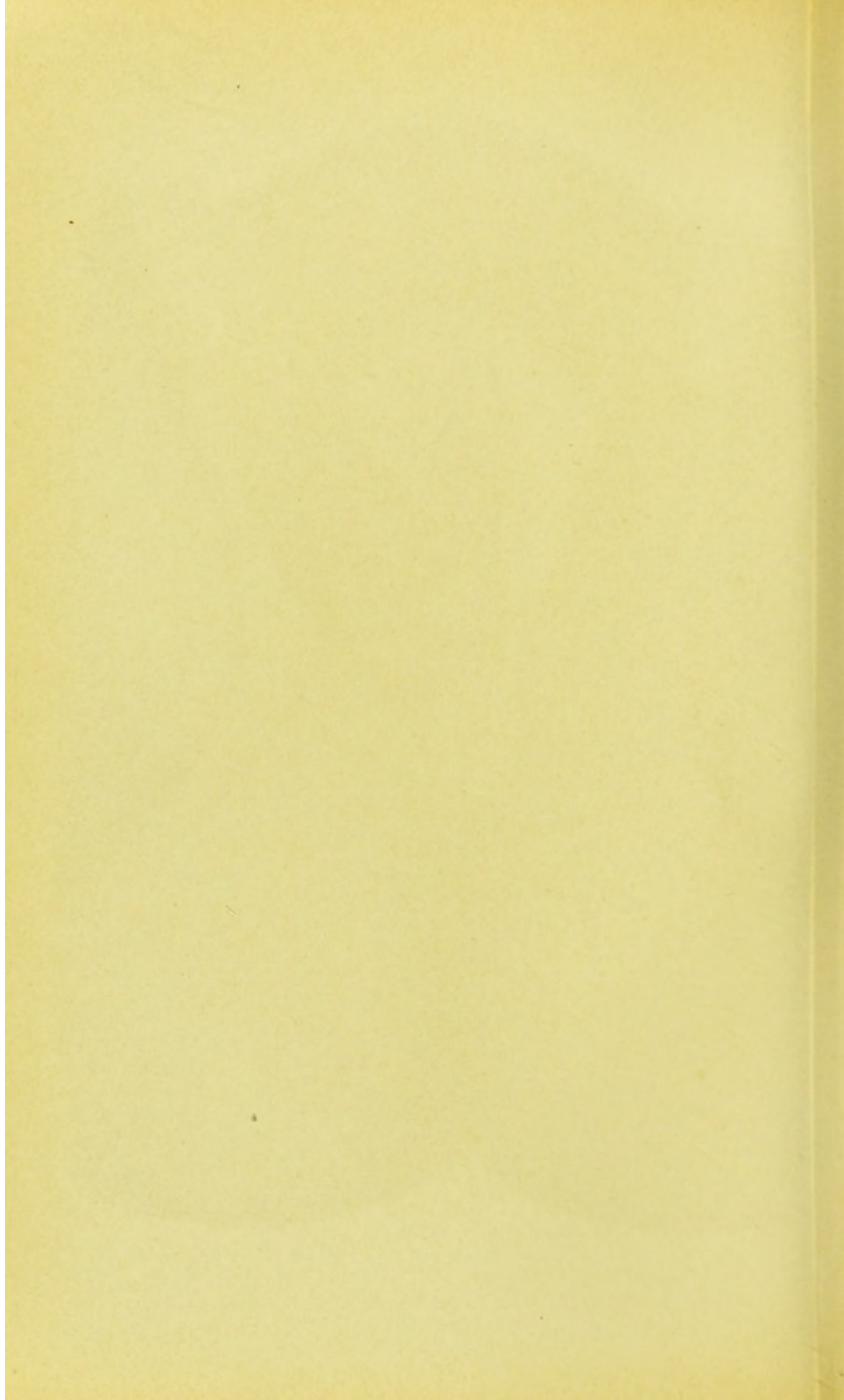
Im Mai 1898 trat eine Recidive mit Beteiligung der Leisten-  
drüsen auf Operation, Heilung in 6 Wochen.

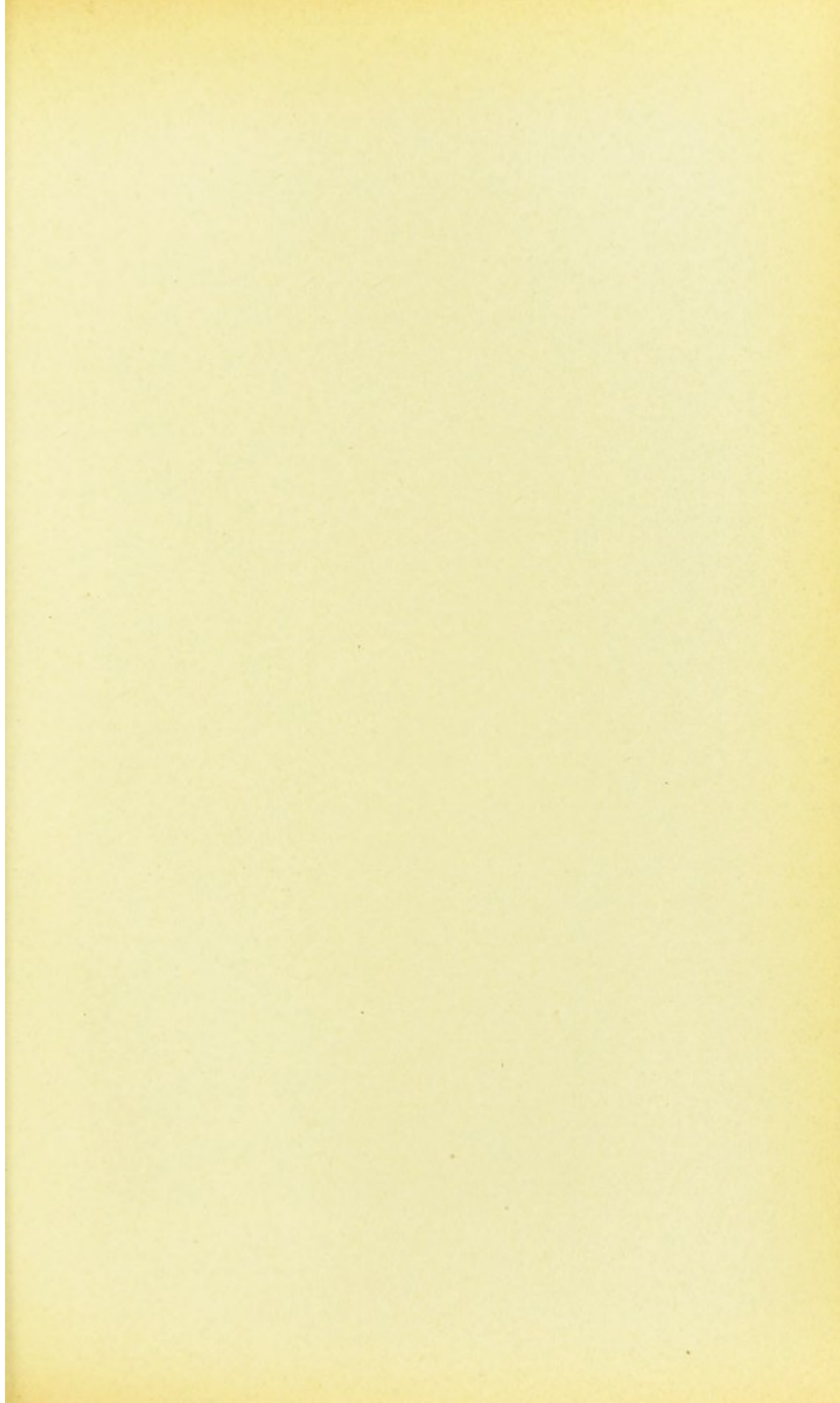
---













## Tab. 54. Carcinoma penis.

(Fall von der Klinik Prof. Albert.)

N. N., 51 Jahre alt. Aufgenommen am 9. Juli 1890.

Patient stürzte vor 15 Jahren, schlug sich angeblich am Hoden und Penis eine Wunde, nach deren Heilung es zur Verwachsung zwischen Hodensack und Penis gekommen sein soll.

Vor zwei Jahren entstand ein Geschwür am Penis, das sich langsam vergrösserte und heftige Schmerzen verursachte.

In der letzten Zeit soll Patient abgemagert sein.

Status praesens:

Der Penis ist umgewandelt in einen harten, unförmigen, 12 cm langen, 10 cm im Umfange fassenden Körper, der mit Schrunden und Geschwüren bedeckt erscheint. Schlägt man den Penis zurück, so bemerkt man ein handtellergrosses, mit unebenen, schlaffen Granulationen bedecktes Geschwür mit harten Rändern.

Die inguinalen Drüsen sind beiderseits geschwellt.

Therapie:

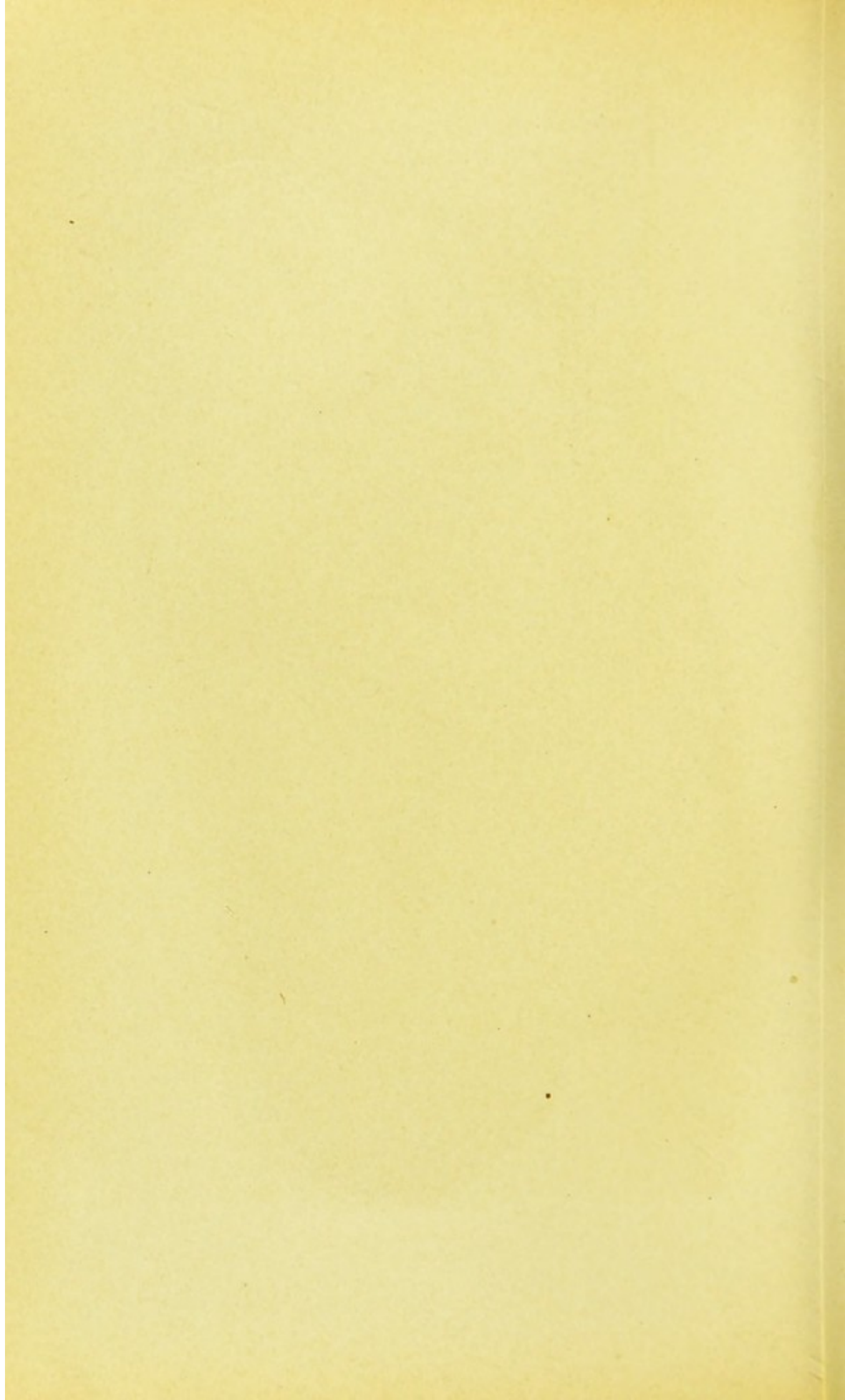
Penis-Amputation, Entfernung der Drüsen in inguine. Die Urethra wird losgelöst und am Perineum eingenäht.

---









THE HISTORY OF THE  
CITY OF BOSTON

FROM THE FIRST SETTLEMENT  
TO THE PRESENT TIME  
BY  
JOSEPH NEASE, ESQ.  
OF THE BARR

IN TWO VOLUMES.



## Tab. 55. Carcinoma penis.

(Fall von der Klinik Prof. Albert).

Nach Angabe des Kranken soll diese Geschwulst sich seit 6 Monaten entwickelt haben.

Status praesens.

Patient ist kräftig gebaut, abgemagert.

Das Praeputium ist phimotisch, sehr enge, die Haut des Penis von Narben, welche zum Teil pigmentiert, zum Teil in derbe Infiltrate umgewandelt sind, bedeckt. An der unteren Hälfte des Penis sind diese Infiltrate wallartig umgeben, am Grunde unregelmässig ausgenagt und fühlen sich sehr derb an.

Ein Strang am Dorsum des Penis und die inguinalen Drüsen sind geschwellt, hart.

Therapie:

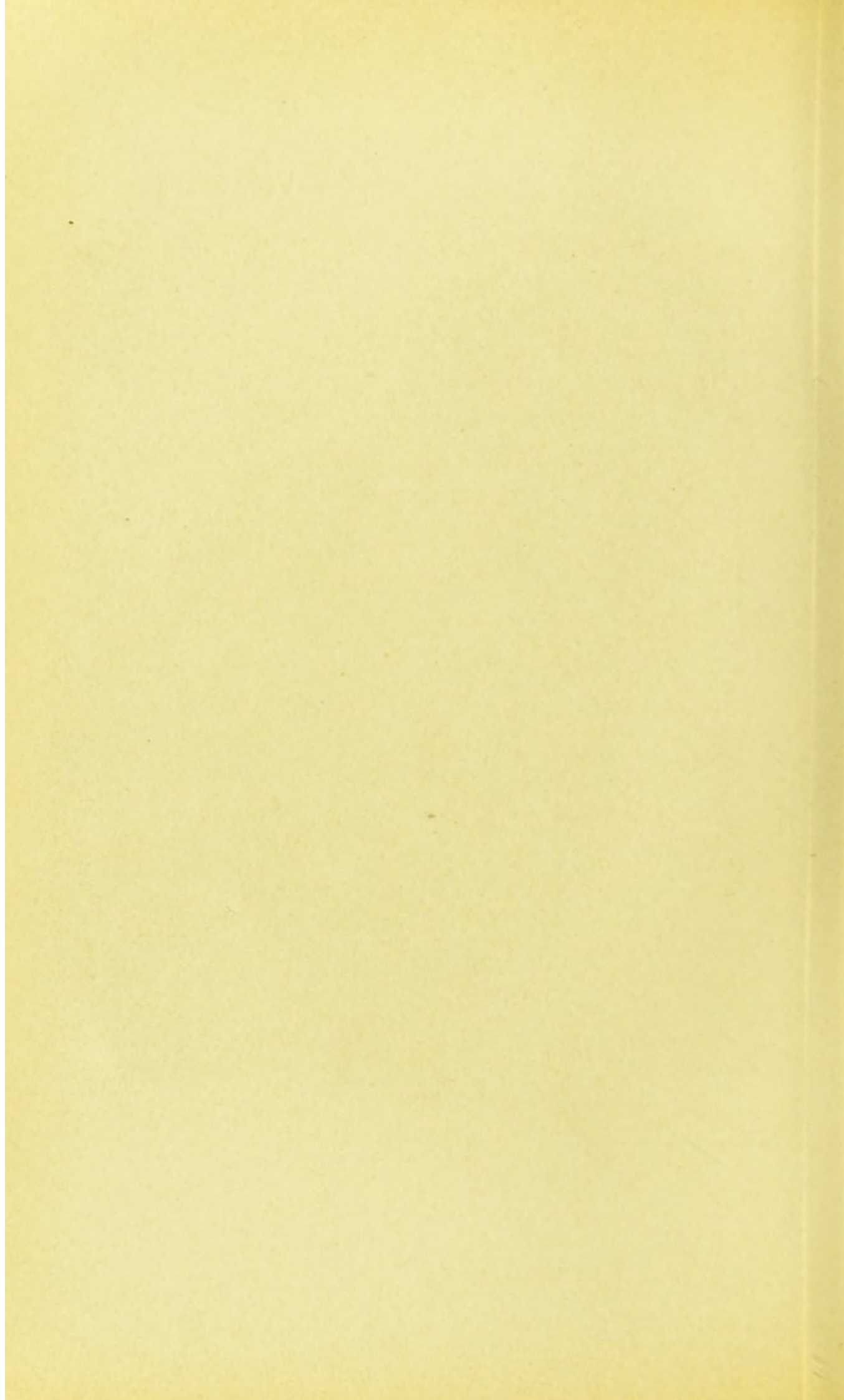
Partielle Amputation des Penis mit Plastik der Urethra.

---

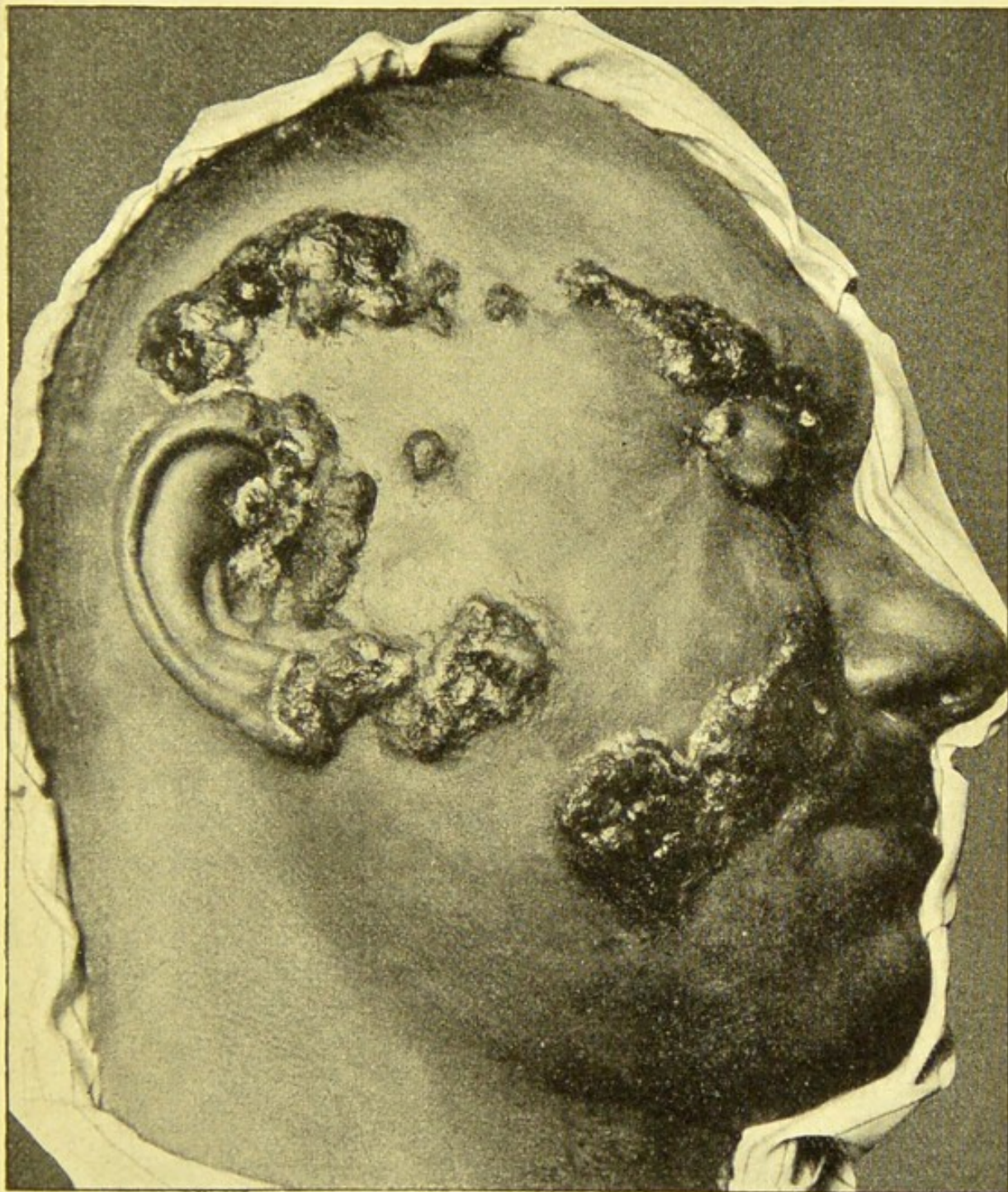








Tab. 55 a.



XIa.



## T. 55a. Epithelioma cicatrisans.

J. J., 55 Jahre alt, Tagelöhner, aufgenommen 28. Sept. 1892.

Sein Leiden begann vor 6 Jahren an der r. Schläfe mit einem kl. Knötchen, von welcher Stelle aus sich in Continuität Geschwüre auf die Wange und das r. Augenlid ausbreiteten. Er selbst war vorher immer gesund und sieht auch zur Zeit der Aufnahme gut aus.

### Status praesens:

Die r. Wange ist nach rückwärts bis zur Ohrmuschel, nach vorn bis gegen die Nasolabialfalten, nach oben bis zum Ansatz des Masseter, nach unten bis gegen den Unterkiefer in eine glatte, weissliche Narbe umgewandelt. Die Peripherie dieses Feldes ist mit wenigen Unterbrechungen eingenommen von Geschwüren, welche auf einer kaum infiltrierten Basis als ein anaemisches Granulationsgewebe sich mehrere Millimeter über das Niveau erheben. Das obere Augenlid ist durch die Ulceration schon von seiner Basis abgelöst und nach aussen gegen die Narbe zu verzogen, so dass unter dem ebenfalls destruierten Arcus ciliaris sich eine Grube befindet, welche ebenfalls durch Wucherungen an der Basis ausgezeichnet ist. Der Kranke klagte zeitweilig über stechende Schmerzen in den geschwürigen Partien, aus denen sich dann mehr Eiter entleerte. Ab und zu musste man die Wucherungen mit dem scharfen Löffel entfernen und so den Zerfall für einige Zeit hemmen.

Eine am 15. XII. vorgenommene histologische Untersuchung bestätigte die Diagnose eines Epithelialcarcinoms. Es wurden in der Narkose alle erwähnten Geschwüre ausgekratzt, mit



dem Paquelin verätzt und alle bis auf ein längliches Geschwür am r. Mundwinkel zum Vernarben gebracht.

Doch nach kaum 4 Wochen zerfiel abermals der Rest des Augenlides am cant. int., ebenso entstand ein neuerlicher Zerfall nach aussen gegen die Narbe über dem Jochbogen und die epithelialen Massen am Mundwinkel fingen an bedeutender zu wuchern.

Das Körpergewicht des Pat. hält sich mit geringen Schwankungen seit der Aufnahme auf 54 kg. Doch die Geschwüre wuchern weiter und ergreifen sogar die alte Narbe. Das Auge wird durch diese Massen mit affiziert und der Bulbus liegt in der Orbitalhöhle umgeben von nekrosierenden Carcinommassen.

Der Kranke klagt über steigende Schmerzen und kann nur mit ständigen Gaben von Morphium von denselben zeitweise befreit werden.

22. XII. Im Centrum der ausgebreiteten Wunden zeigen sich abermals einzelne Narbeninseln, obzwar die Peripherie bereits über die Mitte der Nase und über das ganze Kinn in ein Geschwür sich verwandelt hat.

Endlich musste der Kranke der heimatlichen Gemeinde übermittlelt werden und verliess das Spital am 21. September.

Dieser in unserer Beobachtung vom Sept. 1892 bis Sept. 1894, durch 728 Tage verbliebene Fall von Epithelialcarcinom ist deshalb bemerkenswert, weil das ganze Leiden acht Jahre bestanden hat, ohne den Charakter eines Epithelialcarcinoms zu ändern. Ferner ist die langsame Entwicklung und die Vernarbung in der Mitte von Interesse, zumal es nach dem erwähnten operativen Eingriff fast den Anschein hatte, als wollte die ganze Geschwürstfläche vernarben. Dies gelang jedoch nicht vollkommen, neuerdings wucherten die Epithelialmassen, nicht nur an der Peripherie, sondern auch durch die alten Narben nach. Der Kranke kam durch die Schmerzen mehr und mehr herab und trotzdem sich einzelne Narbeninseln inmitten des Carcinoms wieder zu bilden anfangen, überwog die allmählich fortschreitende Entartung.

Dieser Fall hätte leicht für die sanguinischen Verfechter der Heilung von Carcinomen herangezogen werden können, wenn nicht die längere Beobachtung uns eines besseren belehrt hätte.



## Tab. 56. Favus.

Sch. L., 25 J., aufgenommen 18. August 1896.

Seit 3 Jahren besteht der Kopfhautausschlag und Haarschwund.

Status praesens:

Das Haar am Kopfe ist bis auf eine schmale Zone am Hinterhaupte gänzlich verschwunden.

Die Kopfhaut ist an zahlreichen Stellen mit schwefelgelben Krusten bedeckt, die nierenförmige Konturen aufweisen. Dazwischen befinden sich einzeln stehende strohgelbe Pünktchen, desgleichen solche am rechten Oberarme. —

Nach dreimonatlicher Behandlung ist die Kopfhaut rein, weist keine Favusefflorescenzen mehr auf.

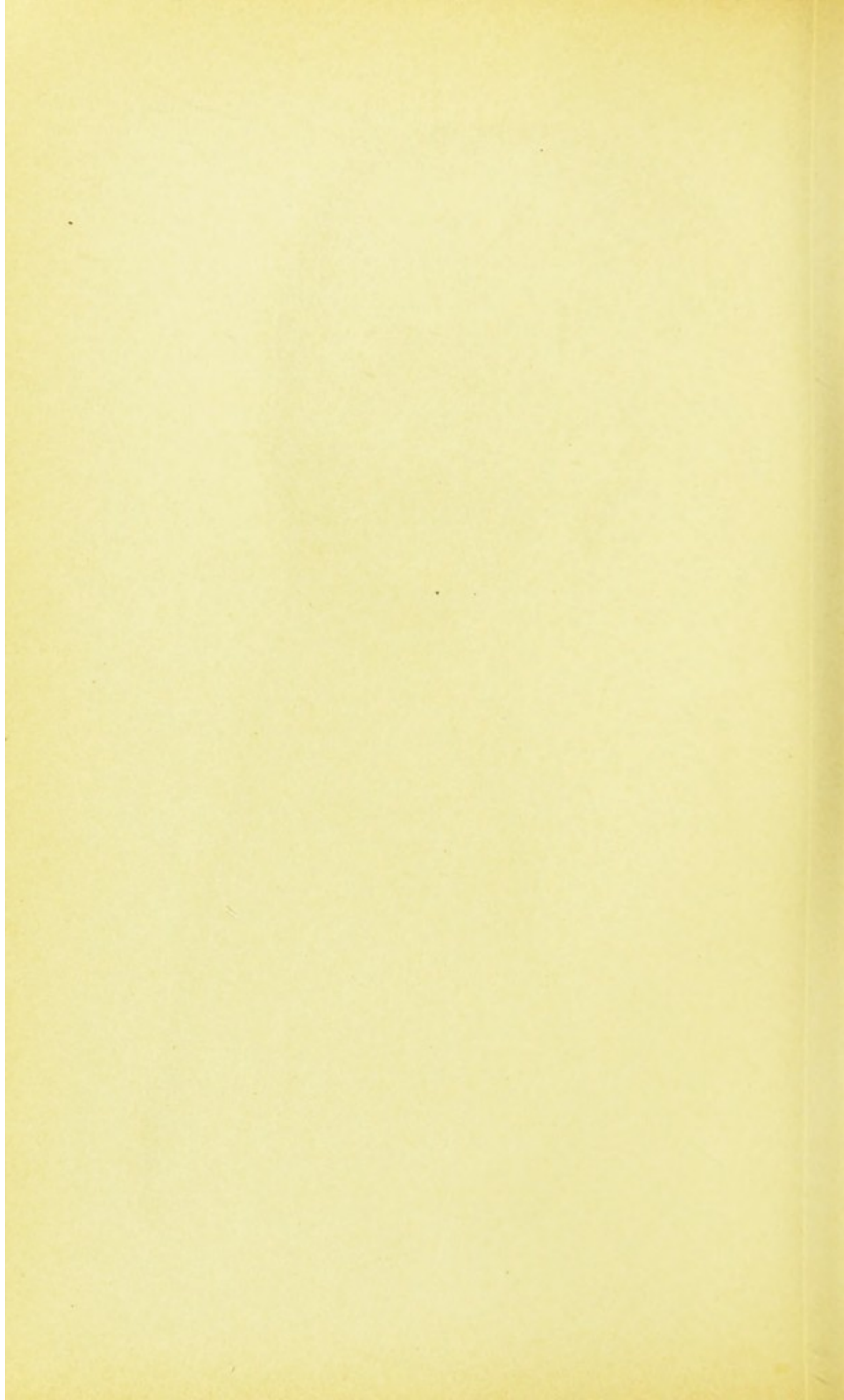
Status idem bis zur Entlassung am 5. Januar 1897.

---



*Lith. Anst. F. Reichhold, München.*





Die deutsche Literatur des 19. Jahrhunderts

Die deutsche Literatur des 19. Jahrhunderts ist eine Zeit, die in der Geschichte der deutschen Literatur eine besondere Rolle spielt. Sie ist die Zeit der Romantik, des Realismus und des Naturalismus. In dieser Zeit haben viele bedeutende Autoren ihre Werke geschaffen, die bis heute gelesen werden. Die deutsche Literatur des 19. Jahrhunderts ist eine Zeit der großen Gegensätze. Auf der einen Seite steht die Romantik, die die Natur und das Innere des Menschen in den Mittelpunkt stellt. Auf der anderen Seite steht der Realismus, der die äußere Welt und die sozialen Verhältnisse in den Mittelpunkt stellt. In dieser Zeit haben viele Autoren ihre Werke geschaffen, die bis heute gelesen werden. Die deutsche Literatur des 19. Jahrhunderts ist eine Zeit der großen Gegensätze. Auf der einen Seite steht die Romantik, die die Natur und das Innere des Menschen in den Mittelpunkt stellt. Auf der anderen Seite steht der Realismus, der die äußere Welt und die sozialen Verhältnisse in den Mittelpunkt stellt. In dieser Zeit haben viele Autoren ihre Werke geschaffen, die bis heute gelesen werden.



Tab. 57. Herpes tonsurans maculosus et squamosus.

S. F., 18 Jahre, aufgenommen 13. Februar 1896.

Patient bemerkte erst 1 Tag vor seiner Aufnahme, dass er Flecke auf seiner Haut habe. Er wurde durch ein mächtiges Jucken darauf aufmerksam gemacht, erinnert sich feuchte Wäsche angelegt zu haben.

Status praesens:

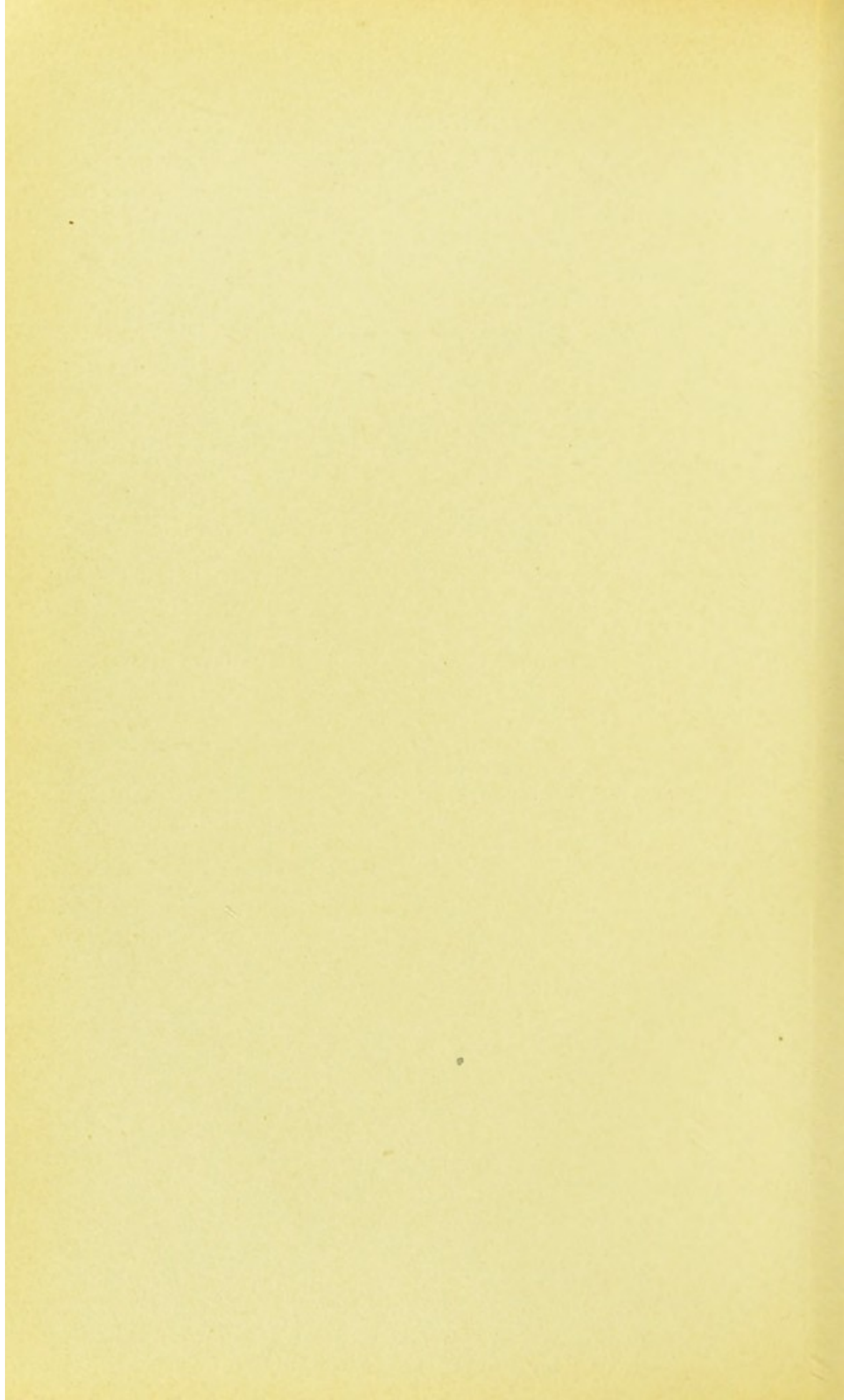
Der Thorax, das Abdomen und die Beugeflächen der Extremitäten sind von zahlreichen Efflorescenzen bedeckt,

Am Unterbauche und der regio publica befinden sich blassrötliche Flecke, von denen die grösseren in der Mitte eine weissliche Epidermisschuppe tragen. Die grössten sind bereits in der Mitte abgeblasst, zeigen gegen die Peripherie eine äusserst zart-falterige Epidermis, welcher da und dort weissliche Schüppchen locker aufgelagert sind. Der Rand selbst ist leicht erhaben, die Epidermis daselbst glatt und gerötet. Aehnliche Verhältnisse zeigen auch die Efflorescenzen am übrigen Körper.

---











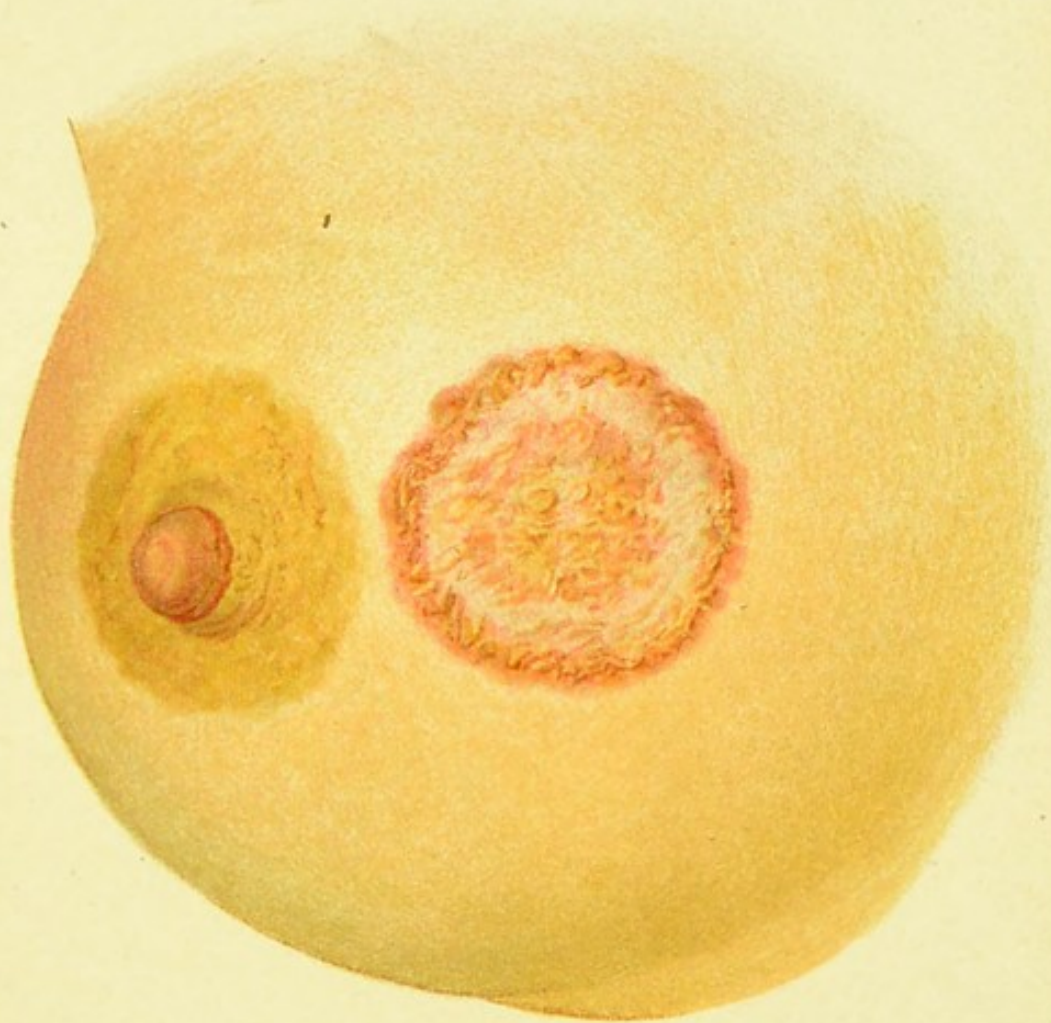
T. 58. Herpes tonsurans orbicularis mammae  
dextrae.

L. W., aufgenommen den 16. November 1895; geheilt entlassen den 23. November 1895.

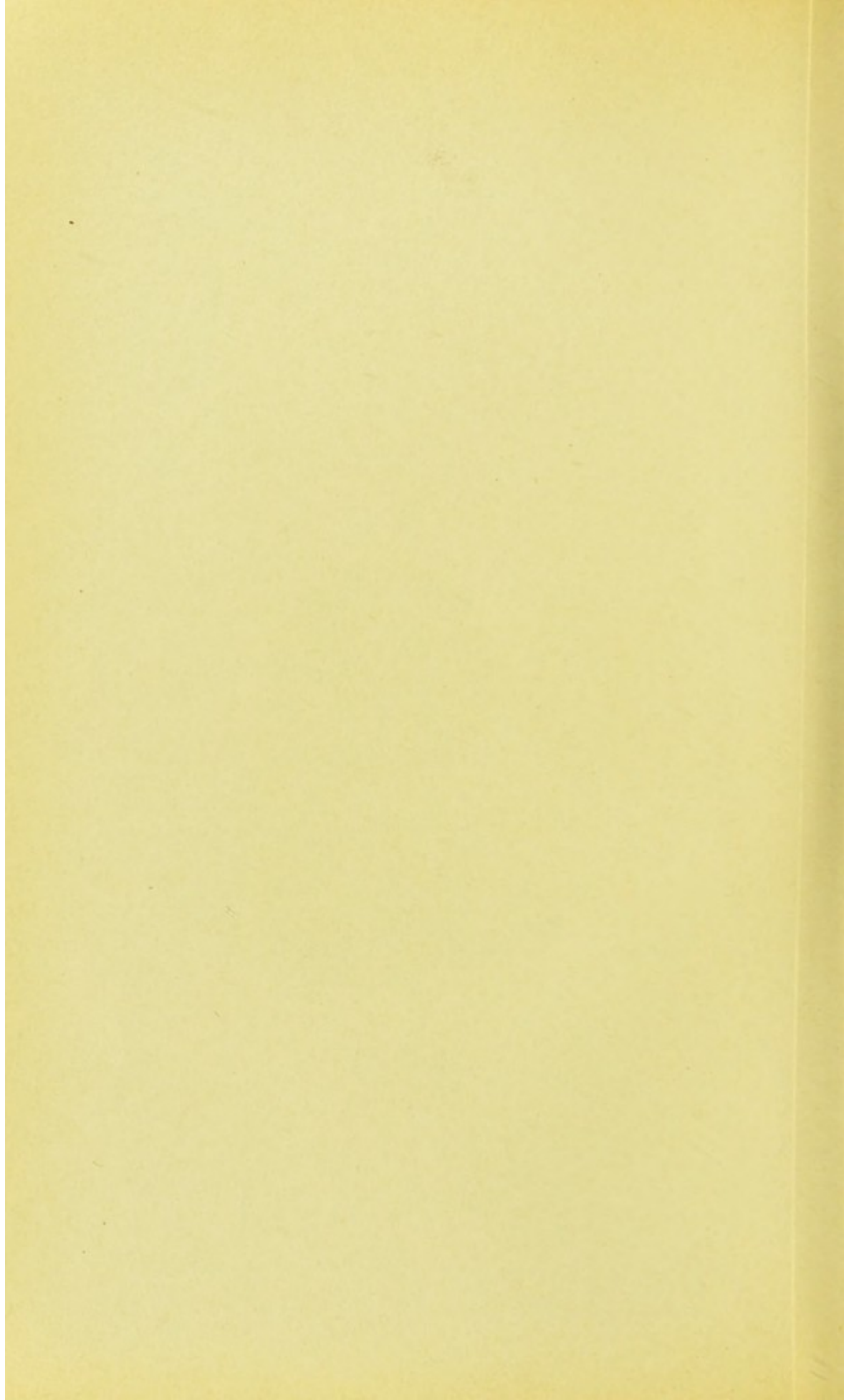
Subjektiv empfindet die Kranke ein leichtes Jucken. Vor acht Tagen hat Pat. die innere Zone gemerkt, seither die äussere Verbreiterung.

An der rechten Mamma befindet sich eine zweipfennigstückgrosse Efflorescenz, in deren Mitte die Epidermis in kleinen Schuppen abgehoben, wie zerrissen, teilweise verschrumpft, leicht, gelblich verfärbt ist. Die periphere Zone ist noch gerötet, in feinsten Fältchen gefurcht. Ganz am Rande ist ein rissiger Halo von Epidermis über die übrige Partie leicht erhaben, zum Teil mit angetrockneten Krustchen, oder einer abgehobenen weisslich schimmernden Epidermis bedeckt. Ganz nach aussen hin fällt eine lebhafter gerötete, unregelmässig abgegrenzte  $\frac{1}{2}$  bis 1 mm breite Zone gegen die normale Epidermis ab.

---











## T. 59. Herpes tonsurans vesiculosus antibrachii sin.

S. F., 18 Jahre, Schlosser. (19.—28. Mai.)

Seit 14 Tagen bestehen die Affektionen im Gesichte und seit 8 Tagen an der linken Oberextremität.

Im Hause des Pat. werden Pferde gehalten.

Status praesens:

Im Gesichte und zwar vorwiegend an der linken Gesichtshälfte, sind zahlreiche von Stecknadelkopf- bis Erbsengrösse variierende pustulöse Efflorescenzen, von denen manche mit einer gelblich-braunen Borke bedeckt sind.

An der Beugeseite des linken Vorderarmes nahe dem Handgelenke, befindet sich eine nahezu kreisrunde, rote, infiltrierte, etwa zweithaler-grosse Fläche mit elevierter Begrenzung, innerhalb welcher konzentriert Knötchen und Bläschen angeordnet sind.

Aus dem Bläscheninhalte wurden *Trichophyton tonsurans* kulturell nachgewiesen.

Therapie: Lassar'sche Paste für das Gesicht.

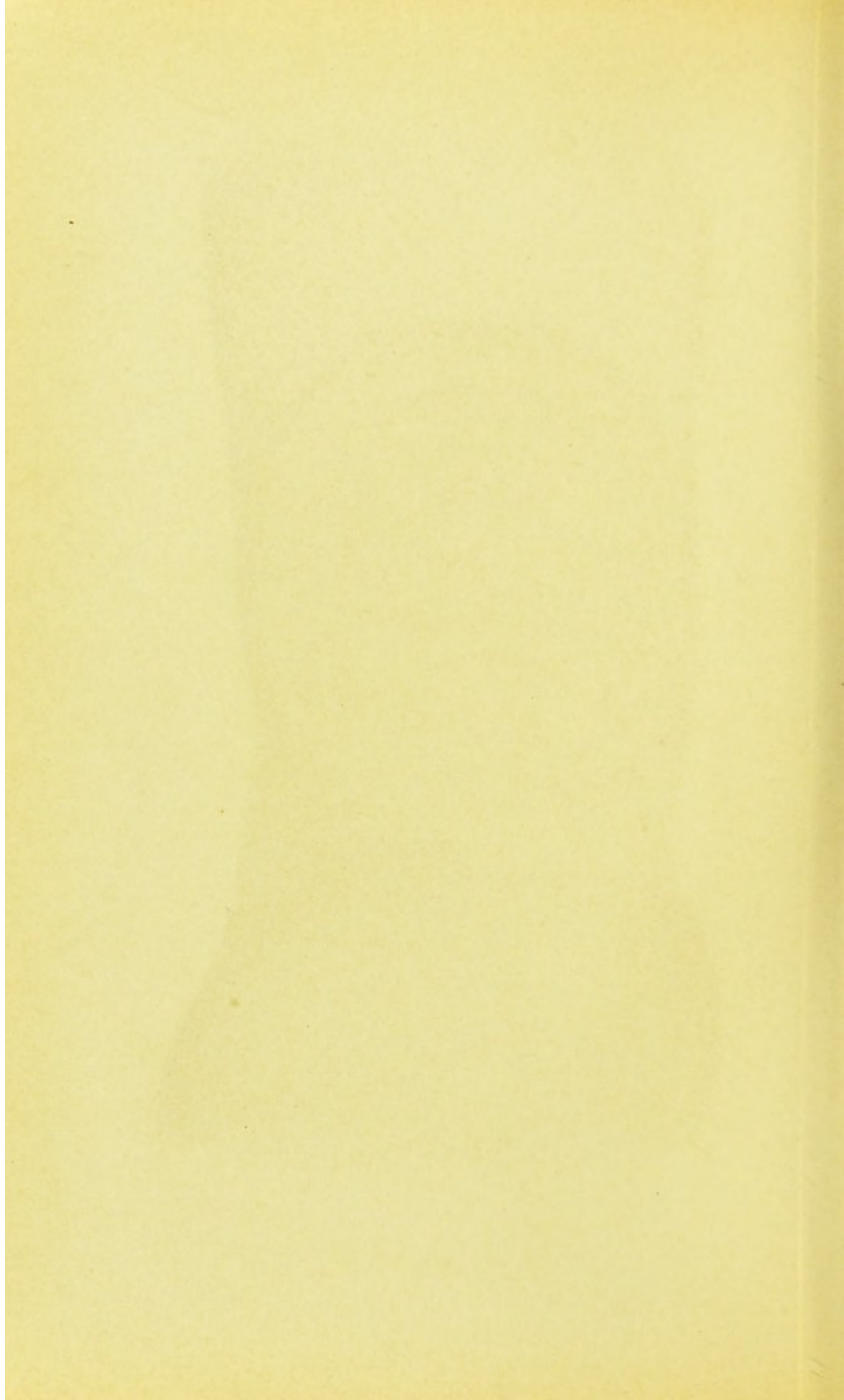
Naphtol-Schwefelpaste, Resorcin für den Vorderarm.

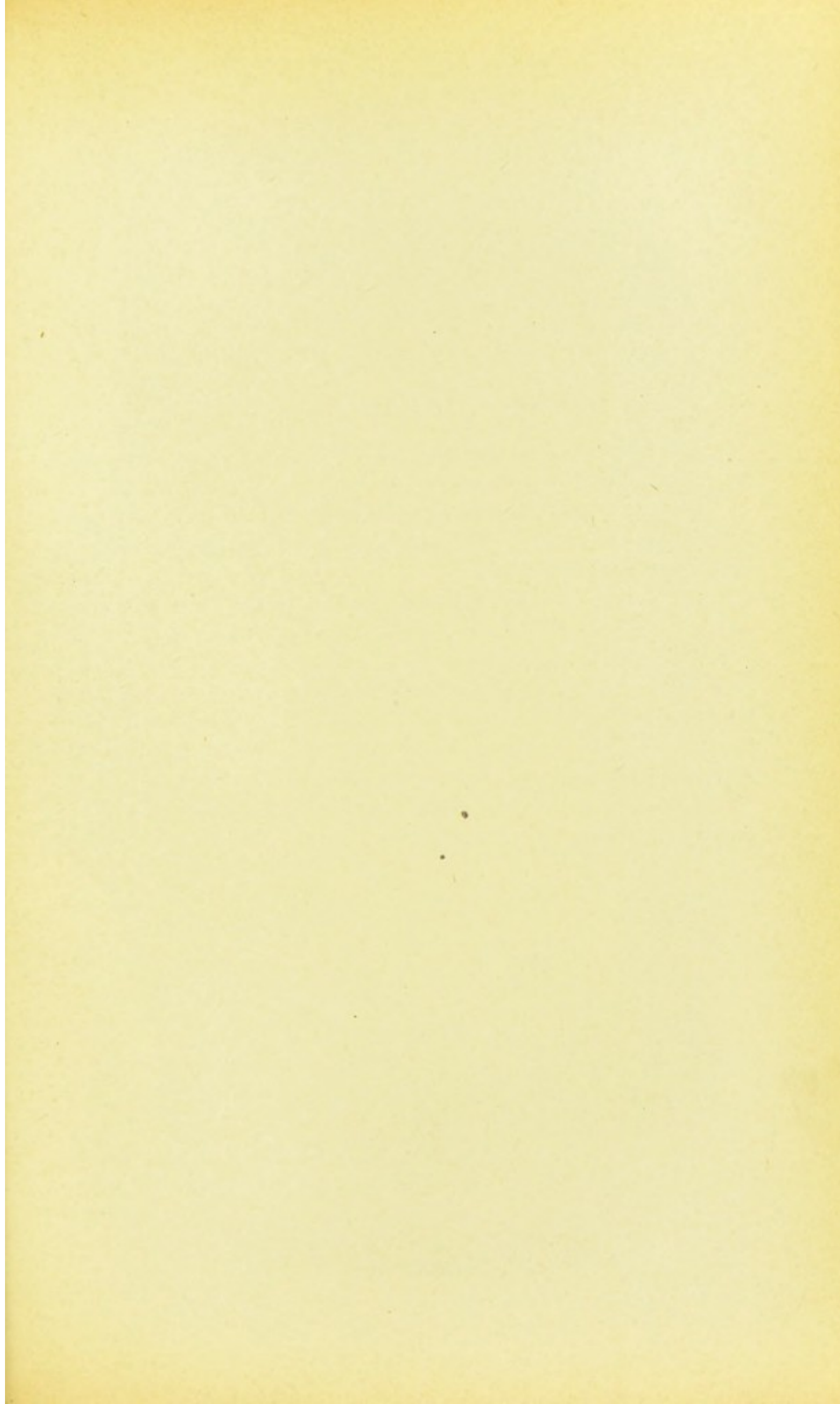
Völlige Heilung in acht Tagen.

---











## Tab. 60. Pityriasis versicolor.

J. N., 20 Jahre, Arbeiterin; aufgenommen 18. Aug. 1897 wegen Erythema exudt. multifforme.

Zwischen den Quaddeln gewahrt man überall gelbbraune Flecke, welche nach dem Abblassen der Erythem-Efflorescenzen deutlicher zu Tage treten.

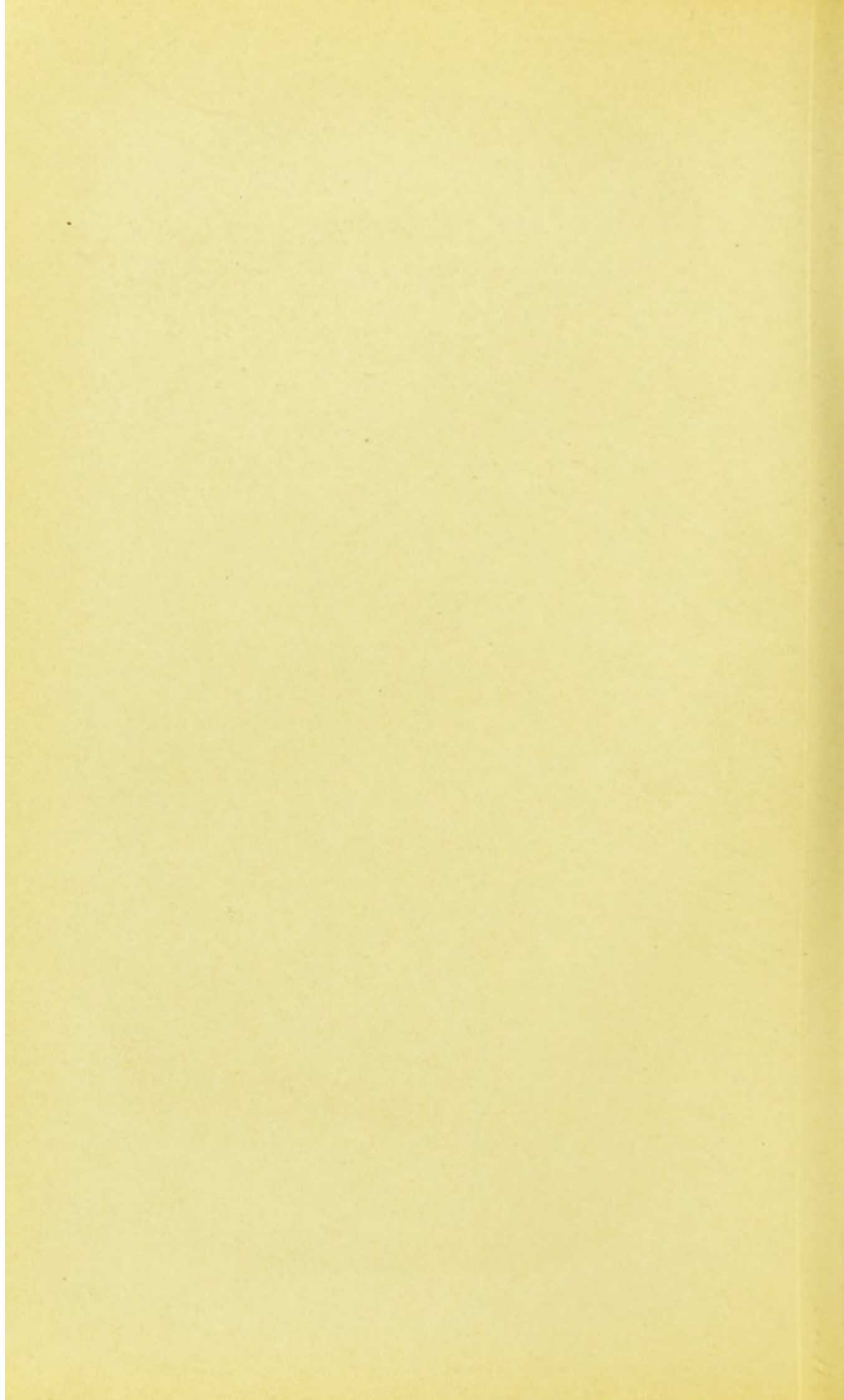
Ueber der Brust sind dieselben am zahlreichsten in verschiedener Form und Grösse zerstreut. Alle sind unregelmässig abgegrenzt und mit lockerer, auf Kratzen leicht abgängiger Epidermis bedeckt. Die Farbe ist blassbraun, peripher dunkler, im Centrum heller, woselbst auch die grösseren Flecke eine glattere Oberfläche aufweisen.

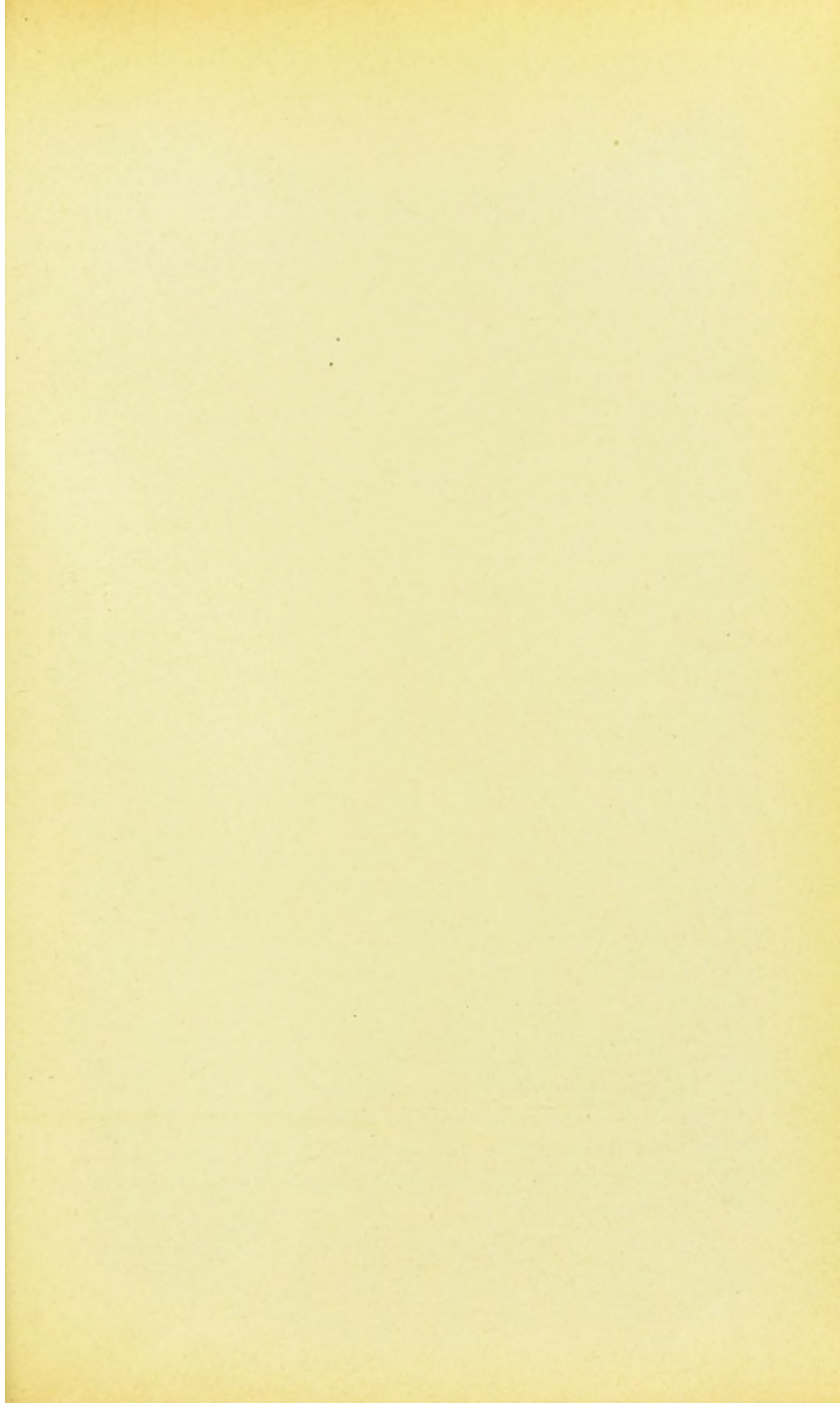
Therapie: Naphtol-Schwefelsalbe, Schmierseife und Reismehleinstreuungen. — Heilung.

---











## Tab. 61. Actinomykosis.

D. A., 42 Jahre alt.

Nach einer Moulage der I. chirurg. Klinik, Prof. Albert, gemalt.

Patient war im August 1892 auf der Klinik, wurde jedoch auf eindringliches Verlangen entlassen.

Da sein Zustand sich indessen verschlimmert hat, die Schmerzen an der linken Halsseite, Schlingbeschwerden und Appetitlosigkeit zugenommen haben und da die Geschwulst mehrfach aufgebrochen ist, kam Patient am 28. Oktober 1892 wieder zur Aufnahme.

Status praesens:

Patient sehr blass, herabgekommen, klagt über Athem- und Schlingbeschwerden. Lungen- und Herzbefund ist normal.

Die ganze linke Halsseite vom Unterkiefer angefangen bis in die fossa supraclavicularis und vornüber bis nach rechts reichend ist von zahlreichen, mächtigen Einziehungen durchfurcht und fühlt sich sehr hart an.

Die zwischen diesen Furchen befindlichen Infiltrate sind von zahlreichen Fistelgängen von verschiedener Tiefe durchsetzt. Aus denselben entleert sich dicker Eiter mit Actinomycocekörnern.

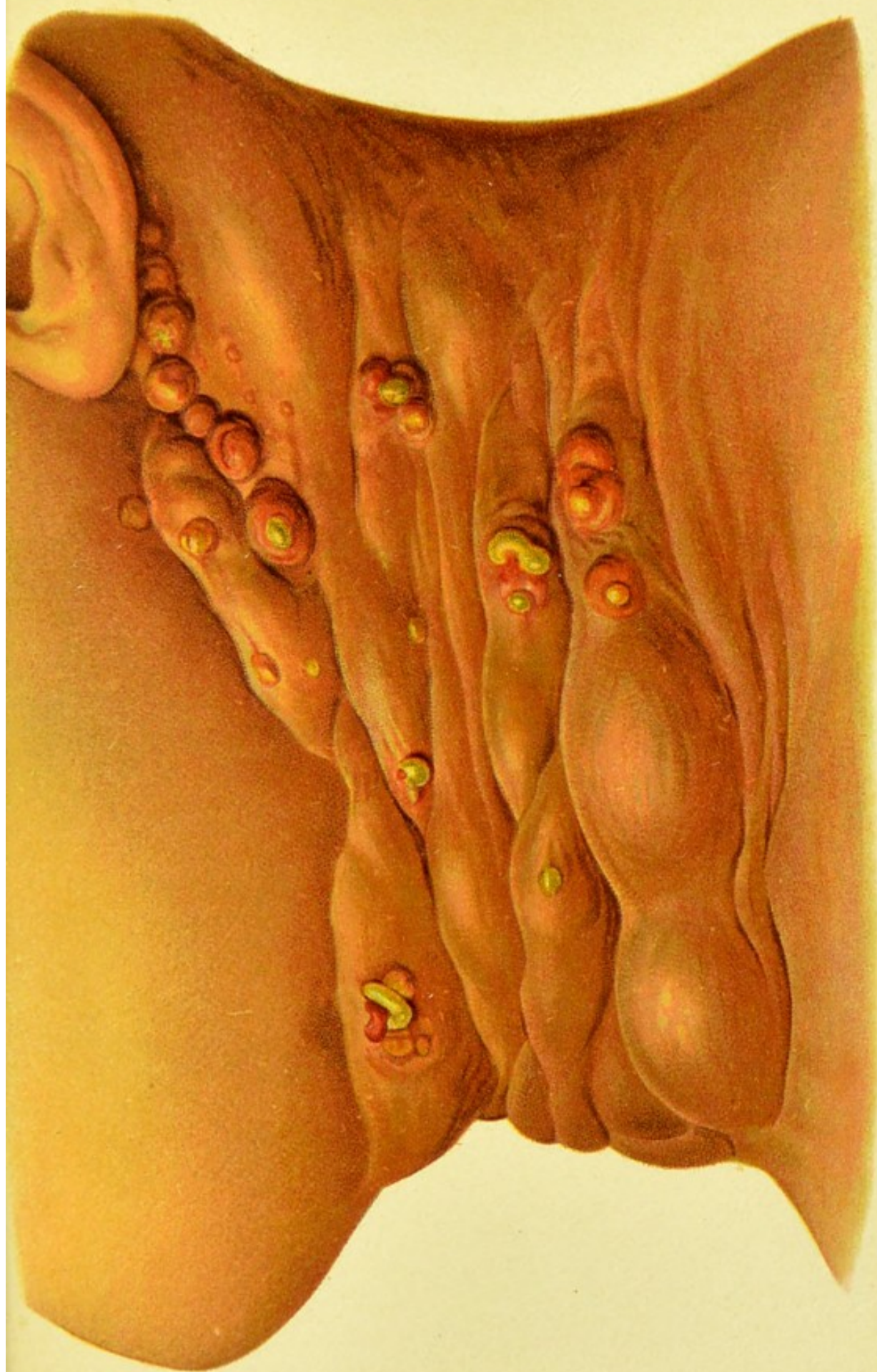
Die Haut über dem unteren Anteile des Infiltrates ist schmutzig, grauviolett. Unmittelbar über dem linken Schlüsselbein befindet sich ein etwa nussgrosser, von blassvioletter Haut bedeckter, deutlich fluktuierender Abscess.

Auch an der rechten Halsseite, in der fossa supraclavicularis ist eine nussgrosse Geschwulst, welche von violetter, glänzender Haut bedeckt ist und deutliche Fluktuation zeigt.

Patient wurde mit Incisionen und Injektion von  $\frac{1}{4}$  perzentiger Sublimatlösung in die Infiltrate behandelt, bekam einen antiseptischen Verband, verliess jedoch auf eigenes Verlangen gebessert nach 3 Wochen wieder das Spital.

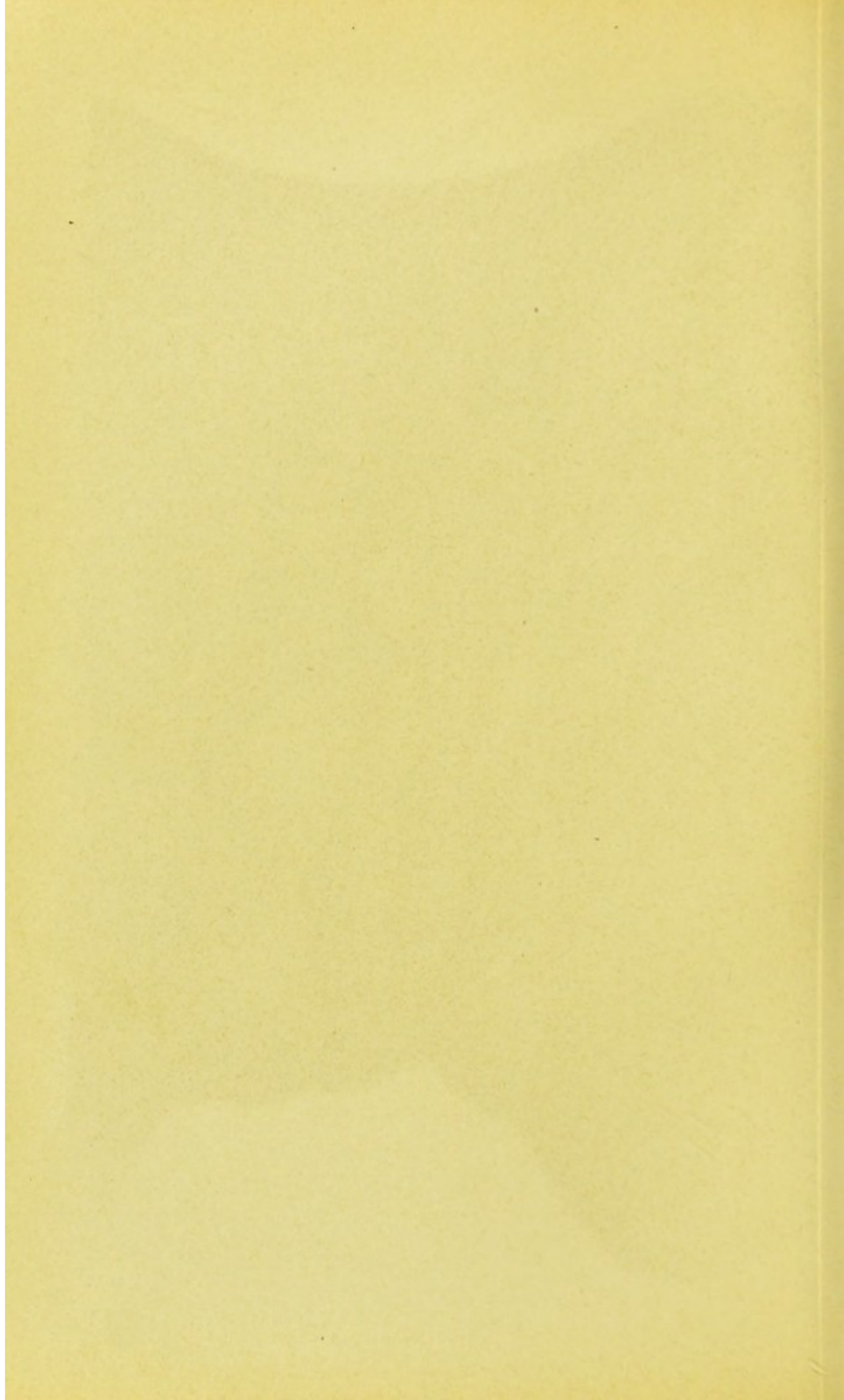
---





Lith. Anst. F. Reichhold, München.









## Tab. 62, 62a. Scabies pustulosa.

H. M., Magd. Aufgenommen am 12. August 1897.

Patientin gibt an, das Jucken, namentlich abends, schon 6 Wochen zu verspüren, der Ausbruch der Pusteln sei jedoch erst in der letzten Zeit merklich und habe die Kranke veranlasst, ins Spital zu gehen.

Status praesens:

Am ganzen Körper sind unregelmässig zerstreute Kratzeffekte, an den Extremitäten, namentlich um die Gelenke herum, zerstreut stehende Pusteln, zu meist mit Borken bedeckt.

Beide Handgelenke am Dorsum sind mit gut erhaltenen, eiterhaltigen Blasen bedeckt, zwischen welchen namentlich an den Fingern durch Kratzen der Epidermis beraubte Stellen vorhanden sind.

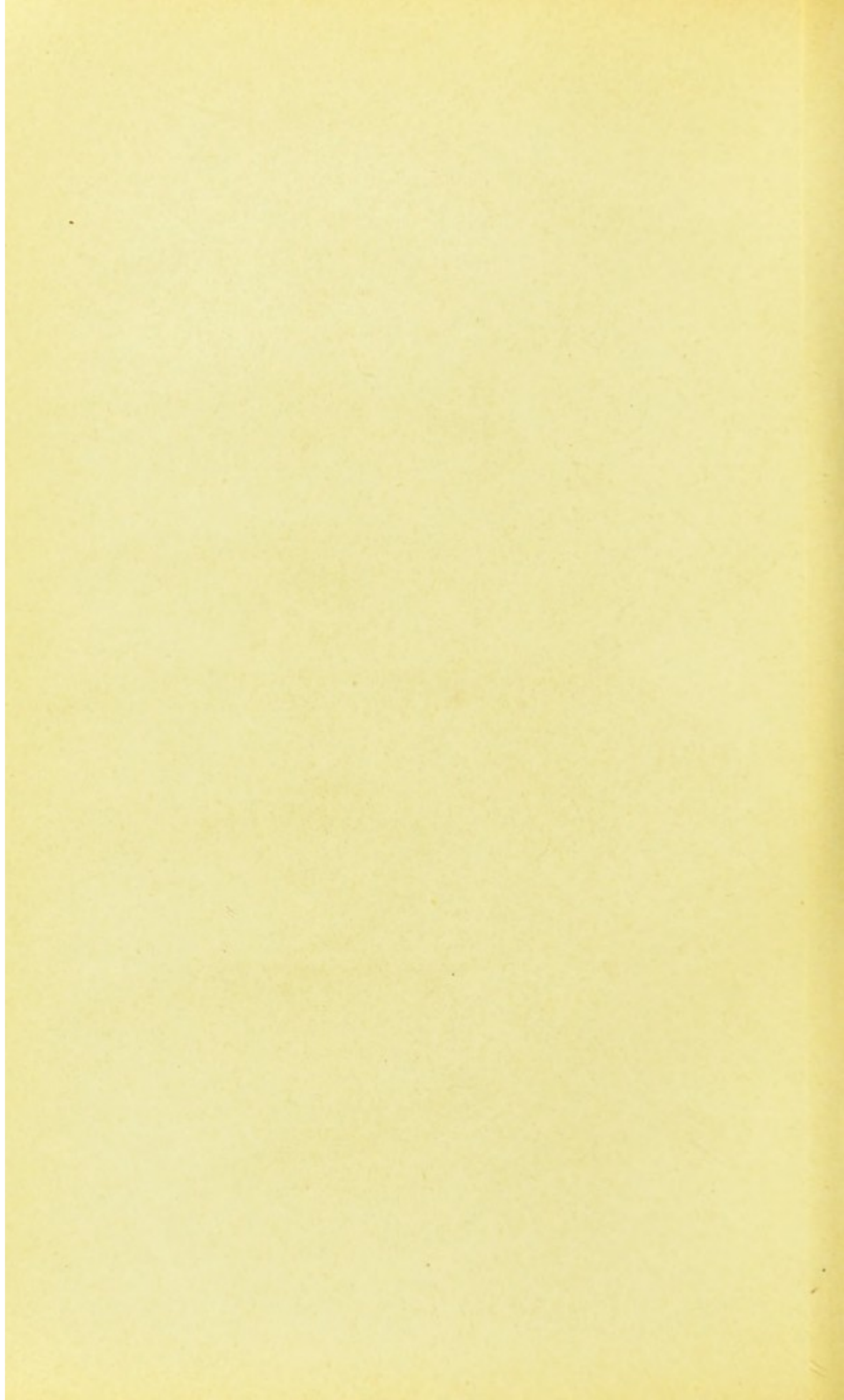
Therapie: Unguent. Wilkinsonii; Heilung.

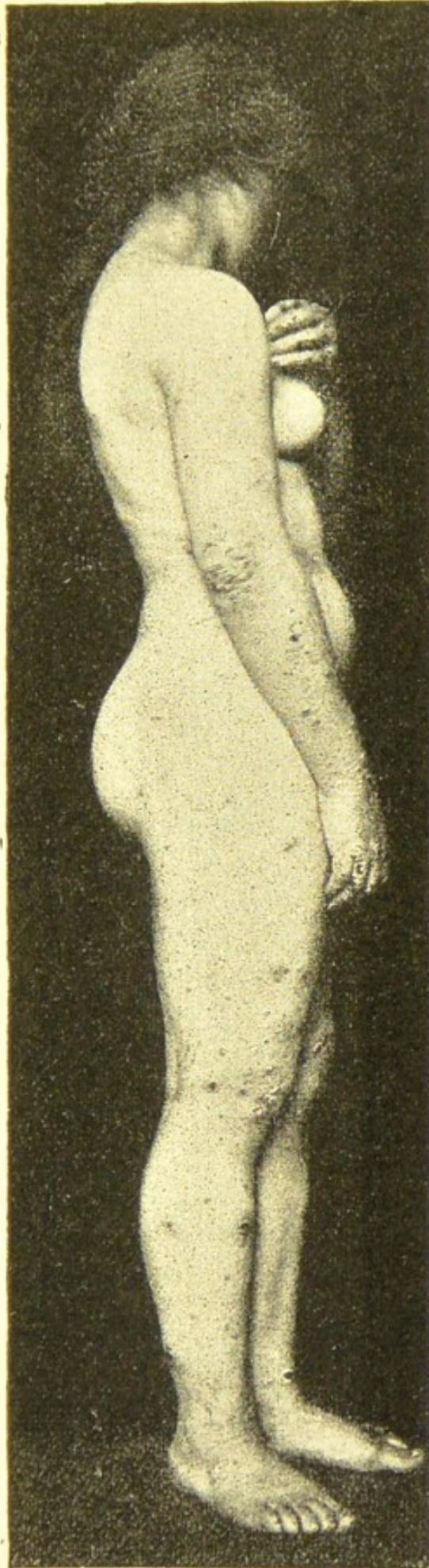
---













### Tab. 63. Maculae caerulac, Phthiriasis.

O. F., 33 Jahre, Bäckergehilfe.

Aufgenommen am 21. August 1897 wegen Blenorhoea ur. und Phthiriasis universalis.

In der Schambeingegend, über der Haargrenze und in beiden Achselhöhlen sind zahllose Phthirii pubis. Ueberdies sind in den Inguinalgegenden und über den Pubes durch Kratzeffekte und Anwendung einer alten Merkurialsalbe entstandene kleinste Excoriationen sichtbar.

Der Körper ist bedeckt mit bläulichen, bis erbsengrossen, rundlichen und länglichen Flecken, über denen die Epidermis unverletzt ist.

---





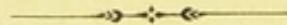






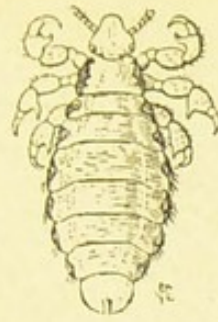
Tab. 64.

- a) Nisse (Läusseeier), an den Haarschaft geklebt.
- b) Kopflaus.
- c) Kleiderlaus.
- d) Filzlaus.
- e) Krätzmilbengang.
- f) Krätzmilbenei.
- g) Krätzmilbe von unten.
- h) „ von oben.
- i) Haarsackmilbe.

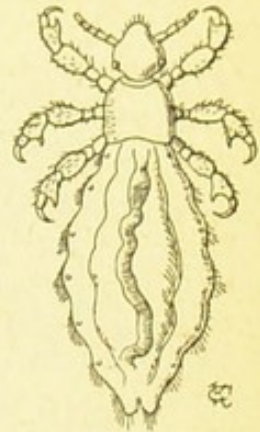




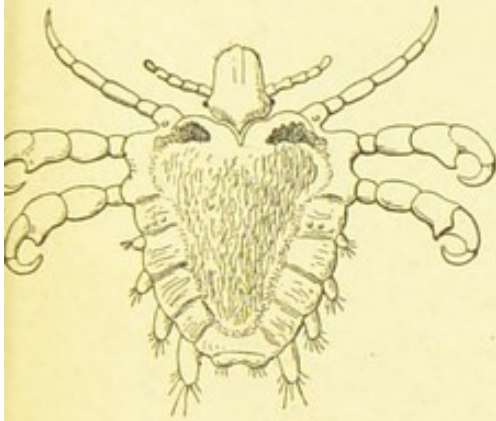
a.



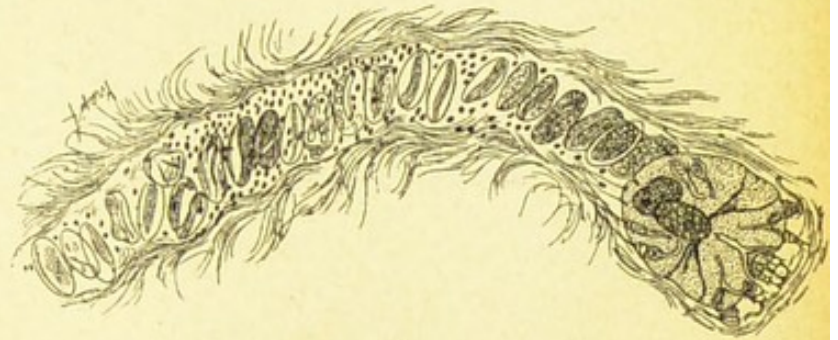
b.



c.



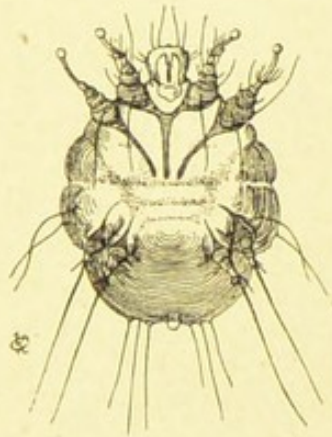
d.



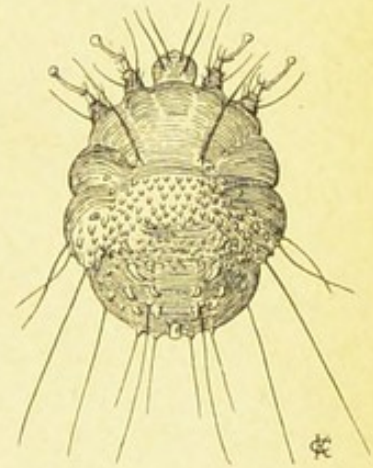
e.



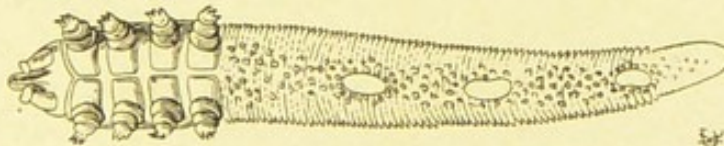
f.



g.

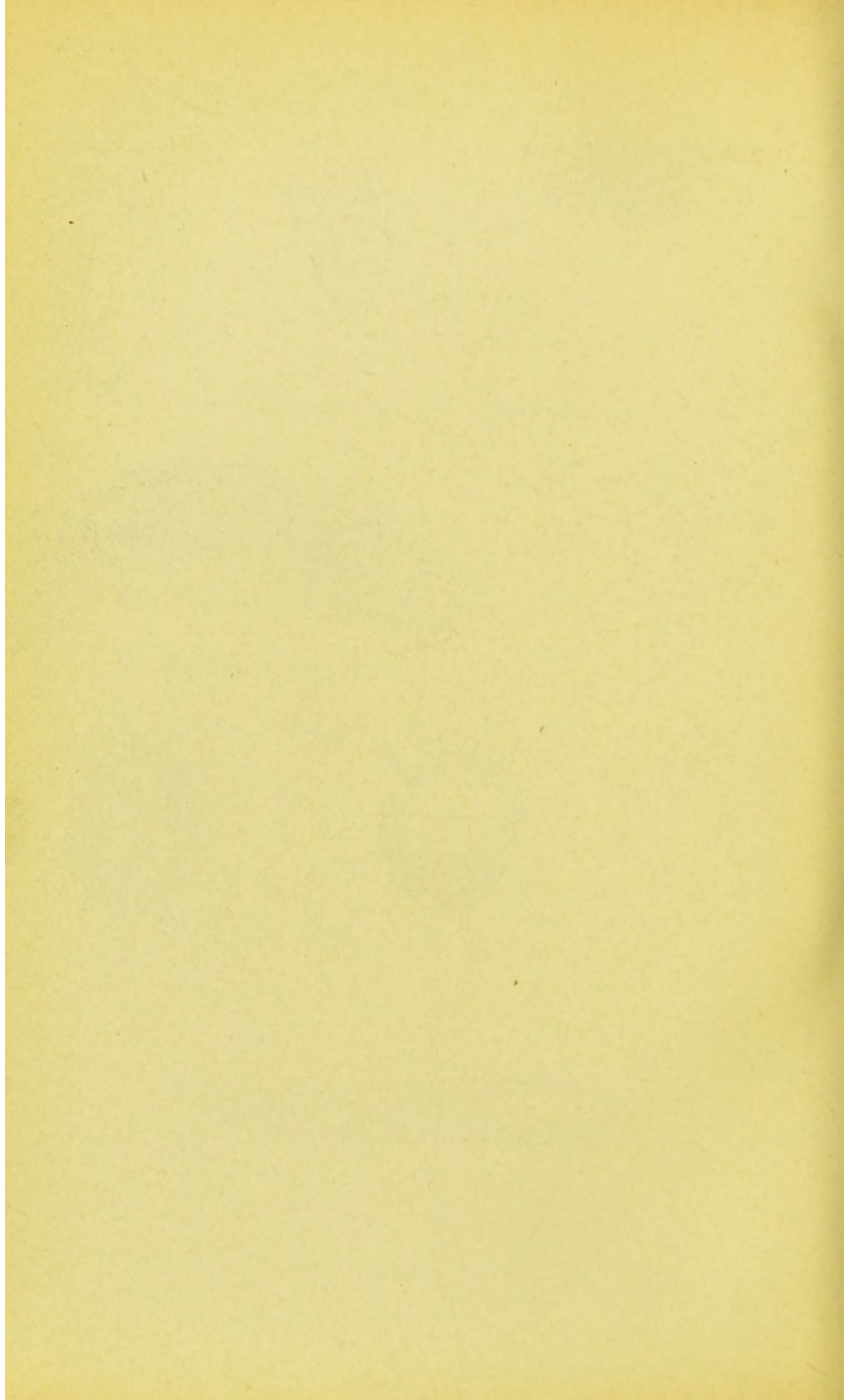


h.



i.









Tab. 65.

- a) Strahlenpilz.
- b) Molluscum Körperchen.
- c) Trichophyton tonsurans (Haar mit äusserer Wurzelscheide von einem Falle von Herpes tonsurans capitis.
- d) mikroskopisches Bild eines Haares bei Trichorrhexis nodosa.
- e) Achorion Schönleinii aus einer Favusborke.
- f) Mikrosporon furfur. (Pityriasis versicolor.)

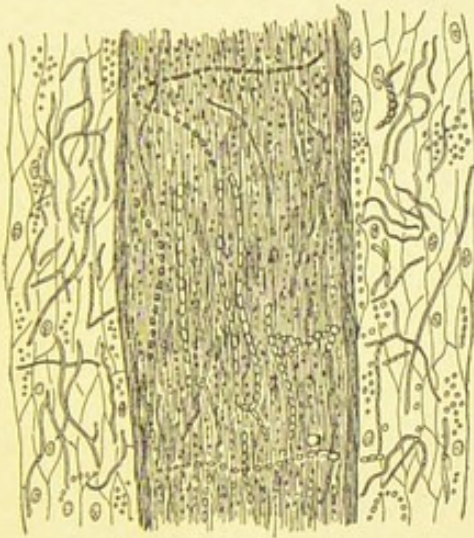




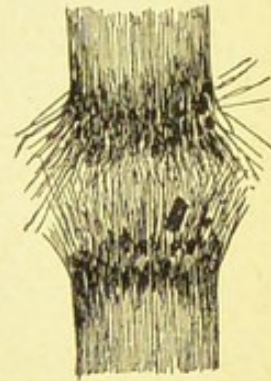
a.



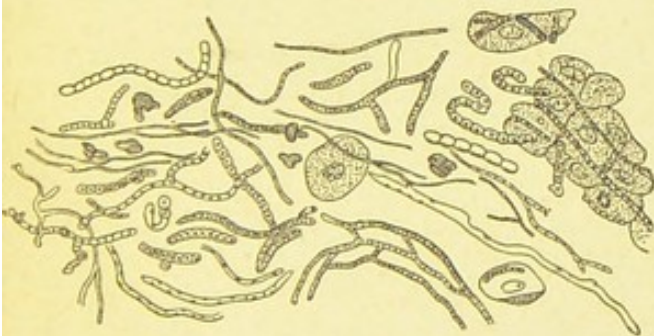
b.



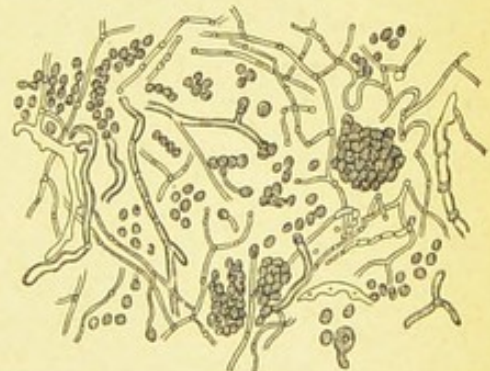
c.



d.

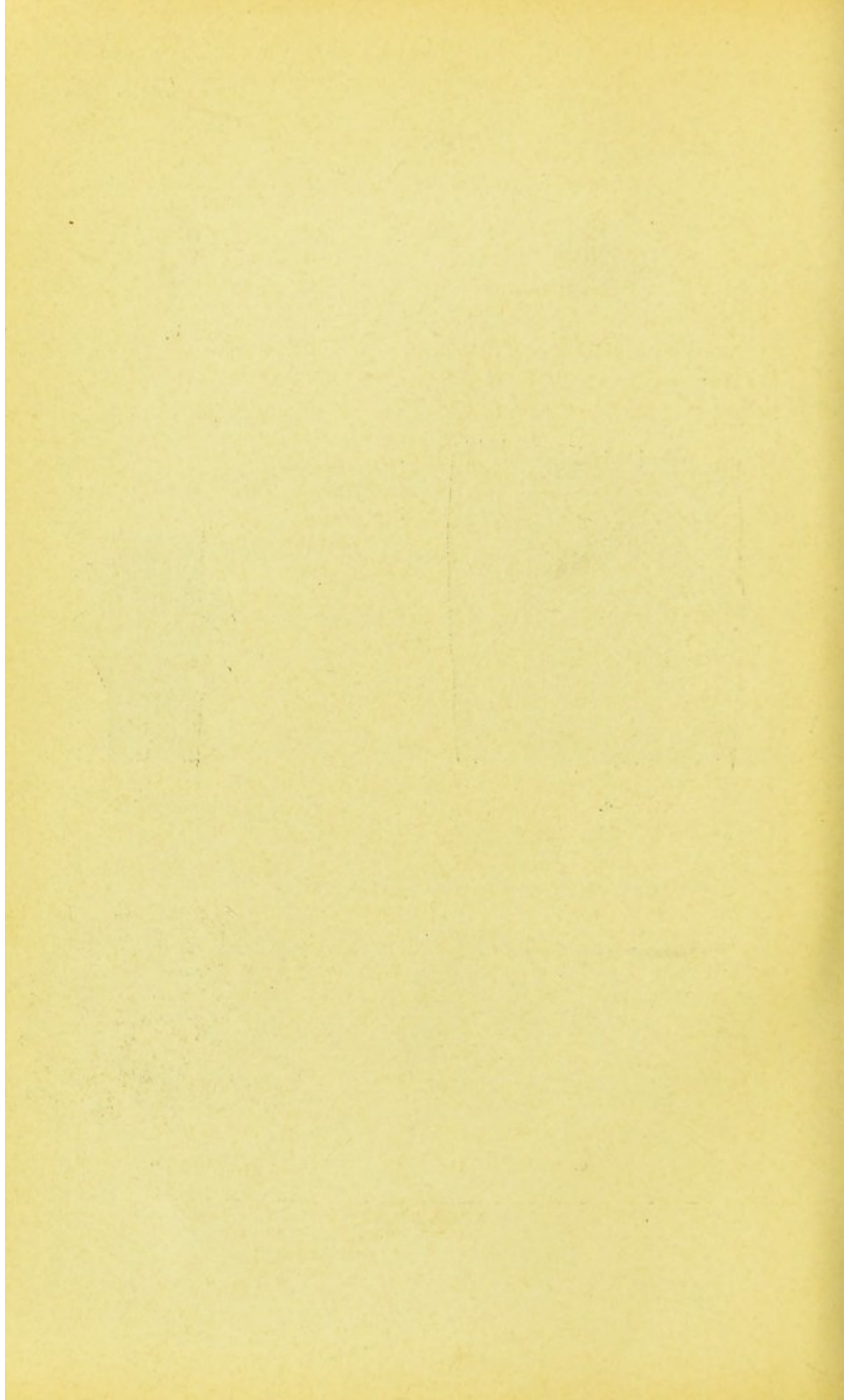


e.



f.





# Lehmann's medicin. Handatlanten, nebst kurzgefassten Lehrbüchern.

Herausgegeben von

Prof. Dr. O. Bollinger, Dr. G. Brühl, Privatdoc. Dr. H. Dürk, Dr. L. Grünwald, Prof. Dr. O. Haab, Prof. Dr. H. Helferich, Prof. Dr. A. Hoffa, Prof. Dr. E. von Hofmann, † Dr. Chr. Jakob, Prof. Dr. K. B. Lehmann, Prof. Dr. Mracek, Prof. Dr. Politzer, Privatdocent Dr. O. Schäffer, Docent Dr. O. Zuckerkandl, u. a. m.

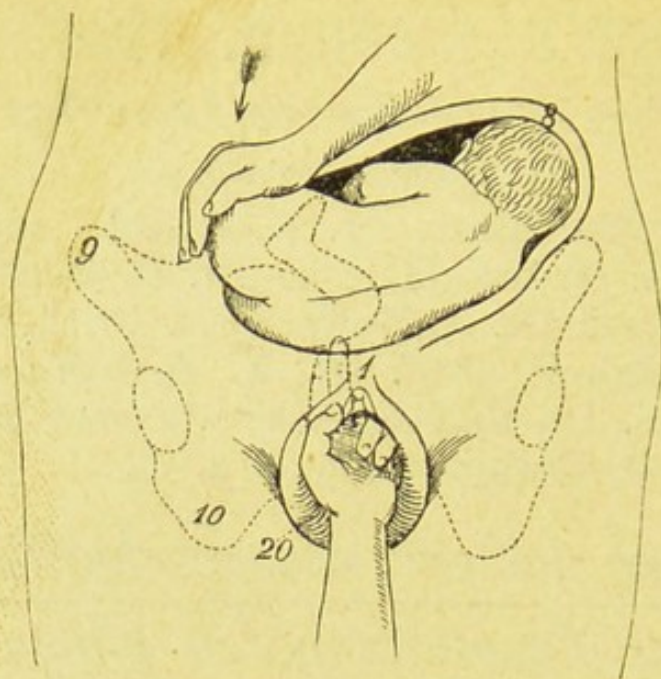
*Bücher von hohem wissenschaftlichen Werte,*  
*in bester Ausstattung, zu billigem Preise,*

*das waren die drei Hauptpunkte, welche die Verlagsbuchhandlung bei Herausgabe dieser Serie von Atlanten im Auge hatte. Der grosse Erfolg, die allgemeine Verbreitung (die Bände sind in neun verschiedene Sprachen übersetzt) und die ausserordentlich anerkennende Beurteilung seitens der ersten Autoritäten sprechen am besten dafür, dass es ihr gelungen ist, ihre Idee in der That durchzuführen, und in diesen praktisch so wertvollen Bänden hohen wissenschaftlichen Gehalt mit vollkommener bildlicher Darstellung verbunden zu haben.*

---

Von Lehmann's medicin. Handatlanten sind Uebersetzungen in czechischer, dänischer, englischer, französischer, holländischer, italienischer, rumänischer, russischer, schwedischer, spanischer und ungarischer Sprache erschienen.





## Lehmann's medicin. Hand-Atlanten

**I. Band:**

Atlas und Grundriss

der

**Lehre vom Geburtsakt**

und der operativen

**Geburtshilfe**

dargestellt in 126 Tafeln in Leporelloart

nebst kurzgefasstem Lehrbuche

von **Dr. O. Schäffer,**

Privatdocent an der Universität Heidelberg.

126 in zweifarbigem Druck ausgeführte Bilder.

Preis elegant gebunden Mk. 5.—.

IV. gänzlich umgearbeitete Auflage.

Die Wiener medicinische Wochenschrift schreibt:

— — Die kurzen Bemerkungen zu jedem Bilde geben im Verein mit demselben eine der anschaulichsten Darstellungen des Geburtsaktes, die wir in der Fachliteratur kennen.



**Band II:**

# Atlas u. Grundriss der Geburtshilfe.

II. Teil: Anatomischer Atlas der geburtshilflichen Diagnostik und Therapie. Mit 145 farbigen Abbildungen und 17 Bogen Text.

II. vollständig umgearbeitete Auflage.

Von Dr. O. Schäffer, Privatdozent an der Universität Heidelberg.

Preis eleg. gebd. M. 10.—.

Der Band enthält: Die Darstellung eines jeden normalen und pathologischen Vorganges der Schwangerschaft und der Geburt, und zwar ausschliesslich Originalien und Zeichnungen nach anatomischen Präparaten.

Der beschreibende Text ist so gehalten, dass er dem studierenden **Anfänger** zunächst eine knappe, aber umfassende Uebersicht über das gesamte Gebiet der Geburtshilfe gibt und zwar ist diese Uebersicht dadurch sehr erleichtert, dass die Anatomie zuerst eingehend dargestellt ist, aber unmittelbar an jedes Organ, jeden Organteil, alle Veränderungen in Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett angeschlossen, und so auf die klinischen Beobachtungen, auf Diagnose, Prognose, Therapie eingegangen wurde. Stets wird ein Vorgang aus dem andern entwickelt! Hierdurch und durch zahlreiche eingestreute vergleichende und Zahlen-Tabellen wird die mnemotechnische Uebersicht sehr erleichtert.

Für **Examinanden** ist das Buch deshalb brauchbar, weil auf Vollständigkeit ohne jeden Ballast eine ganz besondere Rücksicht verwandt wurde. Für **Aerzte** weil die gesamte praktische Diagnostik und Therapie mit besonderer Berücksichtigung der Uebersichtlichkeit gegeben wurde, unter Hervorhebung der anatomischen Indicationsstellung; Abbildungen mehrerer anatomischer Präparate sind mit Rücksicht auf forense Benützung gegeben. Ausserdem enthält das Buch Kapitel über geburtshilfliche Receptur, Instrumentarium und Antiseptik.

Die einschlägige normale und pathologische Anatomie ist in einer Gruppe zusammengestellt einschliesslich der Pathologie der Becken, die Mikroskopie ist **erschöpfend** nach dem heutigen wissenschaftlichen Standpunkte ausgearbeitet.

Jede anatomische Beschreibung ist unmittelbar gefolgt durch die daran anschliessenden und daraus resultierenden physiologischen und klinischen Vorgänge. Der Band enthält somit nicht nur einen ausserordentlich reichhaltigen Atlas, sondern auch ein vollständiges Lehrbuch der Geburtshilfe.

## Urteil der Presse.

**Münchener medicinische Wochenschrift 1894 Nr. 10.** Ein Atlas von ganz hervorragender Schönheit der Bilder zu einem überraschend niedrigen Preise. Auswahl und Ausführung der meisten Abbildungen ist gleich anerkennenswert, einzelne derselben sind geradezu mustergiltig schön. Man vergleiche z. B. mit diesem Atlas den bekannten von Auvard; ja selbst gegen frühere Publikationen des Lehmann'schen Verlags medicinischer Atlanten bedeutet das vorliegende Buch einen weiteren Fortschritt in der Wiedergabe farbiger Tafeln. Verfasser, Zeichner und Verleger haben sich um diesen Atlas in gleicher Weise verdient gemacht — und ein guter Atlas zu sein, ist ja die Hauptaufgabe des Buches.

Der Text bietet mehr, als der Titel verspricht: er enthält — abgesehen von den geburtshilflichen Operationen — ein vollständiges Compendium der Geburtshilfe. Damit ist dem Praktiker und dem Studierenden Rechnung getragen, welche in dem Buche neben einem Bilderatlas auch das finden, was einer Wiedergabe durch Zeichnungen nicht bedarf.

Das Werkchen wird wohl mehrere Auflagen erleben. Als Atlas betrachtet, dürfte das Buch an Schönheit und Brauchbarkeit alles übertreffen, was an Taschen-Atlanten überhaupt und zu so niedrigem Preise im besonderen geschaffen wurde.

Gustav Klein-München.



## Lehmann's medicin. Hand-Atlanten

### Band III:

# Handatlas u. Grundriss der Gynäkologie.

In 64 farbigen Tafeln mit erklärendem Text.

Von Dr. O. Schäffer, Privatdozent an der Universität Heidelberg.

Preis eleg. geb. M. 10.—.

Der Text zu diesem Atlas schliesst sich ganz an Band I u. II an und bietet ein vollständiges Compendium der Gynäkologie.

### Urteile der Presse:

*Medicinisch-chirurg. Central-Blatt 1893 Nr. 35:* Der vorliegende Band der von uns schon wiederholt rühmlich besprochenen Lehmann'schen medicinischen Atlanten bringt eine Darstellung des gesamten Gebietes der Gynaekologie. Die trefflich ausgeführten Abbildungen bringen Darstellungen von klinischen Fällen und anatomischen Präparaten, wobei besonders hervorzuheben ist, dass jeder einzelne Gegenstand von möglichst vielen Seiten, also aetiologisch, in der Entwicklung, im secundären Einfluss, im Weiterschreiten und im Endstadium oder der Heilung dargestellt ist, und dass die Abbildungen von Präparaten wieder durch schematische und halbschematische Zeichnungen erläutert sind. Der Text zerfällt in einen fortlaufenden Teil, der von rein praktischen Gesichtspunkten bearbeitet ist und in die Erklärung der Tafeln, welche die theoretischen Ergänzungen enthält. Ausführliche Darlegungen über den Gebrauch der Sonde, der Pessarien werden vielen Praktikern willkommen sein. Eingehende Berücksichtigung der Differentialdiagnose, sowie Zusammenstellung der in der Gynaekologie gebräuchlichen Arzneimittel, sowie deren Anwendungsweisen erhöhen die praktische Brauchbarkeit des Buches.

*Therapeutische Monatshefte:* Der vorliegende Band reiht sich den Atlanten der Geburtshilfe desselben Autors ebenbürtig an. Er entspricht sowohl den Bedürfnissen des Studierenden wie denen des Praktikers. Der Schwerpunkt des Werkes liegt in den Abbildungen. In den meisten Fällen sind diese direkt nach der Natur oder nach anatomischen Präparaten angefertigt. Manche Zeichnungen sind der bessern Uebersicht wegen mehr schematisch gehalten. Auch die einschlägigen Kapitel aus der Hystologie (Tumoren, Endometritisformen etc.) sind durch gute Abbildungen vertreten. Besonders gelungen erscheinen uns die verschiedenen Spiegelbilder der Portio. Jeder Tafel ist ein kurzer begleitender Text beigegeben. Der 2. Teil des Werkes enthält in gedrängter Kürze die praktisch wichtigen Grundzüge der Gynaekologie; übersichtlich sind bei jedem einzelnen Krankheitsbilde die Symptome, die differentiell-diagnostisch wichtigen Punkte u. s. w. zusammengestellt.

*Feis (Frankfurt a. M.).*



Verlag von J. F. LEHMANN in MÜNCHEN.

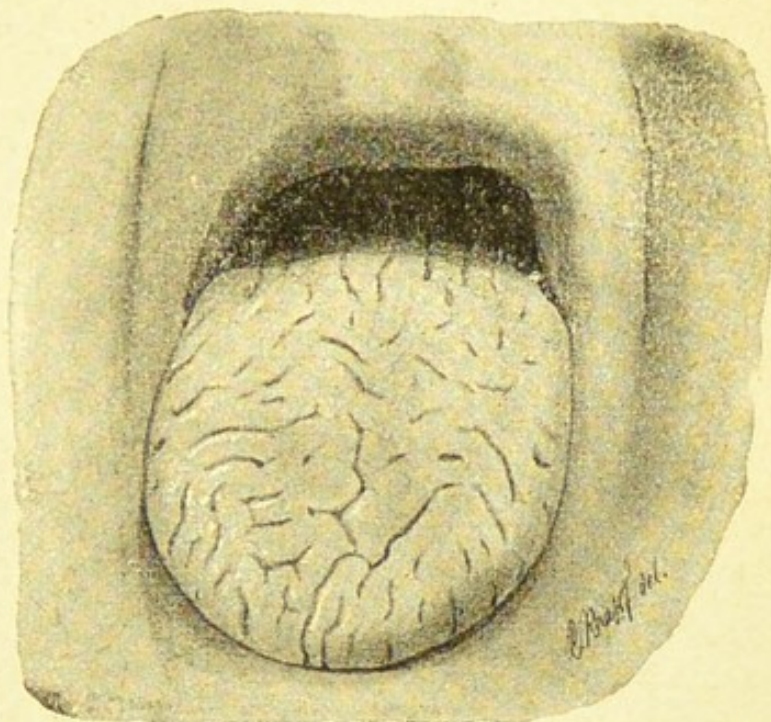
# Lehmann's medic. Hand-Atlanten.

Band IV:

## Atlas der Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase.

In 69 meist  
farbigen Bildern  
mit erklärendem  
Text von  
Dr. L. Grünwald.

Preis eleg. geb.  
M. 6.—.



Der Atlas beabsichtigt, eine Schule der semiotischen Diagnostik zu geben. Daher sind die Bilder derart bearbeitet, dass die einfache Schilderung der aus denselben ersichtlichen Befunde dem Beschauer die Möglichkeit einer Diagnose bieten soll. Dem entsprechend ist auch der Text nichts weiter, als die Verzeichnung dieser Befunde, ergänzt, wo notwendig, durch anamnestiche u. s. w. Daten. Wenn demnach die Bilder dem Praktiker bei der Diagnosenstellung behilflich sein können, lehrt anderseits der Text den Anfänger, wie er einen Befund zu erheben und zu deuten hat.

Von den Krankheiten der Mund- und Rachenhöhle sind die praktisch wichtigen sämtlich dargestellt, wobei noch eine Anzahl seltenerer Krankheiten nicht vergessen sind. Die Bilder stellen möglichst Typen der betreffenden Krankheiten im Anschluss an einzelne beobachtete Fälle dar.

*Münchener medicin. Wochenschrift 1894, Nr. 7.* G. hat von der Lehmann'schen Verlagsbuchhandlung den Auftrag übernommen, einen Handatlas der Mund-, Rachen- und Nasen-Krankheiten herzustellen, welcher in knappester Form das für den Studirenden Wissenswerteste zur Darstellung bringen soll. Wie das vorliegende Büchelchen beweist, ist ihm dies in anerkennenswerter Weise gelungen. Die meist farbigen Bilder sind naturgetreu ausgeführt und geben dem Beschauer einen guten Begriff von den bezüglichen Erkrankungen. Für das richtige Verständnis sorgt eine jedem Falle beigefügte kurze Beschreibung. Mit der Auswahl der Bilder muss man sich durchaus einverstanden erklären, wenn man bedenkt, welche engen Grenzen dem Verfasser gesteckt waren. Die Farbe der Abbildungen lässt bei manchen die Beleuchtung mit Sonnenlicht oder wenigstens einem weissen künstlichen Lichte vermuten, was besser besonders erwähnt worden wäre.

Der kleine Atlas verdient den Studirenden angelegentlichst empfohlen zu werden, zumal der Preis mässig ist. Er wird es ihnen erleichtern, die in Cursen und Polikliniken beim Lebenden gesehenen Bilder dauernd festzubalten.

Killian-Freiburg.



Verlag von J. F. LEHMANN in MÜNCHEN.

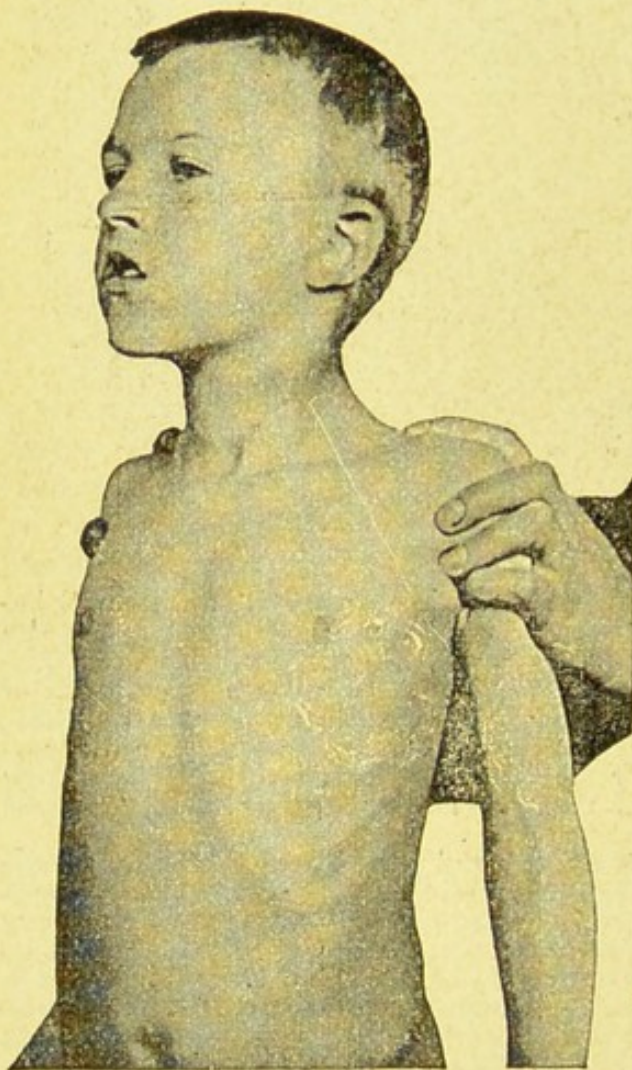
**Lehmann's med. Handatlanten.  
Band VIII.**

# Atlas und Grundriss der traumatischen Frakturen und Luxationen

mit 200 farbigen und 200 schwarzen Abbildungen nach  
Originalzeichnungen von Maler Bruno Keilitz  
von Professor Dr. H. Helferich in Greifswald.

Preis eleg. geb. Mk. 12.—

**Vierte vollständig umgearbeitete Auflage.**



Auf 68 farbigen Tafeln werden sämtliche Frakturen und Luxationen, die für den Studierenden und Arzt von praktischer Bedeutung sind, in mustergiltiger Weise zur Darstellung gebracht. Jeder Tafel steht ein erklärender Text gegenüber, aus dem alles Nähere über die anat. Verhältnisse, Diagnose und Therapie ersichtlich ist.

Ausserdem enthält der Band ein vollständiges Compendium der Lehre von den traum. Frakturen und Luxationen. Wie bei den Bildern, so ist auch im Texte das Hauptgewicht auf die Schilderung des praktisch Wichtigen gelegt, während Seltenheiten nur ganz kurz behandelt werden.

Zur Vorbereitung für das Examen ist das Buch vorzüglich geeignet. Der Preis ist in Anbetracht der prächtigen, in Farbendruck ausgeführten Bilder ein ganz aussergewöhnlich niedriger.

**Professor Dr. Klaussnerschreibt:**  
„Die Auswahl der Abbildungen ist eine vortreffliche, ihre Wiedergabe eine ausgezeichnete. Neben dem Bilde, wie es der Lebende nach der Verletzung bietet, finden sich die betreffenden Knochen- oder Gelenkpräparate, sowie eine besonders lehrreiche Darstellung der wichtigsten, jeweils zu berücksichtigen topographisch-anatomischen Verhältnisse.“

sichtigen topographisch-anatomischen Verhältnisse.

Im Texte sind die häufiger vorkommenden, den Arzt besonders interessierenden Knochenbrüche und Verrenkungen in ihrer diagnostischen und auch therapeutischen Beziehung eingehender, seltenere Formen kürzer erörtert. Die Absicht des Verfassers, „den Studierenden die Einführung in das wichtige Gebiet der Lehre von den Frakturen und Luxationen zu erleichtern und Aerzten in der Praxis ein brauchbarer Ratgeber zu sein“, ist als vorzüglich gelungen zu bezeichnen.

Der Verleger liess es sich angelegen sein, das Beste zu liefern; das Kolorit der Tafeln ist schön, der Druck übersichtlich, die Ausstattung hübsch, der Preis ein mässiger.

Referent zweifelt nicht, dass der Wunsch des Verfassers, es möge das Buch einigen Nutzen stiften, sich vollauf erfüllen wird.“



Verlag von J. F. LEHMANN in MÜNCHEN.

# Lehmann's medic. Handatlas.

Band IX:

## ATLAS

### des gesunden u. kranken Nervensystems

nebst Grundriss der Anatomie, Pathologie und Therapie desselben

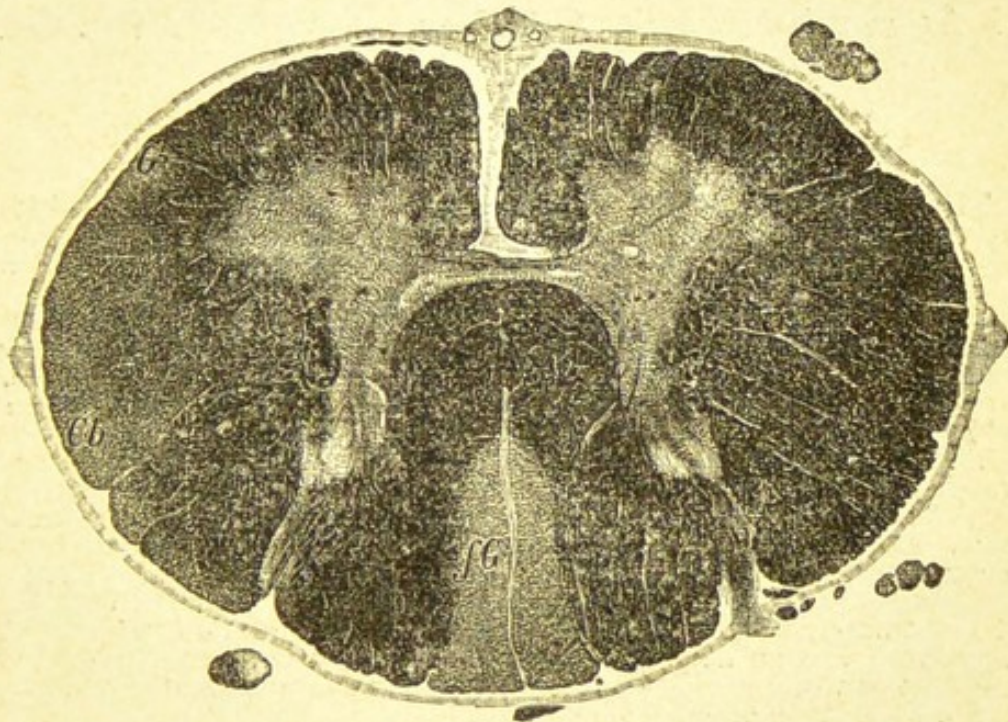
von

**Dr. Christfried Jakob,**

prakt. Arzt in Bamberg, s. Z. I. Assistent der medicin. Klinik in Erlangen.  
Mit einer Vorrede von *Prof. Dr. Ad. v. Strümpell*, Direktor der medicin.  
Klinik in Erlangen.

*Mit 105 farbigen und 120 schwarzen Abbildungen sowie 284 Seiten  
Text und zahlreichen Textillustrationen.*

Preis eleg. geb. Mk. 10.—



**Prof. Dr. Ad. von Strümpell** schreibt in seiner Vorrede zu dem vorliegenden Bande: Jeder unbefangene Beurteiler wird, wie ich glaube, gleich mir den Eindruck gewinnen, dass die Abbildungen Alles leisten, was man von ihnen erwarten darf. Sie geben die thatsächlichen Verhältnisse in deutlicher und anschaulicher Weise wieder und berücksichtigen in grosser Vollkommenheit fast alle die zahlreichen und wichtigen Ergebnisse, zu denen das Studium des Nervensystems in den letzten Jahrzehnten geführt hat. Dem Studierenden sowie dem mit diesem Zweige der medicinischen Wissenschaft noch nicht näher vertrauten praktischen Arzt, ist somit die Gelegenheit geboten, sich mit Hilfe des vorliegenden Atlases verhältnismässig leicht ein klares Bild von dem jetzigen Standpunkte der gesamten Neurologie zu machen.

### Wandtafeln für den neurologischen Unterricht.

Herausgegeben von

**Prof. Dr. Ad. v. Strümpell**

in Erlangen

und

**Dr. Chr. Jakob**

in Bamberg.

13 Tafeln im Format von 80 cm zu 100 cm.

Preis in Mappe **Mk. 50.—**. Auf Leinwand aufgezogen **Mk. 70.—**.

Der Text in den Bildern ist lateinisch.



# Lehmann's medicin. Handatlanten.

Band X.

## Atlas und Grundriss der Bakteriologie und Lehrbuch der speciellen bakteriolog. Diagnostik.

Von

Prof. Dr. K. B. Lehmann und Dr. R. Neumann  
in Würzburg.

Bd. I Atlas mit 558 farb. Abbildungen auf 63 Tafeln, Bd. II  
Text 450 Seiten mit 70 Bildern.

Preis der 2 Bände eleg. geb. Mk. 15.—

**Münch. medic. Wochenschrift 1896 Nr. 23.** Sämtliche Tafeln sind mit ausserordentlicher Sorgfalt und so naturgetreu ausgeführt, dass sie ein glänzendes Zeugnis von der feinen Beobachtungsgabe sowohl, als auch von der künstlerisch geschulten Hand des Autors ablegen.

Bei der Vorzüglichkeit der Ausführung und der Reichhaltigkeit der abgebildeten Arten ist der Atlas ein wertvolles Hilfsmittel für die Diagnostik, namentlich für das Arbeiten im bakteriologischen Laboratorium, indem es auch dem Anfänger leicht gelingen wird, nach demselben die verschiedenen Arten zu bestimmen. Von besonderem Interesse sind in dem 1. Teil die Kapitel über die Systematik und die Abgrenzung der Arten der Spaltpilze. Die vom Verfasser hier entwickelten Anschauungen über die Variabilität und den Artbegriff der Spaltpilze mögen freilich bei solchen, welche an ein starres, schablonenhaftes System sich weniger auf Grund eigener objektiver Forschung, als vielmehr durch eine auf der Zeitströmung und unerschütterlichem Autoritätsglauben begründete Voreingenommenheit gewöhnt haben, schweres Bedenken erregen. Allein die Lehmann'schen Anschauungen entsprechen vollkommen der Wirklichkeit und es werden dieselben gewiss die Anerkennung aller vorurteilslosen Forscher finden. —

So bildet der Lehmann'sche Atlas nicht allein ein vorzügliches Hilfsmittel für die bakteriologische Diagnostik, sondern zugleich einen bedeutsamen Fortschritt in der Systematik und in der Erkenntnis des Artbegriffes bei den Bakterien.

Prof. Dr. Hauser.

**Allg. Wiener medicin. Zeitung 1896 Nr. 28.** Der Atlas kann als ein sehr sicherer Wegweiser bei dem Studium der Bakteriologie bezeichnet werden. Aus der Darstellungsweise Lehmann's leuchtet überall gewissenhafte Forschung, leitender Blick und volle Klarheit hervor.

**Pharmazeut. Zeitung 1896 S. 471/72.** Fast durchweg in Originalfiguren zeigt uns der Atlas die prachtvoll gelungenen Bilder aller für den Menschen pathogenen, der meisten tierpathogenen und sehr vieler indifferenten Spaltpilze in verschiedenen Entwicklungsstufen.

Trotz der Vorzüglichkeit des „Atlas“ ist der „Textband“ die eigentliche wissenschaftliche That.

Für die Bakteriologie hat das neue Werk eine neue, im Ganzen auf botanische Prinzipien beruhende Nomenklatur geschaffen und diese muss und wird angenommen werden.

C. Mez - Breslau.



## Lehmann's medic. Hand-Atlanten.

Band XI/XII:

### Atlas u. Grundriss der patholog. Anatomie.

In 120 farbigen Tafeln nach Originalen von Maler A. Schmitson.

Preis jeden Bandes eleg. geb. Mk. 12.—

Von Obermedicinalrat Professor **Dr. O. Bollinger.**

Prof. Bollinger hat es unternommen, auf 120 durchwegs nach Original-Präparaten des pathologischen Institutes in München aufgenommenen Abbildungen einen Atlas der pathologischen Anatomie zu schaffen und diesem durch Beigabe eines concisen, aber umfassenden Grundrisses dieser Wissenschaft, auch die Vorzüge eines Lehrbuches zu verbinden.

Von dem glücklichen Grundsatz ausgehend, unter Weglassung aller Raritäten, nur das dem Studierenden wie dem Arzte wirklich Wichtige, das aber auch in erschöpfender Form zu behandeln, wurde hier ein Buch geschaffen, das wohl mit Recht zu den praktischsten und schönsten Werken unter den modernen Lehrmitteln der medizinischen Disziplinen zählt. Es ist ein Buch, das aus der Sectionspraxis hervorgegangen und daher wie kein anderes geeignet ist, dem secierenden Arzte und Studenten Stütze resp. Lehrer bei der diagnostischen Section zu sein.

Die farbigen Abbildungen auf den 120 Tafeln sind in 15 fachem Farbendruck nach Originalaquarellen des Malers A. Schmitson hergestellt und können in Bezug auf Naturwahrheit und Schönheit sich dem besten auf diesem Gebiete geleisteten ebenbürtig an die Seite stellen. Auch die zahlreichen Textillustrationen sind von hervorragender Schönheit. Der Preis ist im Verhältnis zum Gebotenen sehr gering.

**Excerpta medica (1896. 12):** Das Werk birgt lauter Tafeln, die unsere Bewunderung erregen müssen. Die Farben sind so naturgetreu wiedergegeben, dass man fast vergisst, nur Bilder vor sich zu haben. Auch der Text dieses Buches steht, wie es sich bei dem Autor von selbst versteht, auf der Höhe der Wissenschaft, und ist höchst präcis und klar gehalten.

**Korrespondenzblatt f. Schweizer Aerzte 1895 24:** Die farbigen Tafeln des vorliegenden Werkes sind geradezu mustergiltig ausgeführt. Die komplizierte Technik, welche dabei zur Verwendung kam (15 facher Farbendruck nach Original-Aquarellen) lieferte überraschend schöne, naturgetreue Bilder, nicht nur in der Form, sondern eben namentlich in der Farbe, so dass man hier wirklich von einem Ersatz des natürlichen Präparates reden kann. Der praktische Arzt, welcher erfolgreich seinen Beruf ausüben soll, darf die pathol. Anatomie, „diese Grundlage des ärztl. Wissens und Handelns“ (Rokitansky) zeitlebens nie verlieren. — Der vorliegende Atlas wird ihm dabei ein ausgezeichnetes Hilfsmittel sein, dem sich zur Zeit, namentlich wenn man den geringen Preis berücksichtigt, nichts Aehnliches an die Seite stellen lässt. Die Mehrzahl der Tafeln sind reine Kunstwerke; der verbindende Text aus der bewährten Feder Prof. Bollinger's gibt einen zusammenhängenden Abriss der für den Arzt wichtigsten path.-anat. Prozesse. — Verfasser und Verleger ist zu diesem prächtigen Werke zu gratulieren.

E. Haffter

(Redacteur d. Korrr.-Bl. f. Schweizer Aerzte).



Verlag von J. F. LEHMANN in MÜNCHEN.

# Lehmann's medicinische Handatlanten.

**Band XIII.**

Atlas und Grundriss  
der

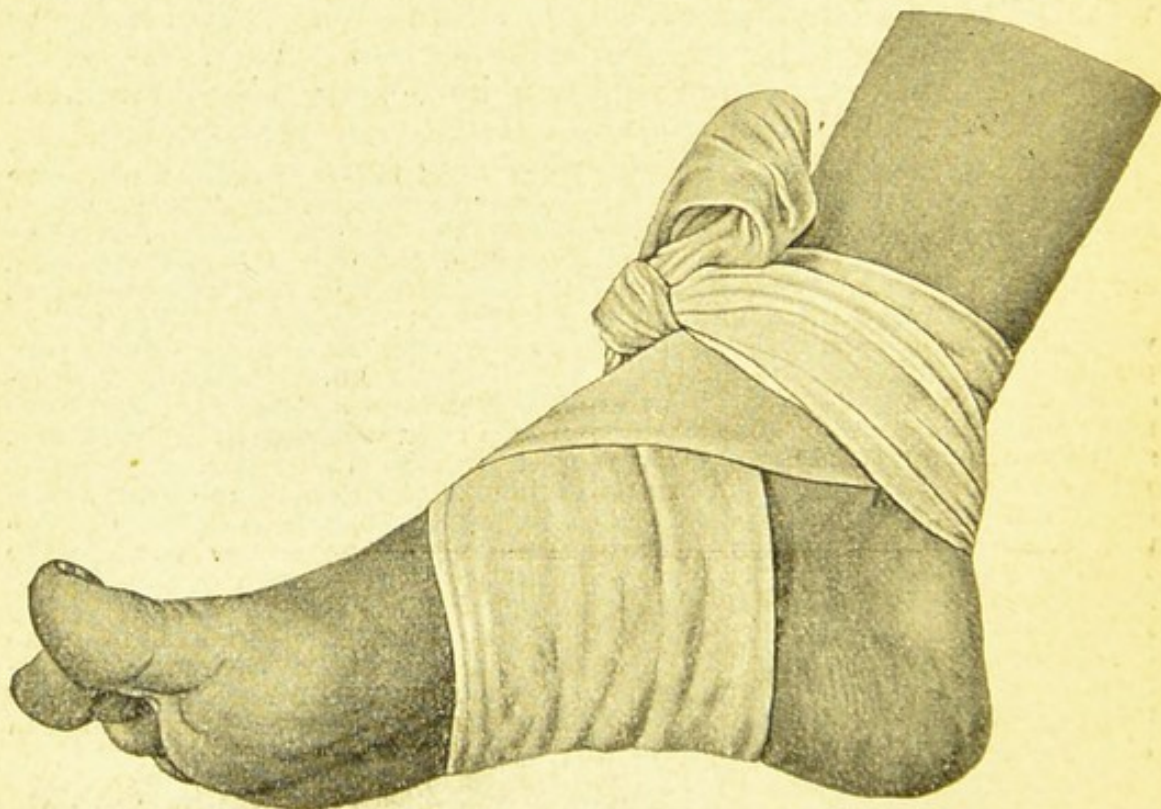
## Verbandlehre.

Mit 220 Abbildungen auf 128 Tafeln nach Originalzeichnungen  
von Maler Johann Fink  
von

**Professor Dr. A. Hoffa in Würzburg.**

8 Bogen Text. Preis elegant geb. Mk. 7.—.

Dieses Werk verbindet den höchsten praktischen Wert mit vornehmster, künstlerischer Ausstattung. Das grosse Ansehen des Autors allein bürgt schon dafür, dass dieses instruktive Buch, das die Bedürfnisse des Arztes, ebenso wie das für den Studierenden Nötige berücksichtigt, sich bald bei allen Interessenten Eingang verschafft haben wird. Die Abbildungen sind durchwegs nach Fällen aus der Würzburger Klinik des Autors in prächtigen Originalaquarellen durch Herrn Maler Fink wiedergegeben worden.

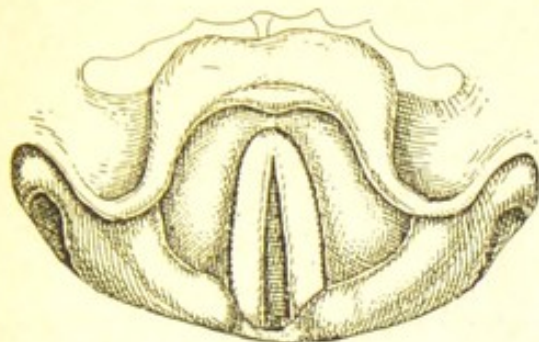




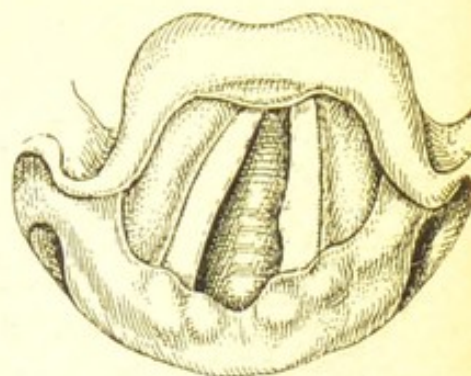
Verlag von J. F. LEHMANN in MÜNCHEN.

## Lehmann's medicin. Handatlanten.

Band XIV.



### Atlas und Grundriss



der

# Kehlkopfkrankheiten.

Mit 44 farbigen Tafeln und zahlreichen Textillustrationen  
nach Originalaquarellen des Malers Bruno Keilitz  
von

**Dr. Ludwig Grünwald in München.**

Preis elegant geb. Mk. 8.—.

Dem oft und gerade im Kreise der praktischen Aerzte und Studierenden geäußerten Bedürfnisse nach einem farbig illustrierten Lehrbuch der Kehlkopfkrankheiten, das in knapper Form das anschauliche Bild mit der im Text gegebenen Erläuterung verbindet, entspricht das vorliegende Werk des bekannten Münchener Laryngologen. Weit über hundert praktisch wertvolle Krankheitsfälle und 30 mikroskopische Präparate, nach Naturaufnahmen des Malers Bruno Keilitz, sind auf den 44 Volltafeln in hervorragender Weise wiedergegeben, und der Text, welcher sich in Form semiotischer Diagnose an diese Bilder anschliesst, gehört zu dem Instrukтивsten, was je über dieses Gebiet geschrieben wurde.





# Lehmann's medic. Handatlanten.

Band XV.

## ATLAS

der

Klinischen

## Untersuchungsmethoden

nebst

## Grundriss der klinischen Diagnostik

und der

## speziellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten

von

Dr. Christfr. Jakob,

s. Z. I. Assistent der medicinischen Klinik in Erlangen.

*Mit 182 farbigen Abbildungen auf 68 Tafeln und 250 Seiten  
Text mit 64 Textabbildungen.*

**Preis eleg. geb. 10 Mark.**

Während alle anderen Atlanten sich meist nur an Spezialisten wandten, bietet dieser Band für **jeden praktischen Arzt und für jeden Studenten** ein geradezu unentbehrliches Vademecum.

Neben einem vorzüglichen Atlas der klinischen Mikroskopie sind in dem Bande die **Untersuchungsbefunde aller inneren Krankheiten** in instruktivster Weise in 50 vielfarbigen schematischen Bildern zur Darstellung gebracht. Nach dem Urteil eines der hervorragendsten Kliniker ist das Werk für den Studierenden ein Lehrmittel von unschätzbarem Werte, für den praktischen Arzt ein Repetitorium, in dem er sich sofort orientieren kann und das ihm in der täglichen Praxis vorzügliche Dienste leistet.

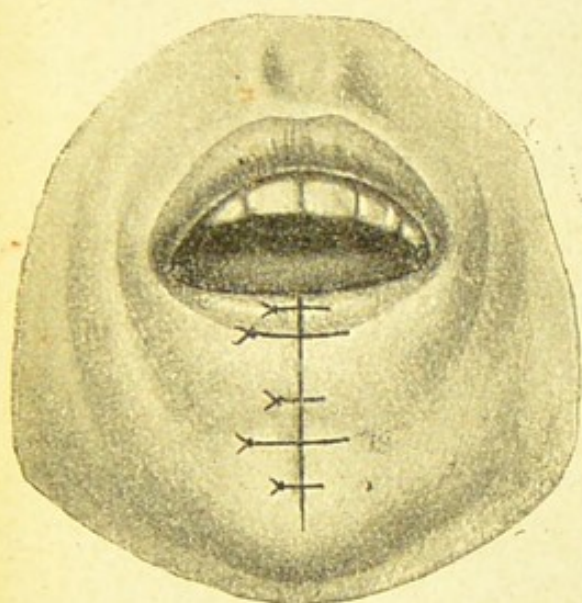


Verlag von J. F. LEHMANN in MÜNCHEN.

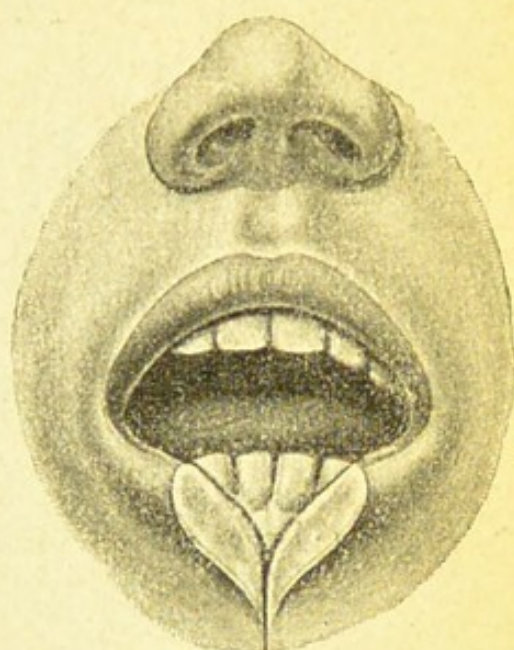
# *Lehmann's medicinische Handatlanten.*

**Band XVI.**

## Atlas und Grundriss



*der*



## *chirurgischen* **Operationslehre**

von

**Dr. Otto Zuckerkandl**

Privatdozent an der Universität Wi

24 farbige Tafeln nach Originalaquarellen des Malers  
BRUNO KEILITZ.

217 schwarze Abbildungen meist auf Tafeln. 27 Bog. Text.

Preis eleg. geb. M. 10.—

*Dieses hervorragend instruktive Werk des bekannten Wiener Chirurgen schliesst sich würdig an Professor Helferich's Atlas der Frakturen und Professor Hoffa's Verbandlehre an und hat sich gleich diesen Bänden aus den medicinischen Handatlanten in kürzester Zeit nicht nur bei den Studierenden als unentbehrliches Lehrbuch, sondern auch bei den praktischen Aerzten als hochgeschätztes Nachschlagewerk eingebürgert.*



# Lehmann's medic. Handatlanten.

**Band XVII.**

## ATLAS

der

# gerichtlichen Medicin

nach Originalen von Maler A. Schmitson

mit erläuterndem Text

von

**Hofrat Professor Dr. E. Ritter von Hofmann,**

Direktor des gerichtlich medicin. Instituts in Wien.

**Mit 56 farbigen Tafeln und 193 schwarzen Abbildungen.**

Preis eleg. geb. M. 15.—.

Zum ersten Male wird hier **Medizinern** und **Juristen** ein Werk geboten, das durch seinen ausserordentlichen Bilder-Reichtum und die mustergiltige Ausführung der farbigen Tafeln eine vorzügliche Einführung in die gerichtliche Medizin bietet. Dabei ist der **Preis von 15 Mark** im Vergleich zu dem Gebotenen ganz erstaunlich billig, wenn man bedenkt, dass der Atlas von Lesser, der weniger und kaum so gut ausgeführte Tafeln enthält, M. 180.— kostet. Der Hofmann'sche Atlas bildet eine Ergänzung zu sämtlichen Lehrbüchern der gerichtlichen Medizin. Für **Gerichtsärzte, Physici, Staatsanwälte, Untersuchungsrichter** etc. ist das Werk **unentbehrlich**, aber auch jedem Arzte und jedem Juristen bietet es eine Fülle von Anregungen und dem Studierenden erleichtert es das Verständnis und das Eindringen in die schwierige Disziplin ganz ungemein.

**Das Amtsblatt des k. Staatsministerium des Innern** vom 23. XI. 1897 sagt in seinem Erlasse an sämtliche k. Regierungen, Kammern des Innern und amtliche Aerzte:

Nach dem Gutachten des k. Obermedizinal-Ausschusses bildet der vorliegende Atlas eine Ergänzung des vortrefflichen Lehrbuches des Verfassers, der auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin unbestritten die erste Autorität in deutschen Landen war.

Die technische Wiedergabe der dargestellten Veränderungen ist eine vorzügliche und die von Künstlerhand ausgeführten farbigen Tafeln verdienen namentlich alles Lob.

Es ist hienach Anlass gegeben, auf den bezeichneten Atlas in den einschlägigen Kreisen aufmerksam zu machen und ihn zur Anschaffung zu empfehlen.

MÜNCHEN, den 13. November 1897.

*Frhr. v. Feilitzsch.*



Lehmann's medicin. Handatlanten.

Band XVIII.

# Atlas und Grundriss

der

## äusseren Erkrankungen des Auges.

Von

**Prof. Dr. O. Haab,**  
Direktor d. Augen-  
klinik in Zürich.

Mit 67 farb. Abbil-  
dungen auf 40 Taf.,  
zahlreichen Text-  
illustrationen und  
16. Bogen Text.

Preis eleg. geb.  
**M. 10.—.**

Dieses neue Werk des rühmlichst bekannten Züricher Ophthalmologen ist wie wenige geeignet, ein wahres Handbuch in der Bücherei eines jeden praktischen Arztes zu werden. Der gleiche, so hervorragend lehrhafte Vortrag, wie er in der Ophthalmoscopie (Atlas, Bd. VII) desselben Autors bewundert wurde, und diesem Werke zu einem ausserordentlichen Erfolge verhalf, ist auch eine glänzende Eigenschaft dieses neuen Buches. Die oft so komplizierten Verhältnisse der Erkrankungen des äusseren Auges sind wohl nie noch klarer und fasslicher veranschaulicht worden, als in dem vorliegenden Werke, in welchem die bildliche mit der verbalen Darstellung sich in schönster Weise ergänzen.

Der Preis des Buches ist mit Hinblick auf das Gebotene ein auffallend niedriger.





Verlag von J. F. LEHMANN in MÜNCHEN.

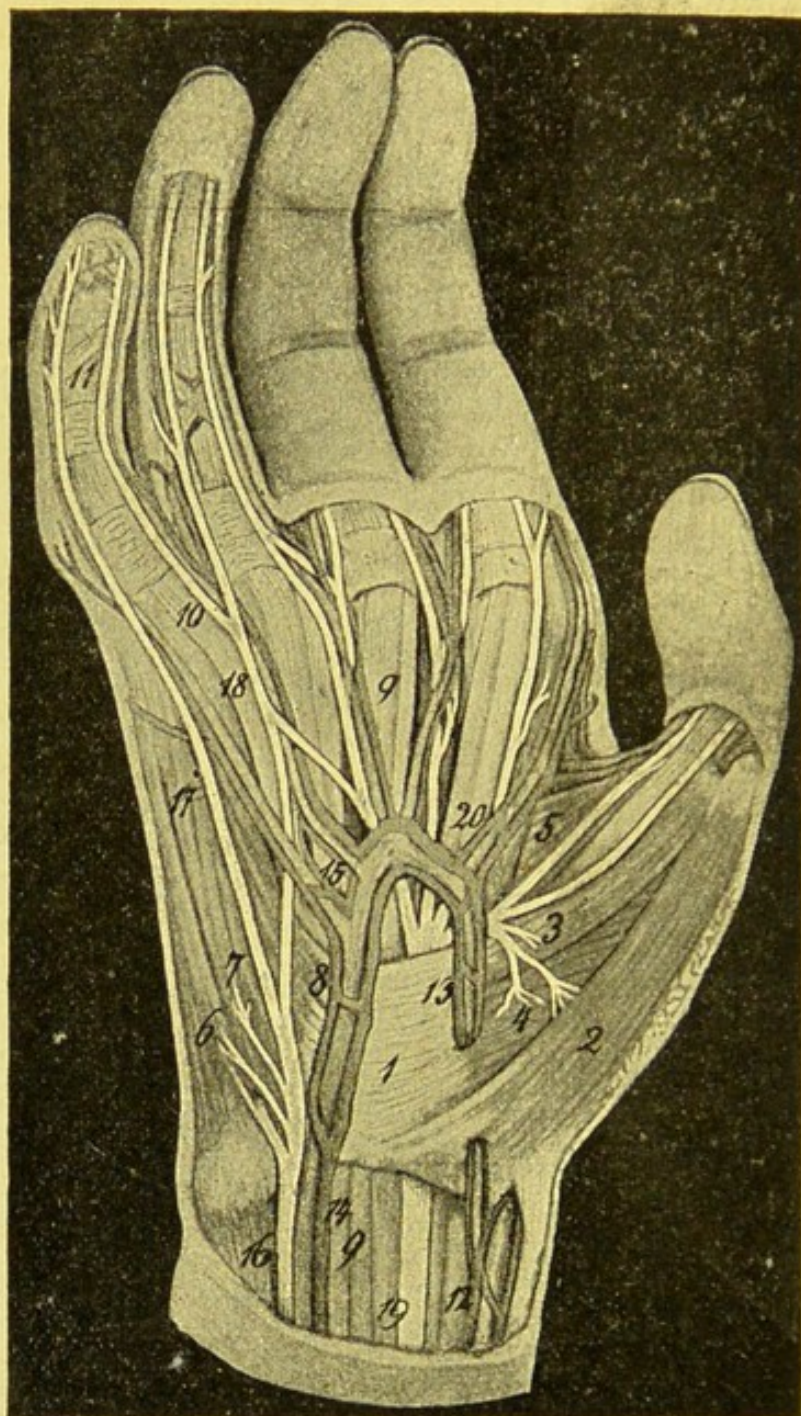
## Cursus der topographischen Anatomie

von Dr. N. Rüdinger, o. ö. Professor an der Universität München.

Dritte stark vermehrte Auflage.

Mit 85 zum Teil in Farben ausgeführten Abbildungen.

Preis broschiert Mk. 9.—, gebunden Mk. 10.—.



*Das Original ist in 3 Farben ausgeführt.*

**Allg. medic. Centralzeitung:** Der Verfasser des vorliegenden Buches hat einem wirklichen Bedürfnis abgeholfen, indem er den Studierenden und Aerzten ein aus der Praxis des Unterrichts hervorgegangenes Werk darbietet, das in verhältnismässig kurzem Raum alles Wesentliche klar und anschaulich zusammenfasst. Einen besonderen Schmuck des Buches bilden die zahlreichen, in moderner Manier und zum Teil farbig ausgeführten Abbildungen. Wir können das Werk allen Interessenten nicht dringend genug empfehlen.



## Geburtshülffliche Taschen-Phantome.

Von Dr. K. Shibata.

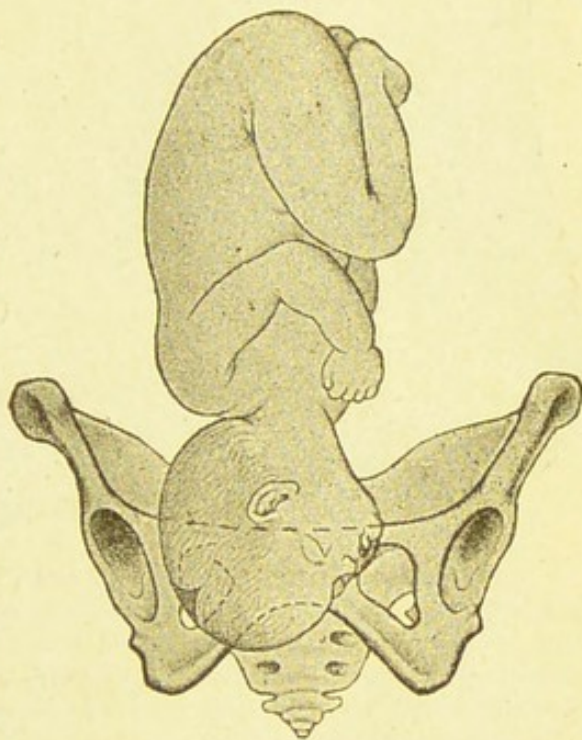
Mit einer Vorrede von Professor Dr. Frz. v. Winckel.

16 Seiten Text. Mit 8 Text-Illustrationen, zwei in allen Gelenken beweglichen Früchten und einem Becken.

Dritte, vielfach vermehrte Auflage. Preis elegant geb. M. 3.—

Das **Correspondenzblatt**  
f. Schweizer Aerzte schreibt:

Meggendorfer's bewegliche Bilderbücher im Dienste der Wissenschaft. Der kleine Geburtshelfer in der Westentasche. Letzteres gilt buchstäblich, denn das niedliche Büchelchen lässt sich in jedem Rockwinkel unterbringen. Es enthält ausser 8 Textillustrationen Phantome aus starkem Papier, nämlich ein dem Einband-Carton aufgeleimtes Becken und zwei Früchte mit beweglichem Kopf und Extremitäten. Diese Früchte lassen sich in das Becken einschieben und daraus entwickeln; die eine, von der Seite gesehene, dient zur Demonstration der Grad-, die andere, von vorne gesehen, zu derjenigen der Schiefelage.



Da auf der Rumpf durch ein Charnier beweglich gemacht ist, lassen sich die Einknickungen desselben bei Gesichts-, Stirn- und Vorderscheitelstellungen, sowie bei den Schief lagen naturgetreu nachahmen. Die Peripherien des Kopfes, welche bei den verschiedenen Lagen des letzteren als grösste das Becken passieren, sind am Phantom durch Linien bezeichnet, auf welchen die Grösse des betreffenden Umfanges notiert ist.

Mit diesem kleinen und leicht bei sich zu tragenden Taschenphantom kann sich Derjenige, welcher eine solche Nachhilfe wünscht, jederzeit äusserst leicht Klarheit über die Verhältnisse der Kindes- teile zu den mütterlichen Sexualwegen verschaffen — die erste Bedingung für richtige Prognose und Therapie.

*E. Haffter.*



# Die typischen Operationen und ihre Uebungen an der Leiche.

## Kompendium der chirurgischen Operationslehre.

Fünfte erweiterte Auflage

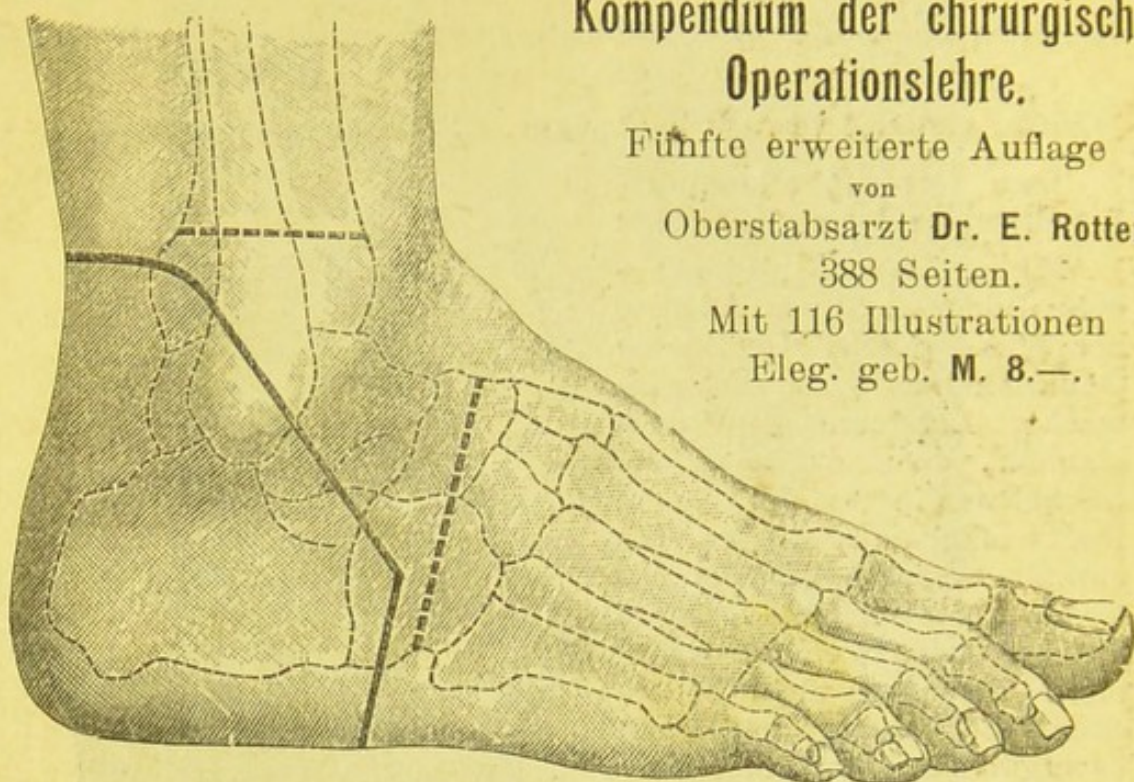
von

Oberstabsarzt Dr. E. Rotter.

388 Seiten.

Mit 116 Illustrationen

Eleg. geb. M. 8.—.



Die **Münchener medic. Wochenschrift** schreibt: Nachdem erst vor relativ kurzer Zeit die 3. Auflage des Rotter'schen Buches hier besprochen wurde, liegt — der beste Beweis für die allgemeine Anerkennung der Vorzüge des Werkes — schon die 4. Auflage vor. Die klare Anordnung des Stoffes, die kurze präzise Darstellung der verschiedenen Operationen, die sich sowohl von einer zu cursorischen Behandlung, als einem zu detaillierten, in Kleinigkeiten sich verlierenden Ausführen ferne hält, neben der topographischen Anatomie, den speciell bei dem Eingriff zu berücksichtigenden Momenten, doch genügend auf Modificationen, Indication, statistische Verhältnisse eingeht, und dadurch die Lektüre zu einer wesentlich interessanteren macht, lässt, (wie die Aufnahme zeigt) das Werk nicht nur für den studierenden, an der Leiche übenden Arzt, sondern auch für den praktisch thätigen Collegen, speciell den Feldarzt, ein treffliches Hilfsbuch sein. Die klaren hübschen Holzschnitte in anschaulicher Grösse und reicher Zahl eingefügt, erhöhen die Brauchbarkeit des Büchleins wesentlich; ebenso wird die Anführung einer Reihe anscheinend kleinerer Momente, Verbesserungen etc., wie sie z. B. für den Feldgebrauch angegeben wurden sowie einer Reihe von Ratschlägen hierin kompetenter Autoritäten, speciell von Nussbaum's, von vielen sehr geschätzt werden.

Referent zweifelt nicht, dass das Werkchen, das die neuesten Operationen und operativen Modificationen völlig berücksichtigt und somit durchaus auf modernem Standpunkt steht, zu seinen bisherigen Freunden sich noch zahlreiche neue erwerben wird. Die hübsche Ausstattung macht das Buch auch äusserlich zu einem sehr handlichen. Ein ausführliches Autoren- und Sachregister ist nicht minder als Vorzug anzuerkennen.

Schreiber.



# Grundzüge der Hygiene

von **Dr. W. Prausnitz,**

Professor an der Universität Graz.

*Für Studierende an Universitäten und technischen Hochschulen,  
Aerzte, Architekten und Ingenieure.*

Vierte vermehrte und erweiterte Auflage.

Mit 523 Seiten Text und 211 Original-Abbildungen.

Preis broch. M. 7.—, geb. M. 8.—.

Das Vereinsblatt der pfälz. Aerzte schreibt: Dieses Lehrbuch der Hygiene ist in seiner kurz gefassten, aber präzisen Darstellung vorwiegend geeignet zu einer raschen Orientierung über das Gesamtgebiet dieser jungen Wissenschaft. Die flotte, übersichtliche Darstellungsweise, Kürze und Klarheit, verbunden mit selbständiger Verarbeitung und kritischer Würdigung der neueren Monographien und Arbeiten, Vermeidung alles unnötigen Ballastes sind Vorzüge, die gerade in den Kreisen der praktischen Aerzte und Studenten, denen es ja zur Vertiefung des Studiums der Hygiene meist an Zeit gebricht, hoch geschätzt werden.

## Fortschritte d. Medicin.

Der Autor hat es versucht, in dem vorliegenden Buche auf 523 Seiten in möglichster Kürze das gesamte Gebiet der wissenschaftlichen Hygiene so zur Darstellung zu bringen, dass diese für die Studierenden die Möglichkeit bietet, da in den hygienischen Vorlesungen und Cursen Vorgetragene daraus zu ergänzen und abzurunden. Das Buch soll also einem viel gefühlten und oft geäußerten Bedürfnisse nach einem kurzen Leitfaden der Hygiene gerecht werden.

*In der That hat Prausnitz das vorgesteckte Ziel in zufriedenstellender Weise erreicht. Die einzelnen Abschnitte des Buches sind alle mit gleicher Liebe behandelt, Feststehendes ist kurz und klar wiedergegeben, Controversen sind vorsichtig dargestellt und als solche gekennzeichnet; selbst die Untersuchungsmethoden sind kurz und mit Auswahl skizziert und das Ganze mit schematischen, schnell orientierenden Zeichnungen zweckmässig illustriert. Referent wäre vollkommen zufrieden, künftig konstatieren zu können, dass die von ihm examinirten Studierenden der Medicin den Inhalt des Buches aufgenommen — und auch verdaut haben.*

Halle a. S.

Renk.

