



Ein Beitrag zur Casuistik
der
Dermatitis herpetiformis (Duhring)
s. Hydroa (Unna)

s. Dermatite polymorphe douloureuse chronique à poussées
successives (Brocq).

Inaugural - Dissertation
der medizinischen Fakultät zu Jena
zur
Erlangung der Doctorwürde

vorgelegt
von

Georg Möller
aus Rudolstadt.



Jena,
G. Neuenhahn Universitäts-Buchdruckerei.
1892.

Genehmigt von der medicinischen Fakultät zu Jena
auf Antrag des Herrn Professor Dr. Stintzing.

Jena, den 30. September 1892.

Prof. Gärtner,
d. Z. Decan der medic. Fakultät.

Während die Typen des Systems der Hauterkrankungen von Hebra dem älteren, dem um die Dermatologie so hochverdienten Forscher, im allgemeinen auch heute noch Geltung haben, sind besonders in den letzten beiden Jahrzehnten von den Dermatologen mehrere neue Krankheitsbilder aufgestellt worden, die sich nur gewaltsam in dem Rahmen des Hebra'schen Systems hätten unterbringen lassen. Darunter war wegen des über sie entbrannten Streites der Dermatologen und der weiteren durch sie herbeigeführten Forschungen, welche grössere Klarheit in einem grossen Gebiete der Dermatosen erstrebten und teilweise brachten, von hohem Interesse die Aufstellung der *Dermatitis herpetiformis* durch den amerikanischen Forscher Professor Duhring in Philadelphia. Derselbe hatte, durch einige von den bekannten Krankheitstypen abweichende Fälle stützig gemacht, diese selbst beobachteten sowie ähnliche aus der Literatur gesammelt und im Mai 1884 für sie jenen Namen eingeführt¹⁾. Als Charakteristik der neuen Krankheit gab er an: In mehr oder weniger deutlich von einander abgegrenzten Anfällen tritt unter heftigem Jucken ein Exanthem auf, welches in seiner Erscheinung eine ausserordentliche Polymorphie aufweist. Am häufigsten ist dasselbe herpesartig, d. h. es schiessen auf

1) New-York Medical Journal. 17. Mai 1884.

gerötetem Grunde gruppenweis zusammenstehende, heftig juckende Bläschen auf, welche die gewöhnlichen Entwicklungsphasen der Herpesblasen durchmachen; oft aber und zwar nicht nur bei ein und demselben Patienten, sondern nicht selten auch während ein und desselben Anfalles finden sich anstatt dieser Herpesbläschen oder neben diesen blos erythematöse Flecke oder stark juckende rote Knötchen, vereinzelte Bläschen, kleine Pusteln oder auch grosse pemphigusähnliche, mit serösem, später citrig werdenden Inhalte gefüllte Blasen. Je nach dem Vorwiegen einer dieser Morphen sind zu unterscheiden eine erythematöse, eine bullöse, eine pustulöse, und wenn keine Exanthemform besonders vorwiegt, eine multiforme Varietät. Die Eruptionen entwickeln sich binnen weniger Tage an den verschiedensten Stellen des Körpers; innerhalb 1—2 Wochen treten immer neue hinzu, dann tritt ein Nachlass ein, und die Affektion geht meist schnell zurück. An den erkrankten Stellen bleibt die Haut noch für Wochen und Monate dunkel pigmentiert. Solche Anfälle wiederholen sich in Pausen, die oft mehrere Monate, ja Jahre betragen; die neuen Exantheme befallen entweder neue Stellen am Körper oder entwickeln sich an den schon früher erkrankten. Auf diese Weise kann sich das Leiden über Jahre erstrecken, erlischt aber oft auch schon, ohne wiederzukehren, nach wenigen Monaten.

Ausser den selbst beobachteten Fällen rechnete Duhring zu seiner Krankheit die *Impetigo herpetiformis* von Hebra, den *Herpes gestationis* Miltons, *Herpes phlyctenoides* Giberts, *Herpes circinatus bullosus* nach Wilson, *Herpes Iris* nach Jarisch, ferner die meisten *Pemphigus*-arten, wie *Pemphigus circinatus* nach Rayer, *Pemphigus acutus pruriginosus* nach Chausit, *Pemphigus compositus* und *Herpes pemphigoides* nach Devergie, den *Pemphigus*

von Klein, den *Pemphigus pruriginosus* von Hardy und endlich alle als *Hydroa* und anderweitig beschriebenen Fälle. Jedenfalls war danach das beschriebene Krankheitsbild in seinen Sondermerkmalen schon früheren Forschern aufgefallen und nur von jedem mit einem besonderen Namen benannt worden. So hat Brocq später in seiner umfassenden Arbeit über die *Dermatitis herpetiformis* nachgewiesen, dass die Beschreibung der *Arthritides bullosae* von Bazin, der diese in zwei Gruppen: *Pemphigus arthriticus* und *Hydroa bullosa*, zerfallen lies, genau auf jene Krankheit passte, dass ferner die von Chaussit als *Herpes phlyctenoides*,¹⁾ von Rayer als *Pemphigus circinatus*,²⁾ von Racle jr. als *Pemphigus chronicus*,³⁾ von Devergie als *Herpes pemphigoides* oder *Pemphigus herpetiformis*⁴⁾ mitgeteilten Fälle von Duhring mit Recht für seine Gruppe in Anspruch genommen worden sind. Von ähnlichen Krankheitsbildern sprechen weiterhin schon Willan und Batemann, sowie Alibert und Fuchs.⁵⁾ Tilbury Fox⁶⁾ führt in seinem Buche der Hautkrankheiten drei völlig in den Rahmen der Duhring'schen *Dermatitis* passende Krankheitsbilder unter den Namen *Pemphigus pruriginosus* auf und später, als Duhring schon mit seinen Beobachtungen hervorgetreten war, beschrieben jener und sein Schüler Radcliffe

1) Chaussit, *Annales des maladies de la peau et de la syphilis*. Bd. IV Nr. 5. 1852.

2) Rayer, *Traité théorique et pratique des maladies de la peau*. *Observ.* XXVII. Bd. I. 1835.

3) Racle jr., *Annales des maladies de la peau et de la syphilis*. Bd. I. 1844.

4) Devergie, *Traité pratique des maladies de la peau*. 1857.

5) Fuchs, *Die krankhaften Veränderungen der Haut*. 1840.

6) Tilbury Fox u. Colcott Fox, *Klinische Studien über Hydroa*. *Archiv of Dermatol.* New-York 1880.

Crocker¹⁾ eine Anzahl von einschlägigen Fällen unter dem Namen *Hydroa pruriginosa* und *Hydroa herpetiformis*. Endlich gehört hierher noch der von Weber als *Pemphigus insolitus* beschriebene Fall.

Kehren wir nach diesen historischen Rückblicken zu Duhring zurück, so fand zunächst seine Abhandlung zahlreichen Widerspruch in Amerika wie in Europa. Einerseits wurde ihm vorgeworfen, dass er Fälle herausgegriffen habe, die nichts weiter seien, als etwas abweichende Bilder von *Erythema polymorphum*, *Herpes* oder *Pemphigus*, andererseits, dass er zu sehr verallgemeinere, indem er alles Mögliche in seine Krankheitsgruppe mit aufnehme, wie besonders die *Impetigo herpetiformis*. Dass er letzteres gethan hatte, trug in der That besonders dazu bei, das neue Krankheitsbild als ungenau bezeichnet erscheinen zu lassen, da die Abweichungen der einzelnen Fälle so zu gross wurden.

Durch Mitteilung weiterhin beobachteten Materials suchte Duhring in der Folge die Richtigkeit seiner Thesen zu erhärten. Ich führe hier die von ihm veröffentlichten Beobachtungen an: 1. *Dermatitis herpetiformis*, dauert über 11 Jahre und zeigt alle Formen, die diese Affektion annehmen kann.²⁾ — 2. Typischer Fall von *Dermatitis herpetiformis*.³⁾ — 3. Typischer Fall von *Dermatitis herpetiformis*.⁴⁾ — 4. Fall von *Dermatitis herpetiformis*, den man als Typus der pustulösen Abart dieser Krankheit betrachten kann (*Impetigo herpetiformis Hebra*).⁵⁾ — 5. Fall von *Derma-*

1) H. Radcliffe Crocker, *Hydroa*. The British Medical Journal. 1886.

2) Philadelphia. Medical Times. 12. VII. 1884.

3) New-York Medical Journal. 9. IV. 1887.

4) do.

5) Journal of Cutaneous and Venereal Diseases. Aug. 1884. Nr. 8.

titis herpetiformis von 13jähriger Dauer.¹⁾ — 6. Fall von Dermatitis herpetiformis im Anschluss an eine Nervenerschütterung.²⁾ — 7. Fall von Dermatitis herpetiformis bullosa.³⁾ 8. Fall von Dermatitis herpetiformis, ausgezeichnet durch besondere „gelatinöse“ Efflorescenzen.⁴⁾ — 9. Fall von Dermatitis herpetiformis, die dem Erythema multiforme gleich.⁵⁾ — Kurz nach der letzten dieser Veröffentlichungen in der elften Jahresversammlung der American Dermatological Association zu Baltimore im Sommer 1887 sprach Duhring selbst über die Diagnostik der Dermatitis herpetiformis,⁶⁾ welche, nach den verschiedenen Berichten über derartige Krankheitsfälle zu schliessen, nicht vollständig verstanden sei. Nachdem er noch einmal eine genaue Beschreibung seiner Krankheit gegeben, betont er besonders den Unterschied derselben als einer chronischen von dem akuten Erythema multiforme und Herpes Iris: zugleich seien die Erscheinungen bei jener virulenter und von cutanen Störungen in höherem Grade begleitet. Dem Pemphigus vulgaris könne die bullöse Form gleichen, wenn sie allein vorhanden sei, die Combination mit anderen Erscheinungen dürfe aber meist jegliche Verwechslung verhüten. Ferner glaubt er, dass der Beiname herpetiformis der beste sei, da dies das am meisten charakteristische Merkmal des pathologischen Processes bezeichne; von „multiformis“ habe ihn der Umstand abgehalten, dass mit sehr ähnlichem Titel bereits eine gut definierte und allgemein anerkannte Dermatitis von verschiedener Art beachtet sei. — Die Ansicht, dass unter anderen oben erwähnten

1) New-York Medical Journal. 15. Nov. 84.

2) American Journal of Medical Sciences. Jan. 85.

3) New-York Medical Journal. 14. Juli 84.

4) Medical News. 7. März 85.

5) Medical Record. 2. April 87.

6) Monatshefte für praktische Dermatologie. 1888. Band VII.

Krankheiten besonders der Miltonsche Herpes gestationis und die Hebrasche Impetigo herpetiformis Formen der Dermatitis herpetiformis darstellten, hatte er bereits Ende 1884 in seiner „Vorläufigen Mitteilung über das Verhältniß der Dermatitis herpetiformis zu Herpes gestationis und ähnlichen Formen von Hauterkrankung“¹⁾ und in seiner Schrift „Über die Beziehungen der Dermatitis herpetiformis zu der Affektion, die man gewöhnlich als Impetigo herpetiformis bezeichnet“²⁾ vertreten.

Die ersten, die für die Selbständigkeit der Dermatitis herpetiformis Stellung nahmen, waren in Amerika Taylor und Bulkley. An ihre ausführlichen Berichte über je einen beobachteten Fall in der 160. Sitzung der New-York Dermatological Society im Januar 1886 schlossen sich Vorträge Taylors „Ein Beitrag zur Kenntnis der Hydroa bulleux Bazins und der Dermatitis herpetiformis Duhrings“ und Bulkleys „Über das Bestehen der Dermatitis herpetiformis (Duhrings) als selbständige Krankheit“³⁾ an. Besonders letzterer bringt grössere Klarheit in das Krankheitsbild. Auf die Beschreibung Duhring's zurückgreifend, fasst er die wichtigsten Eigenschaften der Krankheit zugleich nach seiner Erfahrung in folgenden Sätzen zusammen:

1. Es wird das Bestehen einer besonderen, seltenen, deutlich begrenzten herpetischen Hautkrankheit bewiesen, welche sich gewöhnlich in aufeinanderfolgenden Ausbrüchen äussert und durch geringere oder heftigere Störungen des Allgemeinbefindens, eine Mannigfaltigkeit der primären und

1) Journal of cutaneous and venereal diseases. Vol. IV. Monatsheft für praktische Dermatol. 1887. Bd. VII. Nr. 9.

2) American Journal of Medical Sciences. Oktober 1884.

3) Journ. of cutan. and vener. diseases 1886, April. — Vierteljahrschrift für Dermatologie und Syphilis. 1886.

sekundären Läsionen, sowie heftiges Jucken und Brennen charakterisiert wird.

2. Die Krankheit kann in verschiedenen Formen auftreten und besitzt die Neigung, regellos aus einer in die andere überzugehen. Die wichtigsten dieser Formen sind die erythematöse, vesikulöse, bullöse und pustulöse, von denen jede für sich allein vorkommen kann oder mehrere in verschiedenen Combinationen.

3. Die Krankheit ist unbeständig im Charakter und bemerkenswert wegen ihrer Vielgestaltigkeit.

4. Die pustulöse Form ist identisch mit der von Hebra als *Impetigo herpetiformis* beschriebenen Krankheit.

5. Die Bezeichnung „*Dermatitis herpetiformis*“ ist hinreichend umfassend und geeignet, um alle Varietäten der Krankheit einzuschliessen.

6. Sie kann bei beiden Geschlechtern vorkommen und ist bei den Frauen unabhängig von der Schwangerschaft.

7. Sie nimmt gewöhnlich einen chronischen, variablen Verlauf, dauert Jahre und ist der Behandlung gegenüber überaus hartnäckig.

Bulkley bemerkt hierzu noch, dass er mit jedem neuen Falle mehr einsähe, wie wenig man mit der Natur und Ursache dieser Krankheit vertraut sei, dass er aber um so sicherer glaube, letztere in einer schweren nervösen Störung, wahrscheinlich in den Nervenzentren oder Stämmen — wie beim Herpes Zoster oder Pemphigus — suchen zu müssen. Weiterhin glaubt er, dass Duhring in seinem Vorgehen, so zahlreiche bisher als verschieden anerkannte Krankheitsformen unter einem Begriffe zu vereinigen, zu weit gegangen sei und mit der Bezeichnung „*Dermatitis herpetiformis*“ die Natur und Eigenschaften der Krankheit nicht treffend genug ausgedrückt habe. Diesen Ausführungen Bulkleys traten in der Diskussion andere

Forscher bei, über einen Ersatznamen sind sie aber geteilter Ansicht: während Piffard und Allen für den Beinamen *multiformis* plaidieren, hält Bulkley *pruriginosa*, Morrow *trophoneurotica* für das richtigste.

Im Übrigen zog Duhring in seinem Artikel „Über die Beziehung zwischen *Impetigo herpetiformis* (Hebra und Kaposi) und *Dermatitis herpetiformis* (Duhring)“¹⁾ seine Behauptung, dass erstere nur die pustulöse Varietät der letzteren sei, später zurück, nachdem er von Kaposi unterdessen (1887) erschienener Beschreibung der *Impetigo herpetiformis* Kenntnis genommen hatte. Jedenfalls hat er das grosse Verdienst, eine Reihe von Fällen, über deren Stellung unter den Hautkrankheiten man erst recht dadurch unklar war, dass die bald als Herpes, bald als Pemphigus oder noch anders bezeichneten Krankheitsbilder von diesem Forscher nach ihrer Gestalt, von jenem nach anderen Symptomen den Beinamen erhalten hatten, in eine Klasse unter einen einheitlichen Typus gebracht und dadurch auch andere wohl beschriebene Krankheiten von atypischen Fällen befreit zu haben, und dass er anfangs in seinem Vorgehen etwas zu weit ging, kann sein Verdienst nicht beeinträchtigen.

Auch von anderen amerikanischen Ärzten wurde über das Vorkommen der *Dermatitis herpetiformis* berichtet, nachdem dieselbe als selbständige Krankheit Geltung erlangt hatte. Ich erwähne aus dem Jahre 1885 die Berichte von Robinson²⁾ und Fox³⁾; 1886 beschrieben Bronson⁴⁾

1) Monatshefte für praktische Dermatologie. Bd. X. No. 6. 1890.

2) Robinson, Hydroa; *Impetigo herpetiformis*; *Dermat. herpetiform.* Journal of cutan. and vener. diseases. 1885, Jan.

3) Fox, New-York Dermatological Society. 24. März 1885. Journal of cutan. and vener. diseases. 1885, Mai.

4) Bronson, Fall von *Dermat. herpetif.* New-York Dermat. Society. 165 mating. Journ. of cut. and ven. des. 1886.

einen, Arthur von Harlingen¹⁾ 3, 1887 Bulkley und Elliot²⁾ einen, 1889 J. E. Graham³⁾ 3, Noyes und Finch⁴⁾ 2 Fälle, denen Stelwagon⁵⁾ 1890 3 hinzufügte, welche durch das Fehlen von Geschwürs- und Narbenbildung speziell charakterisiert waren. Einen Fall von dem durch Duhring mit zu unserer Krankheit gerechneten Herpes gestationis (Dermatitis multiformis gestationis)⁶⁾ teilt Allen 1889 mit. Endlich sei noch eines von Duhring selbst 1890 beobachteten typischen Falles⁷⁾ und zweier von Elliot 1891 veröffentlichter⁸⁾ gedacht, welche dadurch ausgezeichnet waren, dass jeder neue Ausbruch durch eine vorhergegangene ernstere Gemüts-erregung hervorgerufen wurde. Ausser diesen zwei Fällen sind noch acht mit einem ähnlichen ätiologischen Momente verzeichnet worden, so dass die Bedeutung desselben nicht mehr bezweifelt werden kann, obschon der genauere Wirkungsmodus noch unaufgeklärt bleibt.

Unterdessen waren auch die Dermatologen in Europa auf die Dermatitis herpetiformis aufmerksamer geworden, und damit trat die Lehre von dieser Krankheit in ein neues Stadium. Besonders in Frankreich, dann in England, weniger in Deutschland und den übrigen Staaten wurden teils

1) A. van Harlingen, 3 Fälle von Dermat. herpetif. The Poliklinik. 1886, Oktober.

2) Bulkley u. Elliot, Journal of cut. and ven. dis. 1887, Mai.

3) Graham, J. E. A., report of 3 cases of dermatitis herpetif. New-York med. Record XXXIV, 12. Sept.

4) Noyes und Finch, 2 cases of Dermat. herpetif. 1889.

5) Dermatitis herpetiformis, Bericht über 3 Fälle dieser Affektion von Henry W. Stelwagon. Journ. of cutan. and genito-urinary diseases. Februar 1890.

6) Dr. Charles Allen, Dermat. multiformis gestationis. Nervöser Einfluss. Journ. of cut. and genito-urinary diseases. Aug. 1889.

7) Americ. Journ. of the medic. sciences. Juni 1890.

8) 2 Fälle von Dermat. herpetiformis nach intensiver Gemüts-erregung und Shok, von G. T. Elliot. Journal of cutan. and genito-urinary diseases. Sept. 1891.

neue Fälle beobachtet, teils früher beschriebene als hierher gehörig erkannt. Die zahlreichen Beobachtungen, welche in Frankreich gemacht wurden, sind in der Mehrzahl von Brocq mitgeteilt worden. Dieser Forscher lieferte 1889 eine umfassende, historisch-kritische Abhandlung über unsere Krankheit¹⁾. Er giebt im ersten Teile derselben die von Duhring selbst beobachteten neun Fälle wieder. Für den älteren Ausdruck *Dermatitis herpetiformis*, der schon lange als unzulänglich erkannt worden war, stellt er die Bezeichnung auf: *Dermatitis polymorpha* (um den Charakter des Ausschlages anzuzeigen) *pruriginosa* (mit Hinblick auf die Wichtigkeit und Regelmässigkeit dieser funktionellen Störung) *chronica à poussées successives* (wegen des eigentümlichen Verlaufes), womit er anerkanntermassen die Eigenart des Krankheitsbildes am treffendsten und vollständigsten charakterisiert hat; allerdings hält er selbst diese Bezeichnung für viel zu lang, als dass sie Dauer haben könne. Ausser diesem Typus stellt er noch als verwandte Krankheiten eine *Dermatitis polymorpha pruriginosa acuta* und eine *Dermatitis polymorpha pruriginosa recurrens graviditatis* (*récedivante de la grossesse*), den ehemaligen *Herpes gestationis*, auf, denen er den dritten und vierten Teil seiner Arbeit widmet, nachdem er die Varietäten der chronischen Hauptform im zweiten Teile behandelt hat. Dieser Teil nimmt zunächst unser Interesse in Anspruch.

Nachdem Brocq einen ausführlichen geschichtlichen Überblick über die unter so verschiedenen Benennungen erfolgten Mitteilungen von den bullösen Hauterkrankungen

1) Über die *Dermatitis herpetiformis* Duhrings Von Dr. L. Brocq in Paris. (Übersetzt von Dr. Türkheim in Hamburg.) Monatshefte für praktische Dermatologie. Band VII (1888), VIII u. IX (1889).

und über die Verwirrung, welche bis in die neueste Zeit in der Lehre von denselben herrschte, gegeben und die Duhringschen Veröffentlichungen mit den ähnlichen früheren verglichen, scheidet er die sicher zur Duhringschen Krankheit gehörigen Fälle aus, und begründet nach den Erscheinungen, die diese bieten, die neue Benennung *Dermatitis polymorpha pruriginosa chronica à poussées successives*. Weiterhin betont er besonders die Identität der Duhringschen Krankheit mit den von seinem Landsmann Bazin als *Arthritides bullosae* resp. *Hydroac* beschriebenen Dermatosen¹⁾ und beansprucht für jenen die Priorität der Aufstellung dieses Krankheitsbildes. Zu der *Dermatitis polymorpha pruriginosa chronica* übergehend, liefert er an der Hand von 41 teils früher, teils noch nicht veröffentlichten Fällen eine eingehende Beschreibung dieser Krankheit. Er unterscheidet drei Gruppen von Fällen: 1. Typische Fälle, 2. eine *Varietas gravis*, 3. eine *Varietas subacuta et benigna*. Die von ihm mitgeteilten Beobachtungen stammen meist aus Frankreich, einige aus Amerika und England. Von typischen Fällen zählt der Autor einschliesslich der 9 von Duhring beschriebenen allein 28 auf, darunter 7 bislang unveröffentlichte, die in den letzten Jahren im Hospital Saint-Louis zu Paris meist auf der Abteilung seines Lehrers Vidal zur Beobachtung gekommen waren. Im Anschluss bringt er dann die beiden anderen Varietäten, nämlich „Fälle, die scheinbar zur *Dermatitis polymorpha pruriginosa* gehören, die aber tödlich enden“ (*Varietas gravis*), an Zahl 4, und „Beobachtungen, die scheinbar zur *Dermatitis polymorpha pruriginosa chronica seu subacuta* zu gehören scheinen, die sich nach einer

1) Bazin, Theoretische und klinische Vorlesungen über die Hautkrankheiten arthritischer und herpetischer Natur. Herausgegeben von Jules Besnier. 1886.



Dauer von mindestens mehreren Monaten zeitweise vollkommen zurückbilden, so dass man zur Not von Heilung reden könnte“ (*Varietas benigna*), an Zahl 9. Er lässt die letzteren den Übergang zur *Dermatitis polymorpha pruriginosa acuta* bilden.

Brocq kommt zu folgendem Resultat über die Natur der Krankheit: Die *Dermatitis polymorpha pruriginosa chronica* ist eine seltene Krankheit; indessen ist nicht daran zu zweifeln, dass, wenn man sie erst recht kennen gelernt hat, sie eine der häufigsten bullösen Dermatosen darstellen wird; sie kommt überall vor, in Amerika scheint die pustulöse Form häufiger zu sein, als in Europa. Die Krankheit tritt in jedem Alter auf: bei 27 Fällen waren fünf Monate das geringste, 81 Jahre das höchste Anfangsalter. Das männliche Geschlecht wird häufiger und heftiger befallen als das weibliche, so unter 28 Fällen 19mal gegen 7mal. Die Anamnese ergibt wenig, indessen scheint doch aus mehreren Fällen hervorzugehen, dass das Nervensystem eine wichtige Rolle dabei spielt: Viermal konnte der Beginn des Ausschlages nach heftigen Gemütserschütterungen nachgewiesen werden, andere Male waren bei Verwandten der Kranken Nervenleiden vorgekommen. — Derselben Ansicht sind auch die amerikanischen Dermatologen, wie aus den Vorschlägen einiger, diese *Dermatitis* als *neurotica* oder *trophoneurotica* zu bezeichnen, hervorgeht. — Mit der Gicht, fährt Brocq fort, hat die Krankheit nichts zu thun, wie Bazin vermutete, der die Dermatose auch *Pemphigus arthriticus* benannte. Zusammentreffen mit Skrofulose wurde 5mal beobachtet. Die Jahreszeit hat keinen Einfluss auf den Beginn des Ausschlages. Unsere Dermatose hat keine einheitliche Entstehungsweise, vielmehr kann sie auf die verschiedenste Art einsetzen, und es ist schwer, hier bestimmte Gruppen

aufzustellen. Schmerzen, welche in Hitzegefühl, Brennen, Jucken bis zu grosser Heftigkeit bestehen, gehen meist voraus oder setzen mit dem Ausschlage ein.

Die ersten sichtbaren Hautstörungen sind verschieden:

1. In einzelnen Fällen besteht der Ausschlag aus erythematösen Plaques, die mehr weniger der Urticaria oder Bestandteilen der figurirten Erytheme (Kreisbögen) gleichen, indem sie bald aus roten, harten, papulösen Erhöhungen, bald aus spitzigen Papeln, bald endlich aus entzündlich geröteten Stellen mit Schwellung der erkrankten Teile zusammengesetzt sind. Diese Art wäre die Entstehungsweise mit erythematösen Störungen. —
2. Bisweilen sind umgekehrt die ersten zur Beobachtung kommenden Elemente Vesikeln und Blasen, ein übrigens von den meisten Beobachtern bestrittenes Vorkommnis. Dies wäre der Beginn mit vesiko-bullösen Störungen. —
3. In anderen Fällen endlich scheint es, als ob das erste eruptive Element in einer mit trüber Flüssigkeit gefüllten Epidermisabhebung, d. h. in einer Pustel bestehe: Der Beginn mit von vornherein pustulösen Elementen. Auch dieser wird angezweifelt. — Was den Ausschlag während seiner ganzen Dauer anbetrifft, so bleibt es selten bei erythematösen Elementen, wenn sie auch lange Zeit bestehen können. Gewöhnlich wird die Epidermis von serösem Exsudat in die Höhegehoben — die Entzündung hat das Stadium der Blasenbildung erreicht. Die Elemente derselben sind Vesikeln oder Blasen; letztere können primär entstehen oder das Endergebnis von wachsenden oder sich mit Nachbarelementen vereinigenden Vesikeln sein. Diese sind fast immer prall, durchscheinend mit krystallklarem, farblosen bis citronengelben, getrübbten Inhalte. Sie können auch ohne vorhergegangenes Erythemstadium auf gesunder Haut mit oder ohne roten Hof entstehen.

Meist bilden sie Gruppen, was Duhring zur Benennung „*Dermatitis herpetiformis*“ veranlasste. Ihre Entwicklung kann sehr schnell erfolgen; sie platzen nicht von selbst, trocknen aber zu Schüppchen und Krusten ein. Die Form kann hemisphärisch, ovalär und eckig sein, wie bei den Blasen. Diese zeigen schon häufiger schlaffe Wände. Ihre Grösse schwankt von der einer dicken Erbse bis zu der eines Hühnereres. Im Übrigen verhalten sie sich, wie die Vesikeln. Die Flüssigkeit ist für gewöhnlich alkalisch, eiweiss-haltig, enthält Fettkörner, in wechselnder Menge Leukozyten, bisweilen rote Blutkörperchen und zertrümmerte oder gequollene Epidermiszellen. Das Suchen nach einem besonderen Mikroben wie die mit der Flüssigkeit vorgenommenen Autoinokulation sind resultatlos gewesen. Endlich können sich noch Pusteln aus den Vesikeln und Blasen entwickeln oder primär entstehen. Sie bleiben meist klein, flachen sich ab, sind von rotem Hofe umgeben und bilden meist Gruppen, wobei sie gern zusammenfliessen. Um eine eingetrocknete kann ein Kranz neuer Pusteln entstehen und um diesen eine dritte Generation. Die Entwicklung dauert je nach der Grösse 5—20 Tage. Von seltenen Ausschlagsformen erwähnt Brocq das Vorkommen von Pseudo-Membranen in den Blasen, die einmal beobachtete Bildung von gelatinösen Massen, ¹⁾ das Auftreten von Hämorrhagieen im Ausschlage, papillomatöse Wucherungen der befallenen Haut, sowie das Übergreifen des Ausschlages auf Schleimhaut des Mundes. Der äusseren Erscheinung desselben nach unterscheidet er die Varietas erythematosa, Var. erythemato-vesiculosa und erythemato-bullosa, Var. pustulosa, Var. haemorrhagica und Varietas polymorpha, die häu-

1) 8. Fall von Duhring. 5. Seite ...

figste, welche gewissermassen den Typus der ganzen Gruppe darstellt. Gerade die proteusartige Gestalt des Ausschlages ist differentialdiagnostisch wichtig. Alle möglichen Combinationen sind hier gleich häufig, so dass die buntesten Bilder vorkommen können. — Betreffs der Art der Ausdehnung bemerkt Brocq, dass in der Regel keine Körperstelle vor dem einmal begonnenen Ausschlage verschont bleibt, und dass seiner Ansicht nach bei diesem diffusen Auftreten eine Regelmässigkeit nur im Vorkommen symmetrischer Ausbreitung beobachtet worden ist. Verschont bleiben fast immer Hand- und Fussfläche, ferner Geschlechtsteile, Gesicht und behaarte Kopfhaut. Hervorheben möchte ich, dass unter seinen 28 typischen Fällen 7mal die Oberextremitäten und zwar Handwurzel und namentlich Vorderarm zuerst befallen waren, was ich auch bei einem Falle zu beobachten Gelegenheit hatte.

Endlich erwähnt der französische Autor noch die sekundären Läsionen der Haut, nämlich Krusten und Schuppen, die sich auf den geplatzten Blasen oder Pusteln bilden, sowie die zurückbleibenden Pigmentflecke, Exkorationen und Hautverdickung. Um einen genaueren Vergleich mit den Ausschlagresiduen in meinem Falle ziehen zu können, gebe ich die Beschreibung jener etwas ausführlicher wieder: Die Flecke zunächst entstehen besonders aus getrübbten Blasen und Pusteln; sie sind schmutziggelb bis dunkelbraun gefärbt, echte Pigmentflecke, mit der Neigung, allmählich zu verschwinden, bei andauernd neuen Schüben nehmen sie nach Zahl und Stärke derselben zu. Sie zeigen, sobald die je nach dem Blutreichtum des Exsudates heller oder dunkler gefärbten Krusten abfallen, manchmal noch etwas erythematöse Färbung, die auf Fingerdruck teilweise verschwindet. Jedoch vergeht die Färbung bald gänzlich, und es bleibt nur noch eine stärkere oder schwächere bräun-

liche Pigmentierung zurück, in Form und Grösse dem ursprünglichen Element entsprechend. Gemäss den Wiederholungen des Ausschlages an einer Stelle verändern sich die Grenzen der Pigmentflecke, ihre Farbe wechselt und es kommt dann zur Bildung von ausgedehnten und gesprenkelten Flecken, namentlich an den Extremitäten. Hierzu kommen noch die Exkorationen als Folge des Kratzens, um diese Pigmentation zu verändern und zu vermehren, so dass die Haut oft bräunlichgelb mit dunkler gefärbten Flecken, die von den jüngsten Elementen herrühren, gefärbt ist. Endlich treten noch wirkliche Ulcerationen durch Kratzen auf, welche die Haut verhärten und verdicken.

Eine Hauptrolle spielen bei der Krankheit die Schmerzen, so dass sie von allen Autoren als eines der wichtigsten pathognomonischen Symptome bezeichnet werden; meist ist es ein Jucken, oder auch Hitzegefühl, Stechen, Prickeln oder Ameisenkriechen. Die Stärke der Schmerzen, welche für gewöhnlich nur in den vom Ausschlage befallenen Stellen lokalisiert sind, schwankt, bei grosser Ausdehnung des Leidens können sie dauernd den Schlaf rauben und die Kranken so vor allem sekundär nervös machen. Sie sind am stärksten bei Beginn des Anfalles und hören meist beim Platzen der Efflorescenzen auf, weshalb die Patienten sich durch eigenhändige Eröffnung der Blasen oft selbst Erleichterung schaffen.

Der Verlauf der Krankheit ist hauptsächlich charakterisiert durch von freien Zwischenräumen getrennte Anfälle von mehrwöchentlicher bis mehrmonatlicher Dauer, welche aus mehreren Schüben, Hauptschüben, zusammengesetzt sind; diese werden wieder durch mehrere Nebenschübe gebildet, deren Produkte sehr oft noch gleichzeitig florieren. Die Häufigkeit und Dauer der eruptiven Perioden ist sehr verschieden wie die Dauer

der ganzen Krankheit; nach den Beobachtungen schwankt letztere von mehreren Monaten bis zu 20 Jahren. Die Möglichkeit des Exitus letalis wird durch 5 tödlich verlaufene Fälle unserer Dermatose bestätigt. Doch leidet das Allgemeinbefinden für gewöhnlich nicht, man muss sogar staunen über die geringe Beeinträchtigung durch die Krankheit auch bei grosser Ausdehnung. Ebenso ist der Appetit fast immer erhalten. Geringes Fieber bis $38,5^{\circ}$ ist nicht selten beobachtet worden. Von Complicationen sind nur Durchfälle und Verstopfung häufig. Betreffs der Ätiologie steht ziemlich sicher, wenn auch pathologisch-anatomisch noch nicht erwiesen, dass die Dermatitis herpetiformis eine Trophoneurose, eine Folge von Störungen in den Nervencentren oder Hauptnerventämmen ist. Dafür sprechen die neuralgischen Schmerzen, welche den Ausschlag ankünden oder begleiten, die symmetrische Ausdehnung, die Beobachtung nervöser Symptome bei derartigen Patienten und das Auftreten der Krankheit nach körperlicher und geistiger Anstrengung sowie nach heftigen Gemütsregungen. Die Theorieen, dass sie durch Bakterien oder durch den schädlichen Einfluss von Exkreten oder Leukomäinen bedingt sei, haben noch keinen Beweis gefunden.

Betreffs der Diagnose bemerkt Brocq, dass die Frage nach der Verschiedenheit der Dermatitis herpetiformis von der Urticaria bullosa, bei der sich allerdings jede blasige Erhebung auf einem Urticariaelement bildet; und bei der man an den behafteten Individuen Urticaria factitia erzeugen kann, noch nicht mit Sicherheit beantwortet werden könne, dass jene aber einstweilen von letzterer zu trennen sei, ebenso wie vom Erythema polymorphum, vom Herpes Iris (Bateman) und vom Pemphigus acutus. Von ersteren beiden unterscheidet sie sich durch ihre viel grössere Neigung zur Vesikel-, Blasen- und Pustel-

bildung durch das heftige Jucken und insbesondere durch die lange Dauer und den Verlauf, vor Verwechselungen mit letzterem schütze sie ihre lange Dauer, ihr schubweises Auftreten, die grössere Mannigfaltigkeit der Ausschlagsformen, das Jucken, die geringe febrile Reaktion und das gute Allgemeinbefinden. — Auf die Therapie kommen wir später zu sprechen. Im dritten Teile seiner Abhandlung bespricht Brocq an der Hand von mehreren Beobachtungen die (von ihm aufgestellte) der chronischen Form verwandte *Dermatitis polymorpha pruriginosa acuta*, „ohne einstweilen eine bestimmte Ansicht über ihre Natur zu äussern oder ihr einen Platz anzuweisen“; er erwartet noch weitere Forschungen. Ich bemerke daher nur, dass er diese Form in rückfallsfreie (— allerdings bürgt Niemand dafür, dass nicht später noch ein Rückfall auftritt —) und recidivierende Ausschläge einteilt und als pathognomisch folgende 4 Punkte aufstellt. 1. Polymorpher Ausschlag, bestehend aus Erythemen, Vesikeln, Blasen, bisweilen sogar auch Pusteln, einfach oder in circinärer Anordnung; 2. Jucken, Prickeln, Brennen; 3. schneller Verlauf; 4. sonstiges, fast ungetrübttes Wohlbefinden und regelmässiger Ausgang in Heilung. Bestimmte Fälle lässt er den Übergang zur *Dermatitis polymorpha pruriginosa subacuta*, andere zum *Erythema polymorphum* bilden. Für die rückfallsfreien Ausschläge bringt er 8, für die recidivierenden 9 Beispiele aus der Literatur (unter dem Namen *Hydroa*, *Herpes* etc. beschrieben) oder neu veröffentlicht.

Der vierte Teil der Brocqschen Arbeit ist, wie schon erwähnt, dem von Milton 1872 als *Herpes gestationis*¹⁾ aufgestellten Krankheitsbilde gewidmet. Näher darauf einzugehen, liegt ebenfalls nicht in der Aufgabe dieser Arbeit.

1) *Journal of cutan. Med.* I. Nr. 3.

Ich gebe daher nur die aufgeführten Hauptsymptome dieser Hautkrankheit wieder: 1. Unverkennbare Beziehungen zur Schwangerschaft und Entbindung. 2. Grosse Neigung, zu recidivieren und sich dann in Bezug auf Dauer, Ausdehnung, Zahl und Natur der Elemente zu verschlimmern. 3. Beginn an Extremitäten oder Nabel. 4. Polymorphie. 5. Heftigkeit der subjectiven Symptome (Pruritus, Brennen, Stechen). 6. Auftreten am 4.-5. Tage nach der Entbindung oder häufiger ausserdem in den letzten 6 Schwangerschaftsmonaten. 7. Eintreten von Fieber bei chronisch gewordener Krankheit. 8. Ungestörtbleiben des Allgemeinbefindens und Appetits. — Nach Mitteilung von 22 aus der Literatur gesammelten Beobachtungen liefert Brocq eine Beschreibung dieser Dermatose und kommt am Schlusse zu der Ansicht, dass sie eine der *Dermatitis polymorpha pruriginosa* nahe verwandte Krankheit ist, für die er den Namen *Dermatitis polymorpha pruriginosa recurrens graviditatis* als die beste Bezeichnung hält.

Soweit Brocq. In Deutschland konnte zunächst Blaschko von 4 behandelten Fällen zwei in der Berliner Medizinischen Gesellschaft am 12. Dezember 1888 vorstellen. Ein interessanter, historisch-kritischer Vortrag, den er im Anschluss an die Vorstellung hielt, ist später in der Berliner Klinischen Wochenschrift¹⁾ veröffentlicht worden. Er hält die Duhringsche Krankheit für eine Gruppe verschiedener, noch zu begrenzender Krankheiten und spricht sich ätiologisch mit Reserve für den nervösen Ursprung des Leidens aus. Die meisten Fälle in Deutschland aber sind bei Unna in Hamburg zur Beobachtung gelangt, der sich überhaupt neben Brocq in Europa um die Erforschung der *Dermatitis herpetiformis* am meisten verdient gemacht hat, und bevor ich eine wei-

1) Berliner Klinische Wochenschrift XXVI. Jahrg. No. 6.

tere Casuistik der in unserm Erdteile studierten Fälle gebe, sei erst seines klärenden Aufsatzes „Über die Duhringsche Krankheit und eine neue Form derselben“¹⁾ gedacht, der im Anschluss an die Brocqsche Arbeit erschien.

Unna, dem Brocq in der Absicht, eine ausführliche historisch-kritische Abhandlung über die Dermatitis herpetiformis zu verfassen, zugekommen war, hebt zunächst das Verdienst Duhrings durch Schaffung eines einheitlichen Typus gegenüber den früheren verschwommenen Krankheitsbildern hervor, wobei er zugleich die Wiener Schule wegen Ignorierung der Duhringschen Arbeiten angreift. Unter völliger Anerkennung der Duhring-Brocqschen 4 Hauptsymptome: Polymorphie des Ausschlages, begleitende Parästhesien, Neigung zu Recidiven bei chronischem Verlaufe, relativ gutes Allgemeinbefinden, hält er dieselben doch nicht für gleichwertig in Bezug auf die Diagnose. Für unumgänglich notwendig zu dieser erklärt er das Recidivieren, sei es mit (Schwangerschaft) oder ohne plausible Ursache. Alle nicht recidivierenden, ähnlichen polymorphen Exantheme entfernen sich nach ihm zu sehr vom Begriff einer chronischen Erkrankung des Hautnervensystems, mit der wir es doch zu thun haben, und bedürfen noch einer Prüfung. Damit spricht er sich zugleich gegen die Einrechnung der nicht recidivierenden Form der Brocqschen Dermatitis polymorpha pruriginosa acuta aus, (abgesehen davon, dass in den betreffenden wenigen Fällen noch den ersten Beobachtern nicht zugängliche Recidive entstanden sein könnten) während er die recidivierende Form derselben zu der eigentlichen Duhringschen Krankheit gerechnet haben will, und zwar zu der kleinen Gruppe der benignen Fälle, da es keinen

1) Monatshefte für praktische Dermatologie. 1889. Band 9, Nr. 3.

Unterschied begründen könne, ob der einzelne Anfall in 14 Tagen oder 4 Monaten beendet sei. Vollständig stimmt er mit Duhring und Brocq über Zurechnung des Herpes gestationis zur Dermatitis herpetiformis als eines speziellen Typus überein, dessen Besonderheiten sich aus der eigentümlichen Aetiologie ableiten lasse. Für das zweitwichtigste Symptom erklärt Unna die Parästhesieen, da die Wichtigkeit dieser subjektiven Empfindungen immerhin durch Erwägung der ganzen nervösen und psychischen Constitution der einzelnen Patienten beeinträchtigt werde. In dritter Reihe rangiert für ihn die vielbesprochene Polymorphie des Exantheses. Er hat bei Beobachtung einer grösseren Reihe von Fällen die Überzeugung gewonnen, dass die Entwicklung vom papulösen Erythem durch das Stadium herpesähnlicher Bläschen zu grossen Blasen den Grundtypus aller von ihm beobachteten Exanthesen mache. Wenn man dies beachte, erscheine die allerdings häufig beobachtete Polymorphie nicht mehr so gross, als auf den ersten Blick. Es kommt hinzu, dass eigentliche Pusteln, wie Brocq schon bemerkt hat, viel seltener als Blasen mit getrübtetem Inhalte vorkommen und wohl auch nur als Folge sekundärer Einwirkung von Eiterkokken. Danach will Unna als drittes Symptom nicht Polymorphie, sondern „Möglichkeit, höchstens Neigung zu polymorpher Abwandlung“ aufgestellt wissen. Die Bedeutung des darum nur in vierter Linie rangierenden Hauptsymptomes, des guten Allgemeinbefindens, wird dadurch eingeschränkt, dass der oft vehemente Pruritus in allen Fällen von längerer Dauer die Patienten körperlich und geistig herunterbringt, ohne allerdings, wie der Pemphigus, das Leben zu gefährden, und dass die im Wochenbett oder in der Schwangerschaft wiederkehrenden Anfälle oft bedrohlichen Charakter gezeigt haben. Nach Besprechung dieser 4 Hauptsymptome be-

zeichnet Unna die Duhringsche Krankheit als ein chronisches, das Allgemeinbefinden nicht erheblich beeinträchtigendes Nervenleiden der Haut, welches nach verschieden langen, freien Intervallen zu regelmässig wiederkehrenden, mit brennenden und juckenden Empfindungen einhergehenden, mehr oder minder universellen Ausschlägen führt, die einen erythemato-bullösen Grundtypus, vielfach modifiziert, zur Anschauung bringen. Er schlägt statt der wegen ihrer Länge auf die Dauer unhaltbaren Bezeichnung *Dermatitis polymorpha pruriginosa chronica à poussées successives* den kurzen Namen *Hydroa* vor, mit dem man auch dem ersten Forscher, der diese Krankheit eingehend beschrieb, Bazin, Gerechtigkeit widerfahren liesse. — Im zweiten Teile seiner Arbeit fügt Unna auf Grund zweier selbst beobachteter und dreier ihm mitgeteilter Fälle den 3 Abarten der *Hydroa* (*H. grave*, *H. benigna*, *subacutum*, *H. gravidarum*) eine vierte: *Hydroa puerorum* hinzu, für die er folgende Merkmale als pathognomonisch angiebt: 1. Anfang im ersten Lebensjahre. 2. Häufige Recidive. 3. Wenig ausgesprochener Polymorphismus. 4. Anfälle während der warmen Jahreszeit. 5. Vorwiegen schmerzhafter Empfindungen. 6. Akuität der Anfälle. 7. Depression im Allgemeinbefinden während des Anfalles. 8. Allmähliches Schwächerwerden der Anfälle. 9. Verschwinden der Affektion beim Erwachsenen. 10. Beschränktsein auf das männliche Geschlecht.

Die Frage von der *Dermatitis herpetiformis* wurde weiter auf dem Internationalen Kongress für Dermatalogie und Syphilographie in Paris im August 1889 erörtert¹⁾. Nach Vorlesung eines Briefes, in dem der durch Krankheit am Erscheinen verhinderte Duhring erklärt, dass er nach der

1) Monatshefte für praktische Dermatalogie. 1889. Band 9.

neuesten Beschreibung Kaposi's die Impetigo herpetiformis nicht mehr zu seiner Dermatitis herpetiformis zählt, tragen Brocq und Unna ihre Ansichten resp. ihre Einteilung der „schmerzhaften, polymorphen Dermatitiden“ vor und verteidigen mit Schwimmer die Selbständigkeit unserer Krankheit gegenüber Kaposi. Am Schlusse der Diskussion können wieder 2 neue, noch unbeschriebene Fälle der Krankheit durch Feulard und Fidal vorgestellt werden.

Die Dermatitis herpetiformis Duhring s. Dermatitis polymorphe prurigineuse chronique à poussées successives Brocq s. Hydroa Unna darf nach diesem Kongress als anerkannte selbständige Krankheit betrachtet werden. Über die zu gebende Bezeichnung hatte man sich aber noch nicht geeinigt, und so findet man die folgenden Mitteilungen über diese Krankheit bald unter diesem bald unter jenem der drei Namen. Zu den klärenden Abhandlungen über sie gehören noch die „Bemerkungen zur Streitfrage bezüglich der Duhringschen Krankheit“ von Hans von Hebra¹⁾, der im Gegensatze zu den anderen Wiener Dermatologen für die Selbständigkeit derselben eintritt. In genannter kurzer Schrift, an deren Schluss er noch für die Benennung Hydroa plaidiert, bemerkt er, dass bereits Auspitz in seinem System der Hautkrankheiten unter den neuritischen Dermatosen eine Gruppe, die entzündlichen Throphoneurosen mit acyklischem Verlaufe, aufgestellt hat, die er Erythema neuriticum nennt, und die Duhrings Krankheit nebst anderen durch Nerveneinfluss hervorgerufenen Veränderungen der allgemeinen Decke in sich fasst. Er selbst stimmte mit Auspitz überein: daher schied er die betreffenden Fälle vom Pemphigus aus und beschrieb sie in seinem Buche

1) Monatshefte für prakt. Dermatol. 1889. Band 9. Nr. 6.

der Hautkrankheiten kurz unter der Bezeichnung von makulösen, vesikulösen und bullösen Trophoneurosen, als Erythema neuriticum, Herpes und Pemphigus neuriticus. Ich glaube, dass Schwimmer in seiner berühmten Schrift über „die neuropathischen Dermatosen“¹⁾ bei Beschreibung des Erythema trophoneuroticum und der Dermatitis neurotica teilweise ähnliche Fälle im Auge gehabt hat. — Die schon früher erwähnte Duhringsche Schrift „Über die Beziehungen der Impetigo herpetiformis (Hebra) zur Dermatitis herpetiformis (Duhring)“ bildete 1890 den Schluss der schriftlichen Diskussionen.

Mit der besseren Umgrenzung und der wachsenden Kenntnis des Duhringschen Krankheitsbildes hatten sich unterdessen die Berichte über derartige Fälle in der Literatur gemehrt. Dieselben mögen nunmehr hier ihren Platz finden, so weit sie meiner Kenntnisnahme zugänglich geworden sind. Neben den schon erwähnten Mitteilungen aus Amerika sind besonders in Frankreich viele Fälle weiterhin noch nach dem Erscheinen der Brocqschen Arbeit beobachtet worden, besonders von den Ärzten des Hôpital St. Louis in Paris. Über zwei daselbst behandelte Fälle berichten 1889 Tenneson und Gaston Lyon²⁾, und in den Berichten über die Zusammenkünfte der Ärzte jenes Krankenhauses im Jahre 1890 findet man wiederholt Vorfürungen von derartigen Kranken³⁾. So stellt Hallopeau einen Fall vor und neigt, die Natur desselben anlangend, zur Ansicht, dass die Krankheit in Folge von Autoinfektion durch Leukomaïne entstehe; Quinquaud berichtet über eine Hydroa der Mundschleimhaut, bei der man sich vor Verwechslung mit Syphilis hüten müsste; Thibierge zeigt ferner eine 77jährige Frau, die schon vor 50

1) Die Neuropathischen Dermatosen von Dr. E. Schwimmer. Wien und Leipzig 1883.

2) Annales de Dermatol. et de Syphilogr. 1888.

3) Monatshefte für praktische Dermatologie. 1890. X. u. XI.

Jahren an Urticaria gelitten hatte, und Vidal stellt ein Exanthem vor, welches Brocq als Typus der Dermatite polymorphe prurigineuse chronique à poussées successives bezeichnet. Fournier endlich kann einen an Paralysis agitans leidenden Mann vorstellen, der von einer bullösen Hautentzündung befallen ist, welche Duhring später bei Autoinspektion für typische Dermatitis herpetiformis erklärt hat; Fournier glaubt an einen Zusammenhang zwischen dem Nervenleiden und der Hauterkrankung. Ferner finden wir noch 1888 je einen von Dubreuilh¹⁾ und Petrini²⁾ erwähnten sowie einen 1890 von Hautecoeur³⁾ mitgeteilten Fall von Hydroa acuta mit einzelnen Elementen der Impetigo herpetiformis vor. Zum Schluss ist Brocq in neuester Zeit mit einem Bericht „über eine unvollständige (fruste) Varietät der Dermatitis herpetiformis“⁴⁾ hervorgetreten, bei der zwar die (von Unna auch erst an dritte Stelle der Hauptsymptome gesetzte) Polymorphie fehlte, man aber durch Ausschluss aller anderen Möglichkeiten zu dieser Diagnose kam. Er bemerkt dazu, dass es weniger auf die Art der Elemente, als auf ihre oberflächliche Natur, auf die vasomotorischen Störungen, auf die Schmerzerscheinungen, das Allgemeinbefinden und den therapeutischen Erfolg ankomme, welche Bedingungen alle im Sinne der Dermatitis herpetiformis erfüllt waren. Auch in seiner Arbeit „die Behandlung der Hautkrankheiten“, von Dr. Leistikow in den „Monatsheften für praktische Dermatologie“ besprochen⁵⁾, kommt er auf die polymorphen Dermatiden zu sprechen. Er teilt diese ein in Dermatitis poly-

1) Journal de Médecine de Bordeaux. 1888.

2) Hydroa bullosa. Heilung. Annal. de Dermat. et de Syphilogr. Paris 1888.

3) Annales de Dermatol. et de Syphilogr. Paris 1890.

4) Monatsh. für praktische Dermatologie. 1891.

5) Monatsh. f. prakt. Dermatol. 1891.

morpha acuta (die erythematösen, erythematopapulösen, circinären, vesikulösen und bullösen Formen des Erythema polymorphum anderer Autoren) und in Dermatitis polymorpha dolorosa, welche folgende Gruppen umfasst: 1. Dermatitis polymorpha dolorosa acuta, welche abgesehen von der Schmerzhaftigkeit mit der vorigen Form übereinstimmt (Unna's Hydroa acuta). 2. Dermatitis polymorpha dolorosa chronica mit successiven Anfällen (Dermatitis herpetiformis Duhring — Hydroa chronica Unna); hierzu gehört auch die subacute oder benigne Form. 3. Die polymorphe schmerzhaft recidivierende Schwangerschaftsdermatitis oder Herpes gestationis. Brocq erwähnt dabei auch Unna's Einteilung, auf dessen Hinweis er statt pruriginosa den allgemeineren Beinamen dolorosa gewählt zu haben scheint; im Übrigen entsprechen die Ausführungen seiner früheren Arbeit über die Dermatitis herpetiformis.

Aus Italien berichtet Mibelli ¹⁾, aus Ungarn Schwimmer in Budapest ²⁾ einen Fall derselben. In der russischen Literatur werden 1886 zwei Fälle von Szadek in Kijew ³⁾, 1887 einer von Andrejew in Woronesh ⁴⁾ mitgeteilt. Von den britischen Forschern hat Jamieson in Edinburgh neuerdings eine Arbeit über unsere Dermatitis veröffentlicht. Er betont die Seltenheit der Krankheit, welche er während der ersten zehn Monate 1890 unter 770 Hautkranken der

1) Mibelli: Caso di affezione cutanea praesentata coi caratteri della così detta dermatite erpetiforme de Duhring. — Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1889. Nr. 3.

2) Fall von Dermatitis herpetiformis. Gyogaszal Nr. 20.

3) Ein Fall von Dermatitis herpetif. Duhringii. Gazeta Lekarska Nr. 47, 1886.

4) Ein Fall von Dermat. herpet. Sitzungsbericht der medizinischen Gesellschaft zu Woronesh, 1887/88.

Royal-Infirmiry zu Edinburgh 6 mal sah. Er beobachtete zwei dem Verlaufe nach verschiedene Arten: in einer Reihe von Fällen waren Gesicht, Hals, Hände, die unbedeckten Körperteile zuerst und meist allein befallen, in einer anderen besonders die Umgebung der Gelenke und von hier in weiter Ausbreitung die bedeckten Körperteile; erstere beginnt in früher Kindheit, befällt nur Knaben (vergl. die *Hydroa puerorum* Unna's) und hört ganz auf, beziehungsweise schwächt sich stark ab mit dem 20. Lebensjahre, — letztere beginnt zu jeder Lebenszeit, ihre Dauer ist unbegrenzt; erstere hinterlässt weit stärkere Narben. Ob die Ätiologie auf einer Trophoneurose (symmetrische Anordnung, Parästhesien) oder einer Autointoxikation der Haut mit von bakteriellen Einwirkungen unabhängigen Stoffwechselprodukten (*Leukomäinen*) beruht, entscheidet er nicht. Verwandtschaft besteht nach ihm mit dem *Xeroderma pigmentosum* und dem *Hutchinson'schen Sommerprurigo*.

In den letzten Jahren sind zumal von den am meisten darum verdienten Dermatologen wohl nur besonders ausgezeichnete Fälle der *Hydroa* veröffentlicht worden, da die Krankheit nunmehr bekannter geworden war, und das würde ihre seltenere Erwähnung in der Literatur erklären. Die Spärlichkeit der Casuistik in der deutschen Literatur aber ist nicht zum mindesten darauf zurückzuführen, dass die hervorragenden Wiener Dermatologen *Kaposi* und *Neumann* die *Dermatitis herpetiformis* noch nicht als selbständige Krankheit anerkennen, wie noch aus einer Diskussion in der Sitzung der Wiener dermatologischen Gesellschaft vom 29. Oktober 1890 zu ersehen ist. Ausser den oben angeführten Fällen von *Unna* und *Blaschko* sind zunächst zwei Fälle verzeichnet, welche *Hebra* in der oben erwähnten Sitzung, und einer, den *Palm* in der Sitzung der dermatolo-

gischen Vereinigung zu Berlin am 6. Januar 1891¹⁾ vorgestellt hat. Über einen berichtet dann noch Arning²⁾, und zwei typische werden von Mues³⁾ mitgeteilt, von denen der eine durch Prädilektion der Streckseiten, der andere durch Übergreifen des Ausschlages auf die Lippen, den weichen Gaumen und den Kehldeckel ausgezeichnet war. Diese Seltenheit der Fälle in der deutschen Literatur scheint doch abgesehen von den anderen Gründen noch auf einem selteneren Vorkommen der Krankheit in Deutschland zu beruhen, und daher halte ich eine Veröffentlichung der bei uns zur Beobachtung kommenden Fälle für um so angebrachter.

Von zwei Fällen, welche ich im letzten Jahre zu sehen Gelegenheit hatte, war der eine ein typischer und zeigte sich aus sozialen Verhältnissen des Patienten mir nur wenige Male, während ich den anderen, durch besondere Merkmale ausgezeichneten, vom November 1891 bis März 1892 fast täglich beobachten konnte. Der Letztere soll uns zunächst beschäftigen.

Johann H., 22 Jahre alt, Schlosser, aus Mülhausen im Elsass, ein ziemlich grosser Mann von guter Ernährung mit mittelstarker Muskulatur und mässigem Fettpolster, giebt an, dass er abgesehen von unbedeutenden Krankheiten als Kind nur Masern und Lungenentzündung gehabt habe. Seine Eltern, 74 resp. 55 Jahre alt, leben noch und sind gesund, ebenso ein 17jähriger Bruder. Keiner dieser Angehörigen hat eine Erkrankung durchgemacht, welche irgend einen Teil des Nervensystems betroffen hätte. Die Mutter litt acht Jahre lang an Geschwüren des Unterschenkels, die aber, wie Herr Dr. Frey in Mülhausen so gütig war, mir mitzuteilen, varikösen Ursprungs waren; ausserdem soll sie an einem über die ganze Kopfhaut diffus verbreiteten Ausschlage gelitten haben, der durch Borken und bläuliche Verfärbung der Haut sowie durch Haarausfall charakterisiert gewesen

1) Archiv für Dermatologie und Syphilis. Jahrg. 1891.

2) Fall von Dermatitis herpetiformis. Deutsche med. Wochenschrift 1890.

3) Zur Casuistik der Dermatitis herpetiformis. (Inaug.-Diss. Würzburg.) 1891.

wäre. Die Frau zeigt jetzt, dichten Haarwuchs. Jedenfalls hat der erwähnte Ausschlag auch nichts mit unserm Falle gemein.

Die Anamnese ergibt weiterhin Folgendes: In seinem 13. Jahre bekam H., soweit aus dem nicht gerade intelligenten Manne herauszubekommen ist, ohne bestimmte Ursache ein mehrwöchentliches „Zucken“ im linken Arme, welches zerstreut Tags und Nachts auftrat. Sein Vater bezeichnet es als Lähmung, wohl weil der Sohn in jener Zeit nichts mit dem Arme leisten konnte. Im Jahre 1885 wurde dieser, der damals also im 16. Lebensjahre stand, zum ersten Male von einem Hautausschlage befallen, der auf dem linken Handrücken lokalisiert war und verschiedene Formen hatte, meist aber aus Blasen bestand, die platzten und unter harten Schorfen langsam heilende Geschwüre zurückliessen. Ungefähr 14 Tage nach dem Ausbruche dieses Exanthems, welches in dieser Zeit also noch nicht geheilt war, trat ein zweiter Schub auf der Streckseite des linken Vorderarmes auf. Beide Male waren die Efflorescenzen nicht an einem, sondern an mehreren Tagen entstanden. Der Ausschlag heilte nach 2—3 monatlichem Bestehen im Januar 1886, um im September desselben Jahres von neuem auszubrechen. Diesmal wurde auch der linke Unterschenkel mit ergriffen. Letzteres war der Grund, weshalb Patient nunmehr dem städtischen Krankenhause überwiesen wurde. Von den Fabrikherren konnte ich erfahren, (was H. selbst nicht mehr anzugeben vermag,) in welchen Zeiträumen er ausser Arbeit gesetzt werden musste, also von der periodisch wiederkehrenden Krankheit befallen war (anderweitig ist er bis zum heutigen Tage nicht wieder erkrankt). Es waren dies die Zeiträume vom 25. September bis 18. Oktober 1886, 22. October 1886 bis 4. Februar 1887, 14. September bis 5. December 1887, 18. Juli bis 12. August 1889. Dabei ist aber zu bemerken, dass Patient nicht immer in derselben Fabrik beschäftigt war, also öfters, als eben angegeben, von den Anfällen des chronischen Leidens belästigt wurde. Nach dem August 1889 blieb er bis zum Sommer 1891 natürlich auch nicht frei von eruptiven Perioden des Exanthems. Jedenfalls kann er angeben, dass, während im Allgemeinen die Zwischenräume zwischen Heilung einer Eruption und Wiederauftreten einer neuen 5—7 Monate betragen, dieselben sich späterhin auf 3—4 Monate verringerten. Auch auf der linken Kniescheibe traten während eines späteren, der Zeit nach nicht feststellbaren Recidivs, vereinzelte Blasen auf. Damit hatte die Ausdehnung des Ausschlages ihr Ende erreicht, und keine andere Stelle wurde mehr befallen. Während aber die Efflorescenzen in der Folge insofern eine Regelmässigkeit bewahrten, als sie nur links auf der Streckseite des Vorderarmes und dem Handrücken, sowie auf der Streckseite des Unterschenkels und dem Knie zum Vorschein kamen, traten sie doch insoweit unregelmässig auf, als sie bald die eine, bald

die andere ihrer Verbreitungsstätten heimsuchten und dabei in den einzelnen Recidiven nicht auf eine Extremität beschränkt blieben, sondern zum Beispiel einmal Handrücken und Knie, ein andermal Handrücken und Unterschenkel befielen, und diese Gebiete wiederum in verschiedener Ausdehnung. Alle Efflorescenzen heilten mit Hinterlassung von Narben. Die verschiedenartigste innerliche und äusserliche Behandlung war ohne Erfolg geblieben: so hatte der zuerst behandelnde Arzt Solutio Fowleri, Unguentum Jodoformii und Schwefelbäder angewandt (letztere milderten allerdings die Schmerzen) und nur vom Ausbrennen mit dem Paquelin eine Heilung des Ausschlages gesehen, der aber nach vier Wochen wieder ausbrach.

Den letzten Krankheitsausbruch hatte H. in Amerika durchgemacht; die Abheilung war im August eingetreten. Wenige Tage, bevor die letzte, von mir in ihrer ganzen Ausdehnung beobachtete, Ausschlagsperiode einsetzte, hatte ich zweimal Gelegenheit, den Patienten zu sehen, und es fielen dabei sowohl die bräunlich pigmentierten Narben am Unterschenkel, als die helleren an der oberen Extremität auf, indessen wurde ihrem Ursprunge nicht weiter nachgegangen, nachdem die Nachforschung nach etwa früher durchgemachter Syphilis ein negatives Resultat ergeben hatte.

Die nunmehr folgende Eruption suchte die schon früher befallenen Stellen insgesamt wieder heim und überschritt sogar die Grenzen derselben teilweise, so dass dieser Anfall in Bezug auf Ausdehnung des Ausschlages als der vollkommenste der bisherigen angesehen werden darf. Da das Verbreitungsgebiet des Exanthemes trotz seiner Vergrösserung während der letzten Erkrankung auf mehrere bestimmte Gruppen beschränkt geblieben ist, die also jetzt alle wieder Sitz der Krankheit wurden, dürfte es angebracht sein, mit Beschreibung der Sekundärläsionen vor Beginn der letzten eruptiven Periode nicht vorzugreifen, sondern dieselben mit den Residuen der letzteren zusammen später genau zu schildern. Einstweilen sei nur bemerkt, dass die alten Narben streng für sich abgeschlossene Gruppen mit teilweise homologer Anordnung auf beiden Extremitäten der linken Seite bildeten, und zwar bestanden an der oberen Extremität eine Gruppe auf dem Handrücken und eine auf der Mitte der Streckseite des Unterarmes, während am Unterschenkel eine grosse Gruppe an der Innenseite der unteren Hälfte desselben zu finden war, zu der sich eine auf der Kniescheibe und eine auf der Mitte der Streckseite gesellten.

Doch gehen wir nunmehr auf die Krankengeschichte des letzten Anfalles selbst ein: Am 11. November 1891 erkrankte H. wieder und am Morgen darauf sah man auf der Streckseite des Vorderarmes inmitten alter Narben einige annähernd runde, flache Geschwüre von

ca. 1 cm Durchmesser mit eitrig belegtem Grunde, welche leicht bluteten und teilweise noch von Resten der abgehobenen Epidermis bedeckt waren. Das Bild war dadurch verwischt worden, dass die Decke der sich sehr rasch bildenden Blasen durch den mechanischen Insult der Kleider durchgerieben worden war. Patient klagte zugleich über heftig juckende Schmerzen in den erkrankten Hautstellen. Innerhalb der nächsten acht Tage traten nun in derselben Gegend in Zwischenräumen von einem bis zu drei Tagen Nachschübe auf, und nun gelang es auch, ein deutliches Bild zu bekommen: Die Eruptionen entsprachen im grossen Ganzen dem Pemphigus, sie bestanden in einkammrigen, meist von schmalem roten Hofe umgebenen Blasen mit klarem gelblichen Inhalte. Ihre Bildung erfolgte sehr rasch, so dass man die Morgens noch als Quaddeln erscheinenden Efflorescenzen Mittags bereits zu prallen Blasen entwickelt sehen konnte, wobei die Höhe der grösseren bis zu 7 mm erreichen konnte. Die Gestalt war meist kreisrund, doch vereinigten sich auch 2—4 benachbarte Blasen, so dass Acht- oder Treff-Formen zu Stande kamen. Was die Lokalisation betrifft, so erhoben sie sich auf dem narbenbedeckten Hautbezirke ohne Wahl, so dass sie bald ganz auf Narbengrunde standen, bald auf die bis dahin unversehrten Hautbrücken mit übergriffen. Während die zuerst entstandenen Geschwüre mit Ugt. Jodoformii bedeckt worden waren, wurden nunmehr die Blasen am Grunde mit der Lanzette aufgestochen und so entleert, darauf dick mit Salicylstreupulver eingepudert, indessen konnte auch dadurch die Decke nicht gerettet werden. Immer entstanden dicke, harte Schorfe, welche sich vor Heilung des Geschwüres mehrmals abstiessen.

Wenige Tage, nachdem die letzten Blasen auf dem Vorderarme emporgeschossen waren, begann der Prozess auch auf dem Handrücken, zeigte hier aber verschiedene Bilder. Neben reinen Blasen, bei denen zum Unterschiede von denen des Vorderarmes die elliptische Form vorherrschte, kamen Urticaria-ähnliche Efflorescenzen, nämlich erythematöse Ovalringe, deren Centrum durch eine sehr flache Quaddel dargestellt wurde, zum Vorschein. Trotzdem man also kaum von einer Abhebung der Epidermis bei diesen Elementen reden konnte, verschwanden sie dennoch nach mehrtägigem Bestehen nicht, ohne Sekundärläsionen in der Form von allerdings dünnen Schorfen zurückzulassen, bei deren Losreissung nur äusserst flache Hautdefekte sichtbar wurden. Im Übrigen pflegten auch hier wie am Vorderarme die Schorfe sich mehrmals abzustossen, wobei die Geschwüre immer Neigung zum Bluten zeigten. Betreffs der Lokalisation war auffällig, dass die Eruptionen das bisherige Verbreitungsgebiet überschritten und jenseits der Handgelenkslinie sowie in der Nähe der Fingerwurzeln, besonders des Köpfchens des Daumenmittelhandknochen auftraten, vor letzterem allein

ein Schub von 6 kranzartig angeordneten Blasen ohne roten Hof. An den eben erwähnten Stellen traten ausnahmslos Blasen auf, während auf dem eigentlichen Handrücken die Erythemflecke vorherrschten. Das Aufsprossen der gesamten Efflorescenzen geschah ebenfalls in mehreren Tagen hinter einander, wobei die Gruppe jenseits des Handgelenkes den Anfang, die über dem Daumenmittelhandknochen den Beschluss machte. Während der Zeit dieser Eruptionsperiode, welche am 24. November beendet war, hatten konstante Schmerzen, die am heftigsten in der Gegend des Ausschlages, namentlich am Vorderarme, sich geltend machten, aber auch nach dem Oberarme ausstrahlten, bestanden und sogar den Schlaf stark beeinträchtigt. Andere Krankheitssymptome fehlten. Da erfolgte am 27. unter heftigen neuralgischen Schmerzen der Ausbruch des Exantheses auch am Unterschenkel, und ebenso erhoben sich am Vorderarme unterhalb der vorhandenen Schorfe am Tage darauf, also zu einer Zeit, in der die kokardenartigen Erythemflecke auf dem Handrücken noch unverändert bestanden, drei neue grosse, prall gefüllte Blasen, und damit hatte das Auftreten der Efflorescenzen an der oberen Extremität vorläufig ihr Ende erreicht. Verfolgen wir erst das Schicksal dieser, so stiessen sich die Schorfe der ersten Eruptionen von Mitte November, nachdem sie zweimal unter jedesmaligem Seichterwerden der darunter befindlichen Geschwüre losgelöst und dünner wiedergekehrt waren, am letzten November definitiv ab und hinterliessen dunkelrote teilweise leicht schuppende, gering unter das Niveau der Umgebung eingefallene Narben. Unter den gleichen Bedingungen heilten auch im ersten Drittel des December die Geschwüre der Hand und am 16. waren auch die von dem Nachschube am 28. November herstammenden Geschwüre des Vorderarmes in hochrote Narben verwandelt. Die Heilung erfolgte also in 2 bis 3 Wochen, wurde allerdings gelegentlich dadurch hinausgezogen, dass die Narben beim Hängenlassen des Armes nicht nur dunkler bis blaurot anliefen, sondern sogar schliesslich bluteten, was Anlass zu neuer Bildung von allerdings dünnen Schorfen gab. Die Schmerzen im Arme hatten sofort nach dem Wegbleiben neuer Eruptionen stark nachgelassen und hörten bald in der Ruhe ganz auf. Der Schlaf blieb in der Folge ungestört. Abgesehen von dem späterhin mehr vereinzelt Auftreten der Efflorescenzen wurde dies der seit Erkrankung des Unterschenkels verordneten Bettruhe zugeschrieben.

Um nun zu den Affektionen an der unteren Extremität zurückzukommen, so bestanden bereits ausser einzelnen Flecken auf dem Knie noch zwei Gruppen von Sekundärläsionen, eine kleinere auf der Mitte der Streckseite gleichmässig zu beiden Seiten der Tibiakante, und eine grössere in der unteren Hälfte des Unterschenkels nach innen von der Tibiakante in verdickter Haut gelagert und in ihrer unteren Hälfte

fast die ganze Innenseite desselben einnehmend. Auf der ersteren dieser beiden Gruppen erhoben sich denn zunächst am 27. November runde, pralle Blasen, die folgenden Tages durch einen neuen Schub vervollständigt wurden. Zugleich entstanden aber auch auf der grösseren, untern Narbengruppe ellipsenförmige Erytheme, ähnlich denen auf der Hand, die sich zu flachen Blasen entwickelten, deren Decke eine derbe Faserung zeigte und nicht platzte. Auf der letzten Stelle bildeten sich nun weiterhin in grösseren oder geringeren Zeitintervallen Erythemkreise, flache und höhere Blasen, letztere nur auf bis dahin unversehrten Partien der Haut; der grösste Durchmesser betrug $1\frac{1}{2}$ cm. Ein Schub trat am 3., ein zweiter am 6., ein dritter am 22. December ein. Sowohl während als auch mehrere Tage vor Erhebung der Efflorescenzen, wurden stärkere, bis in die Gesässgegend ziehende Schmerzen gespürt, die aber durch eine dreimalige Gabe von 0,3 gr. Chininum hydrochloricum gemildert werden konnten. Besonders gab Patient entlang einer die grösste Narbengruppe senkrecht durchziehenden, erweiterten Vene Schmerzen an. Während nun die vollen Blasen bald platzten, wobei übrigens tiefere Geschwüre als an der oberen Extremität zum Vorschein kamen, erhielten sich die flacheren ebenso wie die Erytheme länger, was den Heilungsprozess sehr in die Länge zog, da sie sich schliesslich doch noch in ein Geschwür umwandelten. Das nur aus Blasen bestehende Exanthem in dem oberen Gebiete heilte binnen 2 Wochen. Einen besonderen Verlauf nahm aber die Heilung der unteren Efflorescenzen. Hier mag die schlechtere Ernährung des Unterschenkels, die auch sonst Geschwüre langsamer heilen lässt, hinzukommen, und in dem ganz mit alten grossen Narben ausgefüllten Gebiete waren die Ernährungsbedingungen wohl erst recht verschlechtert. Die Schorfe, die noch dicker und spröder als sonst waren, wurden an einzelnen Stellen bis zu 10 mal durch eine manchmal mehr blutige, manchmal mehr eitrig-transsudation gelockert, ohne dass die Abflachung der Geschwüre dabei sichtlich vorgerückt wäre. Die Krusten hafteten meist sehr fest an der Unterlage. Anfang Januar begannen endlich die ersten Schrunde sich definitiv abzustossen, so dass sehr zu Blutungen neigende dunkelrote Narben mit mässiger Abschilferung zurückblieben.

Am 30. December entstanden unterdessen nochmals am Vorderarme auf der Stelle von erst vor 1 Monat geheilten Exanthemen 2 neue kleine Blasen, die entsprechend dem noch bestehenden frischen Narbenkolorit eine schön hochrote Decke erhielten. Sie heilten binnen acht Tagen; ihre Narben schuppten wieder leicht ab.

Am 15. Januar 1892 endlich, während also noch eine ganze Anzahl von Schorfen am Unterschenkel bestand, erhoben sich zwei bohnen-grosse, hohe Blasen auf der Haut der Kniescheibe, die sich nach vier

Tagen in ziemlich tiefe Geschwüre verwandelten. Die Krusten erreichten hier die grösste Dicke. Die Läsionen brauchten fast einen Monat bis zur Heilung. Im Übrigen war das Auftreten dieser beiden vereinzelter Blasen, mit denen dieser Anfall seine weiteste Ausdehnung erreicht und auch die letzte der schon früher heimgesuchten Hauptpartieen ergriffen hatte, noch dadurch ausgezeichnet, dass sie von breitem roten Hofe umgeben waren, in dessen Bereiche die Epidermis abblätterte, eine Eigentümlichkeit welche auch während des Geschwürstadiums bestehen blieb.

Endlich Mitte Februar kamen auch die letzten Geschwüre am Unterschenkel zur Verheilung, nachdem sich ihr Grund jedesmal bei Abstossung einer Kruste etwas gehoben hatte. Ihre Narben waren im Gegensatze zu den übrigen nicht gegen die Umgebung eingesunken, schuppten aber stark ab; jedesmal, nachdem Patient mehr umhergegangen war, nahmen sie eine tief blaurote Färbung an. Ein kleiner Kratzeffekt genügte, um eine Narbe wieder aufbrechen zu lassen, so dass diese letzte Krankheitsperiode erst am 10. März als beendet betrachtet werden konnte, mithin vier Monate gedauert hatte. In den Tagen der definitiven Heilung waren in der Ruhe und bei kleineren Motiven keine Schmerzen vorhanden, traten aber bei stärkeren Bewegungen der betreffenden Glieder sofort auf; der Handrücken wurde schon schmerzhaft, wenn H. mit unbedeckter Hand an die kalte Luft kam oder sie hängen liess, was auch eine Dunklerfärbung der jüngsten Narben zur Folge hatte. Gegen Ende März konnte Patient in Stiefeln umhergehen, ohne dass er Beschwerden davon gehabt hätte. Er wurde darauf als geheilt entlassen.

Bemerken möchte ich noch, dass nach einer erfolgreichen Vaccination auf den anderen Arm nichts Auffälliges beobachtet worden ist. Nachträglich gab H. auch an, dass eine zweimalige vor der Hinreise nach Amerika und Rückreise von dort auf den linken Arm ausgeführte Impfung ebenfalls keinen Einfluss auf den Ausschlag geübt hätte.

Von Interesse für die Differentialdiagnose zwischen der Dermatitis herpetiformis einerseits und dem Erythema exsudativum multiforme und Pemphigus andererseits — denn diese hinterlassen keine Sekundärläsionen von längerer Dauer —, wie für die Verbreitung und Lokalisation des ganzen chronischen Krankheitsprozesses erscheint mir die genaue Beschreibung der in unserem Falle hinterlassenen Narben, zumal hier im Gegensatze zu der allgemeinen Verbreitung eine beschränkte Ausdehnung vorhanden ist, und die Lokalisation während der vielen eruptiven Perioden eine merkwürdige Beständigkeit gegenüber der Verschiedenartigkeit der vom Ausschlage zurückgebliebenen Spuren bewahrt hat. Auch wird hierdurch das Auftreten des Exan-

themen an korrespondierenden Stellen der oberen und unteren Extremität klarer beleuchtet.

Um von dem ältesten Sitze der Krankheit auszugehen, so befinden sich auf dem ganzen Handrücken links bis an die Fingerwurzeln heranreichend dicht gedrängte Narben von teils kreisrunder, teils elliptischer oder eirunder Form und von 4—11 mm Durchmesser. Sie sind teils heller oder dunkler bläulichrot, meist etwas erhaben — die Narben der letzten Eruption, teils blass und etwas gegen die Umgebung eingesunken, so dass sie wie mit dem Locheisen herausgeschlagen erscheinen — die Residuen der früheren Krankheitsperioden. Während die Zahl der letzteren nicht bestimmt werden kann, zumal ihre Umrisse gelegentlich in einander übergreifen, sind allein von der letzten Ausschlagsperiode herrührend 25 bläulichrote Narben zu zählen. Besonders die grösseren derselben zeigen deutlich radiäre Streifung, sie sitzen alle, wie auch die blassen Elemente, lose und mit der Haut verschieblich. Die neuen Läsionen haben insofern ein weiteres Verbreitungsgebiet, als einige von ihnen noch jenseits der Handgelenkslinie liegen, und eine fast kreisförmig angeordnete Gruppe von 7 meist kleineren Narben auf der Gegend über dem Metacarpus pollicis sitzt, beides bis dahin noch nicht von dem Krankheitsprozesse ergriffen gewesene Stellen. Eine auffällige Gemeinsamkeit zeigen aber noch beide Narbengattungen in der seitlichen Begrenzung ihres Gebietes: dieselbe schneidet scharf mit den Grenzen der Behaarung an beiden Seiten des Handrückens ab. Die Ausbreitung ist also auf die Handrückenhautäste des Radialis wie Ulnaris gleicherweise verteilt.

Auf der Streckseite des Unterarmes nehmen die Narben der Länge nach das ganze zweite Drittel desselben in einer Breite ein, welche oben von der Kante der Ulna zum ulnaren Rande des Brachioradialis reicht und sich nach unten von der ulnaren Seite her stark verjüngt. Die lädierte Hautgegend entspricht dem Versorgungsgebiete des Cutaneus medius und Cutaneus posterior inferior; die Grenze gegen den Cutaneus lateralis ist scharf innegehalten. Auch an dieser Lokalisationsstelle unterscheiden sich die neuen Narben von den älteren zunächst durch ihre Farbe, wobei die weissen Narben der alten Eruptionen nicht nur von den livideroten der letzten Ausschlagsperiode abstecken, sondern sich auch von dem dunkleren Colorit der normalen Haut scharf abheben, zumal sie auch gegen die Umgebung eingesunken und so scharf umrandet sind, wie auf der Hand; sie erhalten noch dadurch, dass die Poren in ihrem Bereiche bräunlich pigmentiert sind, ein fleckiges Aussehen. Besonders nach der oberen Grenze zu stehen die Elemente so dicht zusammen, dass manchmal nur schmale Brücken sich zwischen grösseren Narbengruppen befinden. Die kreisrunde Form herrscht am Vorderarm bei weitem vor,

im allgemeinen sind sie grösser, als am Handrücken, wenn der Durchmesser der grössten auch nicht 11 mm überschreitet. Die Faserung ist hier auch bei den 20 neuen Residuen unregelmässig, nicht radiär. Die letzteren füllen besonders die obere Hälfte des Verbreitungsgebietes aus und confluieren gelegentlich bis zur Anzahl von vieren zusammen. Sämtliche Narben sind nicht mit der Unterlage verwachsen.

Teils mit den eben beschriebenen gemeinsame teils verschiedene Beschaffenheit zeigen die Sekundärläsionen an der unteren Extremität der gleichnamigen Seite, und zwar sitzen zunächst auf der Kniescheibe unten und innen 2 bohnen-grosse, schieferrote, stark abschuppende Narben mit fast centimeterbreitem dunklen Hofe, an die sich in der Höhe des Kniescheibenbandes wenig vereinzelt, kleine, leicht eingesunkene anschliessen, die sich von der Umgebung kaum abheben. Weiterhin finden wir in der Mitte der Streckseite des Unterschenkels eine annähernd kreisförmige Gruppe von Residuen derart angeordnet, dass die Tibiakante in der Länge von 6 cm ihren senkrechten Durchmesser bildet. Wir haben es hier mit runden Narben von 5—6 mm Radius zu thun, meist mehrere zu einem Packete vereinigt, wobei jedoch immer die Grenzen der einzelnen zu erkennen sind. Ihre Beschaffenheit entspricht den beiden am Vorderarme beschriebenen Gattungen, nur bieten die Narben der jüngsten Eruption, welche die alten meist verdecken, in Anbetracht dessen, dass sie später entstanden und später geheilt sind, ein dunkleres Colorit dar und schuppen noch ab. Die von diesen beiden letzt erwähnten Gruppen eingenommene Haut wird von Endausbreitungen des Cruralis versorgt.

1 cm schräg unterhalb des eben beschriebenen Narbenkomplexes ein wenig nach innen von der Schienbeinkante beginnt die letzte Gruppe von Sekundärläsionen und erstreckt sich bis 5 cm vor den inneren Knöchel, wobei ihre äussere Vertikalgrenze ziemlich gerade verläuft, während die innere bis zur Hälfte in nach oben innen konkavem Bogen, von da aber auch gerade abwärts zieht, so dass die Länge der oberen Begrenzung nur 4 cm im Gegensatz zu 8 cm der unteren beträgt. In dieser grössten Gruppe kann man drei Arten von Elementen unterscheiden: Erstens eine Gruppe von rotbraunen, grossen, ovalen oder elliptischen Narben, welche ungefähr den inneren, längeren Teil der Gesamtfläche einnehmen und somit etwa ein 3—4 cm breites und 10 cm langes Rechteck bilden. Sie stehen so dicht gedrängt, dass nicht nur normale Hautbrücken in ihrem Gebiete fehlen, sondern dass auch jede einzelne einen Teil ihres Platzes mit mindestens einer benachbarten gemeinsam hat. Der Ausschlag ist hier also am floridesten gewesen. Das Aussehen entspricht am ehesten dem eines Münzbrettes, da sich die Grenzen der Einzelelemente immer schneiden. Diese zeigen eine unregelmässige Faserung und sind von

einem stark pigmentierten Hofe umgeben, der nach der Peripherie zu verblassend in die normal gefärbte Haut übergeht. Ihr grösster Durchmesser erreicht bisweilen 17 mm. Sie sind ebenfalls etwas gegen die Umgebung eingesunken, haben aber einen scharfen, erhabenen Rand. Vereinzelt erweiterte Venen durchziehen ihr Verbreitungsgebiet. Die zweite Gattung besteht aus kleineren runden, wie länglichen Narben von höchstens 8 mm Durchmesser; sie unterscheiden sich von den vorigen durch schmutziggelbe Pigmentierung, sowie dadurch, dass sie viel weniger dicht stehen, im Übrigen sind sie auch scharf gegen die Umgebung abgehoben und leicht eingesunken. Sie nehmen den ganzen übrigen Teil der grossen Unterschenkelgruppe ein und sollen sämtliche allein von der ersten am Beine aufgetretenen Eruption herrühren. Die dritte Art von Elementen endlich sind die Residuen der letzten Anschlagsperiode: dieselben bestehen aus blauroten, meist elliptischen Narben, die nur teilweise eingesunken sind, von variabler Grösse bis zu 17 mm längstem Durchmesser. Sie erstrecken sich hauptsächlich in schräger Linie durch die Grenze der ersten beiden Läsionenformen, bedecken ferner den unteren Teil der dunkel pigmentierten und sind auch durch das übrige Verbreitungsgebiet derselben verstreut, aber hier nicht so deutlich, weil sie kleiner sind und sich von der dunkleren Unterlage schlecht abheben. Unregelmässige Faserung und leichte Abschuppung kommt auch ihnen zu. Auch diese grosse Gruppe von Narben lässt sich mit der hier verdickten Haut abheben und verschieben. Die Behaarung hat hier so wenig wie an den anderen Lokalitätsstätten des Exanthemes gelitten. Die heller pigmentierten Elemente sind die einzigen Läsionen, welche über die Streckseite hinausreichen; denn sie dehnen sich bis $1\frac{1}{2}$ cm vor die hintere Mittellinie aus; indessen überschreitet die letztgeschilderte Gesamtgruppe nicht das Versorgungsgebiet des Saphonus, welches ja auch auf die Innenseite des Unterschenkels reicht, und liegt somit auch im Endgebiet des Cruralis, wie die anderen Gruppen am Beine.

Die Faradisation der lädierten Hautpartien ergibt kaum einen Unterschied der Erregbarkeit gegenüber den gesunden Stellen. Sensibilitäts- oder Reflexstörungen sind am Körper ebensowenig zu beobachten wie während der Krankheitsanfälle.

Vergleichen wir das Bild der oben beschriebenen Erkrankung mit dem Typus der von den Autoren geschilderten Hydroa an der Hand der vier Hauptsymptome derselben, so ergeben sich folgende Punkte: Zunächst sind die Chronicität und das Auftreten der Krankheitserscheinungen in auf

einander folgenden Anfällen (à poussées successives) evident und dadurch schon die Differentialdiagnose zwischen Hydroa einerseits, dem Pemphigus vulgaris und Herpes Iris andererseits entschieden. Denn die Krankheit hat nunmehr vor 6 Jahren begonnen, und der Patient hat in dieser Zeit, soweit man verfolgen kann, mindestens zehn Anfälle durchgemacht. Ebenso typisch war die Zusammensetzung dieser Anfälle aus einzelnen Schüben, die entweder hintereinander oder gleichzeitig auftraten, wenigstens insofern, als die Efflorescenzen des späteren Schubes emporkamen, während wenigstens noch die Krusten des vorhergegangenen bestanden. Der Zeit des Auftretens nach, d. h. in Bezug auf das Alter des Patienten beim ersten Anfall, wäre unser Fall zu der zweiten von Jamieson aufgestellten Art, welche zu jeder Lebenszeit beginnt und von unbegrenzter Dauer ist, zu rechnen. Allerdings sind dann wohl die starken Narben auffällig, wenn man diesen Umstand nicht der Wiederkehr des Ausschlages immer auf denselben Stellen zuschreiben will. Damit kommen wir zur Lokalisation desselben im Falle H., der in Bezug auf letztere eine Ausnahme macht. Während in der Regel der Ausschlag sich schrittweise über den ganzen Körper verbreitet, ist er hier auf bestimmte seit Jahren innegehaltene Stellen beschränkt. Doch sind dies gerade die Gegenden, an denen die Hydroa ihren bösartigsten Charakter zeigen soll, während Hand- und Fussflächen, wie in der Regel, verschont geblieben sind, und an der Hand die Efflorescenzen sogar hart an der Grenze der Vola abschliessen. Der Sitz sprach Anfangs jedenfalls sehr für Erythema exsudativum multiforme, wenn nicht ausser dem Verlaufe und der Einseitigkeit des Exanthems das Zurückbleiben von Narben und das heftige Jucken diese Diagnose ausgeschlossen hätten. Symmetrie und gleichseitiges Befallensein der Ober- und Unterextremität, wie

wir es beobachten konnten, wird von Brocq ebenfalls angeführt. Auffällig ist jedenfalls das Auftreten des Ausschlages nur an einer Körperhälfte und hier wieder hauptsächlich an gleich hohen Abschnitten beider Extremitäten derselben, und diese beiden Punkte sprechen zusammen mit der bestimmten Abgrenzung der Läsionen nach der Ausdehnung von einzelnen Hautnerven meiner Ansicht nach besser als alle bisher veröffentlichten Fälle für den neuritischen Ursprung der Krankheit. So befinden sich die Narben an der oberen Extremität nur im Gebiete von aus dem Radialis — Cutaneus posterior inferior und Ramus superficialis — und dem Ulnaris — Cutaneus medius und Ramus dorsalis — stammenden Hautnerven, am Arme schneiden sie sogar knapp an der Grenze nach dem Medianusgebiete ab. Aehnlich ist das Verhältnis am Unterschenkel, wo die Sekundärläsionen im Ausbreitungsbezirke von Hautästen des Cruralis — Cutaneus femoris internus und Saphenus maior — sitzen und im Gebiete des letzteren die ganze Breite einnehmend scharf seine Grenzen innehalten, während die von dem aus dem Nervus Ischiadicus stammenden Tibialis und Peroneus versorgten Hautbezirke frei von der Affektion geblieben sind. Mit der Ausbreitung des Saphenus maior erklärt sich auch, wie schon früher erwähnt, das Übergreifen des Ausschlages auf die Beugeseite des Unterschenkels. Dass nur einzelne Teile der Versorgungsgebiete zweier aus gemeinsamem Ursprunge hervorgegangener Nerven betroffen sind, bestätigt die Annahme der Autoren, dass die Ursprungsläsion in den grossen Nervenstämmen oder im Centralnervensysteme zu suchen sei.

Im Anschluss hieran sei kurz der die Diagnose ebenfalls bestätigenden Parästhesieen gedacht, die im vorliegenden Falle in dem typischen Zucken bestanden, welches vor und zu Beginn des Anfalles seinen Höhepunkt hatte, aber

auch nach der Eröffnung der Blasen nicht ganz verschwand. Ob die um Neujahr einsetzende mehrtägige Interkostal-neuralgie im Zusammenhange mit der Hautkrankheit ge-standen hat, ist jedenfalls trotz des Auftretens auf der gleichen Seite in Zweifel zu ziehen.

Die Polymorphie war, wenigstens in der von mir be-obachteten Eruptionsperiode nicht sehr stark ausgeprägt. Danach stellte unser Fall die Varietas erythemato-bullosa Brocq's vor: auf erythematös erkrankter Haut traten be-grenzte und umfangreiche Epidermisabhebungen hervor mit ursprünglich klarem, später sich trübendem Inhalte. Auch Erhebung von Blasen auf nicht geröteter Haut, wie sie teilweise von den Autoren geläugnet wird, konnte von uns mit Sicherheit beobachtet werden; es war schon vor Stel-lung der richtigen Diagnose aufgefallen und wurde notirt, dass einem Teile der Blasen der sonst vorhandene, wenn auch schmale rote Hof fehlte. Letzteres spricht auch gegen Urticaria bullosa, gegen Pemphigus wieder das Vorkommen von rein erythematösen Elementen. Papeln und Vesikeln traten nie auf; der bullöse Charakter des Ausschlages war nach den Angaben des Patienten auch in den früheren Perioden allein vorhanden gewesen. Was die Sekundär-läsionen anbetrifft, so waren zunächst die Krusten, trotzdem wirkliche Pusteln nie beobachtet wurden, manchmal ausser-ordentlich dick und hart, die Farbe war selten braun, meist schwärzlich in Folge der oben erwähnten Neigung der Läsionen zu Blutungen. Die Krusten hafteten fest auf der Unterlage, verklebten aber ebenso leicht mit dem aufge-legten Mull trotz dicken Einpuderns, so dass sie, wenigstens am Beine, häufig beim Verbandwechsel losgerissen wurden und exkorierte sanguinolente Flächen zurückliessen. Sonst war das Colorit der frischen Narben eher tiefrot als matt-rosa, wie gewöhnlich beschrieben wird; die gelegentlich be-

obachtete Abschuppung konnte ich fast an allen Narben wahrnehmen. Von der Beschreibung der Sekundärläsionen bei Brocq weichen die Residuen in unserem Falle insofern ab, als hier meist statt der gesprenkelten Pigmentflecke wirkliche Narben vorhanden sind, die je nach ihrem Alter erst blaurot oder hochrot, dann bräunlich pigmentiert und schliesslich in der Farbe von der Haut nicht verschieden oder eventuell gar heller als diese sind, wie am Vorderarme des H. Übrigens scheinen bei uns wirkliche Geschwüre sich auch ohne Kratzen, woran Patient doch meist durch den dicken Verband verhindert war, gebildet zu haben, während Brocq dasselbe zur Bedingung hierfür macht. Hervorzuheben ist noch, dass die Pigmentation auch in Gestalt eines Hofes an einigen Stellen über die Grenzen der ursprünglichen Elemente hinausreicht. Die gelegentlich beobachtete Hautverdickung ist bei H. am Schienbein auch nicht ausgeblieben, wohl in gleicher Weise Folge des Kratzens als der wiederholten Affektionen an dieser Stelle.

Es erübrigt von den vier Hauptsymptomen noch die Besprechung des Allgemeinbefindens. Für die bestehende Integrität desselben liefert unser Fall ein prägnantes Beispiel. Abgesehen von einigen Nächten mit wenig Schlaf im Anfange der Eruptionsperiode hat Patient trotz des lästigen andauernden Juckens keine körperliche oder geistige Gesundheitsstörung gehabt, im Gegenteil während der 3—4 Krankheitsmonate bei nicht zu reichlicher Kost 7 Kilo zugenommen. Dabei scheint er seinem Aussehen nach auch unter den früheren wiederholten Anfällen nicht sonderlich gelitten zu haben, trotzdem die Pflege nie so gut gewesen sein mag, wie während des letzten. Die Armmuskulatur war für einen Schlosser nicht kräftig; aber das dürfte seinen Grund in der Unthätigkeit finden, zu der H. durch das lästige Leiden gezwungen war. — Abgesehen

von der Ausschliessung anderer Krankheiten passen also nicht nur die Hauptsymptome im grossen Ganzen, sondern auch viele als minderwichtig (weil nicht immer vorkommend) beschriebene Erscheinungen der Dermatitis herpetiformis auf unsern Fall, und zwar lassen das ungestörte Allgemeinbefinden, sowie das Fehlen von Fieber und jeglichen Complicationen, als Diarrhoe, Mundschleimhautaffektion oder anderer, denselben schon im allgemeinen als einen gutartigen erscheinen. Die mehr oder minder lange Gesundheitspause zwischen den einzelnen seit 1885 aufgetretenen Anfällen stempeln im Gegensatze zu den ununterbrochenen Attacken der schweren und mittelschweren Fälle das von uns beobachtete Krankheitsbild zu einem Falle der Varietas benigna von Brocq's Dermate polymorphe prurigineuse chronique à poussées successives oder der Hydroa Unna's.

Gehen wir nunmehr zum zweiten Falle über :

Hermann Eisler, 38jähriger Maurer aus Wüllerstedt bei Buttstädt, mittelgross, von kräftiger Muskulatur, ziemlich guter Ernährung und gebräunter Haut, giebt an, ausser an Masern oder unbedeutenden Krankheiten in der Kinderzeit früher nie erkrankt zu sein; seit seinem 32. Lebensjahre stelle sich indessen bei Witterungswechsel häufig Rheumatismus im rechten Oberschenkel ein. Seine Eltern sind früh gestorben, die Mutter mit 39 Jahren an Krebs, der Vater 44 Jahre alt wohl an Perforation eines Magengeschwürs. Letzterer war ein hitziger Mann, ebenso wie Eisler selbst sehr leicht in Zorn gerät.

Sein jetziges Leiden begann vor vier Jahren, indem die Lippen dick wurden, und sich auf ihnen wie an der Zunge weisse Bläschen erhoben, die platzten und wunde Stellen zurückliessen; an der Zunge war der Prozess so ausgebreitet, dass „es reine Stücken wegfrass“. Patient musste damals bis zur Heilung acht Tage das Bett hüten. Später trat der Ausschlag auch an den Extremitäten auf, und zwar waren es bald nur rote Flecken, bald Knötchen oder es kam zu umfangreichen Quaddeln wie flachen Blasen, die aufplatzten, während in ihrer Peripherie der Prozess in Rötung oder Blasenbildung weiter um sich griff, so dass oft der grösste Teil der Streckseite der Beine von ihm zu gleicher Zeit heimgesucht war. Unter starker Abschupfung heilte nach mehr oder minder langer Zeit der Ausschlag mit Hinterlassung von braunen Flecken. Er trat immer anfallsweise auf,

und die Anfälle dauerten mehrere Wochen oder Monate; sie konnten direkt auf einander folgen oder eine Pause zwischen sich lassen. Immer waren sie von einem ausserordentlich lästigen Jucken begleitet. Trotzdem blieb, wie die kräftige Muskulatur beweist, das Allgemeinbefinden abgesehen von der gegen früher erhöhten Reizbarkeit ein gutes, so dass Eisler während der vier Jahre höchstens dann die Arbeit aussetzen musste, wenn zu grosse Hautstellen der Oberhaut beraubt waren. Da er also immer in seinem Handwerk fortgefahren war, kann er auch keine bestimmten Grenzpunkte für die Dauer und Zahl der einzelnen Anfälle und Pausen angeben. Verschiedentliche Behandlung blieb erfolglos. Soweit die Mitteilungen des Patienten.

Interessant war es, dass, als ich den Patienten zum ersten Male sah, nach seiner Angabe gerade kürzlich ein Anfall beendet war und ein neuer begann. Der Befund am 18. April war folgender: An der linken Seite der Nasenspitze befindet sich eine etwa bohngrosses helle Kruste; auf dem Nasenrücken sieht man kleinere, pigmentierte Stellen, unter dem rechten Auge gerade auf dem Jochbeine ein aufgekratztes Bläschen mit rotem Hofe, alles nach Angabe Eislers Residuen vom vergangenen Anfalle. An der rechten Hand bemerkt man über den Mittelhand-Phalangealgelenken und weiter hinten kleinere rote Narben, auch eingetrocknete Bläschen oder Knötchen, ebenso an der Ulnarkante des Vorderarmes, ausserdem besonders am oberen Teile der Ulnarseite unregelmässig verstreute hell- bis dunkelbraun pigmentierte Bezirke. Auf dem Rücken der linken Hand ähnelt der Befund dem auf der rechten; auch auf dem linken Vorderarme befinden sich in der Nähe des Olecranon pigmentierte Stellen, daneben kleine umschriebene Rötungen, in deren Mitte minimale Borken als Folge des Kratzens sitzen.

Weiterhin ist die Haut über dem linken Ligamentum patellae in der Grösse eines Pfennigstückes dunkel pigmentiert und in der Peripherie dieses Fleckes zu einem 3 mm breiten, erhabenen, blässbläulich-roten Ringe aufgeworfen. Ausserdem fallen an beiden Extremitäten verschiedene unregelmässig begrenzte, stark braun pigmentierte Hautbezirke auf, die sich meist auf die Streckseiten beschränken und am deutlichsten an der Innenseite beider Oberschenkel sind, neben einer halbhandtellergrossen Hautpartie oberhalb der rechten Kniescheibe, welche intensiv dunkelbraune Pigmentierung als Residuen einer jüngeren Exanthemperiode darbietet.

Während also eingetrocknete Bläschen, frische Narben und Borken die Beendigung eines, im Übrigen nicht ausgedehnten, Anfalles anzeigen, erkennt man in den Knötchen auf beiden Handrücken und in dem lividen Erythemring um das braune Centrum am linken Knie den Beginn einer neuen, auf die vorhergegangene unmittelbar folgenden eruptiven Periode.

In der folgenden Woche gewann denn auch der Process grössere Ausdehnung an den Händen, griff wenige Tage später an beiden Beinen um sich und trat schliesslich Anfang Juni auch an der Zunge auf heilte hier aber schneller ab. Daher konnte ich, als Patient sich mir lange Zeit darauf wieder vorstellte, an den vorderen und seitlichen Partien der Zunge nur noch weisse Fleckchen wahrnehmen, die den ehemaligen Sitz der Bläschen anzeigten. An den Extremitäten indessen war der Ausschlag weit vorgeschritten und befand sich ungefähr im Höhestadium. Durch äussere Verhältnisse war es mir unmöglich, den Patienten vor dem 19. Juni wiederzusehen, so dass ich mich betreffs Angabe der Initialelemente auf dessen Aussagen verlassen muss. Diese gehen dahin, dass der Anfang des Anfalles abgesehen von den wenigen, mir im April zu Gesicht gekommenen Efflorescenzen in rundlich begrenzter Erythem- resp. Quaddelbildung bestand, welcher Process sich nach einer oder mehreren Seiten weiter ausdehnte, während der ursprüngliche Heerd durch seröse Transsudation seine Decke verlor und unter Krustenbildung heilte mit Hinterlassung einer geröteten Hautpartie, deren Röte später einer braunen Pigmentierung wich. Im Übrigen war der Befund vom 19. Juni folgender:

Auf der Mitte der Streckseite des linken Oberschenkels befindet sich, bis 1 cm oberhalb der Kniescheibe herabreichend, ein im Ganzen annähernd rundliches Ausschlagselement mit 6 cm Durchmesser, dessen Grenzen scharf gegen die Umgebung abgesetzt sind und von kleineren und grösseren, mit ihren Enden zusammenstossenden Kreissegmenten gebildet werden, also den Ursprung von mehreren, durch fortschreitendes Wachstum zusammengestossenen Ursprungselementen verraten. In der Mitte dieses erkrankten Bezirkes ist die Epidermis teils in Form von flachen, klare Flüssigkeit enthaltenden Blasen erhoben, teils schuppt sie ab, die periphere Partie aber besteht aus einem ungefähr 1 cm breiten, entsprechend der Zusammensetzung aus einzelnen Kreissegmenten überall guirlandenartig nach der konvexen Seite vorgebuchteten, aufgewulsteten erythematösen Ringe, der wieder der Breite nach aus schmalen, concentrisch angeordneten Secundär-Ringen gebildet wird. Diese, an Zahl 4-5, sind wieder nach aussen mehr tiefrosa, nach innen mehr blassrosa gefärbt und zeigen durch diese scharfe Abhebung der äusseren Hälfte des älteren Ringes (bez. Kreissegmentes) von der inneren und jüngeren gut das schubweise Weitergreifen des Exantheses an. Den Anblick der concentrischen Erytheme möchte ich am ehesten mit dem der Jahresringe bei Bäumen vergleichen. Beim Einstechen kommen aus den geröteten Hautpartien ganz geringe Mengen klaren Transsudates hervor. Der Hof des Exantheses ist stellenweise leicht pigmentiert.

Im Allgemeinen bestehen dieselben Verhältnisse auch an den übrigen Ausschlagsstellen, nur dass die Abgrenzung gegen die gesunde Haut meist keine vollständige ist, sondern dass die erythematösen Bögen eine meist breite Stelle offen lassen, wo die normale Haut allmählich in im Innern der Bögen gelegene Hautpartieen übergeht, welche sich durch Pigmentierung oder Abschuppung als früheren Sitz der Entzündung dokumentieren, teilweise aber, besonders centralwärts, schon das Aussehen intakter Haut darbieten. So findet sich auf dem rechten Oberschenkel ein breites, wieder aus concentrischen Ringen bestehendes Erythem, welches im Ganzen als Halbring mit über 3 cm Durchmesser erscheint. Von den Enden dieses Halbringes und zwar von der konkaven Seite erstreckt sich eine 6 cm lange pigmentierte Hautpartie, welche ihrer besonders dunklen Farbe wegen schon am 18. April aufgefallen war, nach rechts; es scheint hier also eine Lieblingslokalisationsstätte der Krankheit zu sein.

Nicht so eklatant symmetrisch ist die Ausbreitung des Ausschlages auf den Unterschenkeln; doch ist sie auch hier umfanglicher auf der linken Seite. Der erkrankte Hautbezirk stellt hier ungefähr ein nach unten offenes Rechteck dar, selbstverständlich entsprechend der guirlandenartigen Begrenzung mit abgerundeten Ecken und nach der konvexen Seite vorgebuchteten Grenzen, während allerdings die obere Begrenzung in ziemlich gerader Linie 1 cm über der Höhe des Ursprunges des Ligamentum patellae in der Länge von 13 cm verläuft; die seitlichen Grenzen betragen ca. $11\frac{1}{2}$ cm. Das hier manchmal 2 cm breite Erythem besteht ebenfalls wieder aus concentrischen Ringen. Die von ihm begrenzte Hautpartie erscheint gesund, nur leicht pigmentiert. In die untere offene Seite derselben ragt eine rundliche, stark pigmentierte noch abschuppende Stelle von $3\frac{1}{2}$ cm Durchmesser herein. Nach aussen von derselben, also an dem einen Ende der Erythemzone, ist die Haut teilweise des Epidermis beraubt.

Auf dem rechten Unterschenkel, wieder auf der Streckseite, sitzt zunächst dicht unterhalb der Kniescheibe ein annähernd kreisrundes Erythem von $4\frac{1}{2}$ cm Durchmesser mit normalem Centrum. Dies also ungefähr einen Erythemring darstellende Element stösst nach unten mit der Mitte eines zweiten, sich in der Breite von $4\frac{1}{2}$ und in der Länge von 10 cm quer erstreckenden zusammen, derartig, dass an der Berührungsstelle die Erythemgrenzen auseinanderweichen, und ihre bis auf starke Abschuppung nichts Pathologisches zeigenden Centren in einander übergehen. Gegenüber dieser Stelle ist ebenfalls eine Lücke in der Einfassung vorhanden, in der die abschuppende Haut nach aussen in normale übergeht. Wenig unterhalb dieser Stelle finden sich 8 kreisförmig angeordnete, linsengrosse, rundliche Pigmentflecke, Residuen kürzlich abgeheilter, wohl vesikulöser Elemente. Endlich findet

sich noch tiefer eine teilweise mit Borken bedeckte, pigmentierte Hautpartie von ovaler Form, deren halbe Peripherie von einer schmalen Erythemzone gebildet wird, welche an einem Ende in epidermisberaubte Haut übergeht, und mehr nach unten und links sieht man weitere ovale Pigmentflecke, die noch abschuppen.

Schwächer ist das Exanthem an den oberen Extremitäten, und zwar wiederum geringer rechts als links. So bemerkt man auf der Beugeseite des rechten Vorderarmes gleich auf der Mitte ein 2 cm langes aus 3 zusammengeflossenen Kreisen gebildetes Element, dessen schön rosa gefärbte Peripherie eine Borke umschliesst. Gleich oberhalb sitzt ein unregelmässiger breiter Pigmentfleck. Ausserdem finden sich noch kleinere, rote, neu epidermisierte Stellen über dem Köpfchen des 3. Mittelhandknochens, über dem 1. Interphalangealgelenke des 3. und 5. Fingers, auf dem 2. Gliede des 4. Fingers, über dem Ulnarknöchel und zwei auf der ulnaren Kante der Hand.

Linkerseits, wo der letzte Anfall damals begonnen hatte, bemerkt man solche frisch geheilte Stellen ebenfalls an der Hand, nämlich eine 3 cm lange über dem Köpfchen des 3. Mittelhandknochens, eine auf dem ersten Gliede des 4. Fingers, eine gezackte auf der Mitte des Daumenmittelhandknochens und eine auf der Grenze der Mittelhand und der Handwurzel radial von der Mittellinie. Weiterhin sitzen mehrere Exantheme noch besonders an der Ulnarseite der Hand und des Armes, grosse Bögen, die wieder aus kleineren zusammengesetzt sind, immer einen noch wunden oder wenigstens noch mehr oder weniger abschuppenden Bezirk teilweise umfassend. Drei derartige Bögen von 3—4 cm Länge bedecken die Haut an den vorderen Teilen des Unterarmes, Olecranon zu sich zwei grosse von 9 cm Länge mit 5 cm breitem pigmentierten Umfassungsgebiete ausdehnen. Diese Erythembögen sind, wenn auch ebenfalls aus mehreren concentrischen Ringen zusammengesetzt, doch an den Armen schmalere und weniger erhaben, als an den Beinen. Ferner sind auf der Beugeseite des Unterarmes gleich hinter dem Handgelenk kleinere fast geheilte Entzündungsbezirke zu bemerken. Endlich schimmern in der Hohlhand mehrere weisse Fleckchen durch; wegen der beträchtlichen Dicke und Verhornung der Epidermis an dieser Stelle scheint es zu keiner Abhebung derselben durch das Transsudat gekommen zu sein. Die Symmetrie in der Lokalisation des Exantheses ist auch hier wenigstens an den Händen unverkennbar.

Es erübrigt noch, den Befund am 11. Juli, an dem ich den Patienten zum letzten Male sah, wiederzugeben. Beginnen wir wieder mit den unteren Extremitäten als mit dem Hauptsitze des Exantheses, so ist zunächst der Erythemring oberhalb des linken Knies so weit gewachsen, dass sein Durchmesser 10 cm gegen 6 am 19. Juni beträgt,

aber er hat an der Aussenseite eine die ganze Höhe einnehmende Lücke bekommen, so dass die nur noch von ihm umfasste pigmentierte Hautpartie hier in normale Haut übergeht. Im Übrigen zeigt das nunmehr also bogenförmige Erythem noch dieselbe Wulstung und dieselbe Zusammensetzung der Länge nach aus an einander gereihten kleinen Kreissegmenten, wie der Breite nach aus den nach aussen dunkleren, nach innen blässeren concentrischen Ringen, ein Verhalten, was im Ganzen auch bei den übrigen, sonst der Ausdehnung nach veränderten, Efflorescenzen geblieben ist.

Der Ausschlag am linken Unterschenkel hat insofern eine Änderung erfahren, als die obere Begrenzung von 13 auf 14 cm Länge gewachsen ist, und die innen sich so teils nach der Beugeseite des Unterschenkels hinausgeschoben hat, aber durch Heilung von unten her von 11½ auf 4 cm verkürzt ist, während der äussere senkrechte Schenkel des bei der vorigen Besichtigung nur nach unten offenen Rechteckes völlig verschwunden ist, so dass diese ehemaligen Exanthemstellen nur noch durch abschuppende Zonen angedeutet werden, ebenso wie auch innen von dem noch bestehenden Erythem die pigmentierte Haut in einer dünnen Zone abschuppt. Statt dessen sind an tiefer gelegenen Teilen des Unterschenkels, wo früher nur Andeutungen eines beginnenden Ausschlages waren, neue teils umfangreiche Elemente aufgetreten. Zwei längliche noch rote Flecken über der Mitte der Tibiakante deuten ein eben geheiltes Exanthem an. Besonders aber fällt ein mehrere Centimeter über dem äussern Knöchel beginnender und sich über die Hinterseite bis auf die Innenfläche des Unterschenkels ziehender, breiter erythematöser Halbring auf, in dessen inneren Zonen die Epidermis teilweise abgehoben ist, während die von ihm umfasste Hautpartie teils frisch gerötet erscheint, teils bräunlich pigmentiert ist und abschuppt. Nach oben von diesem Halbring befinden sich an der Aussenseite der Wade mehrere Schorfe, weiter unten treten noch kleinere schuppende oder erythematöse Stellen auf.

Am rechten Unterschenkel bildet das unterhalb der Kniescheibe gelegene Exanthem jetzt einen nach dessen Innenseite offenen rechten Winkel, dessen wagerechter Schenkel 12, dessen bereits auf der Aussenfläche des Beines sich erstreckender senkrechter Schenkel 4 cm lang ist. Ausser kleinen Krustchen bemerkt man sonst im Innern des Winkels nur bräunliche Verfärbung. Der Ausschlag auf dem Oberschenkel ist peripherwärts weiterschritten unter Abheilung von innen her, so dass die so vergrösserte, teils abschuppende pigmentierte Fläche, welche nunmehr von ihm in drei Vierteln der Peripherie umfasst wird, einen Durchmesser von 8 cm aufzuweisen hat.

Zahlreiche zierliche Erytheme von Guirlandenform finden sich am linken Vorderarm, wo sie neben alten, pigmentierten Lokalisations-

stätten des Ausschlages sitzen oder auf diese übergreifen. Eine Gruppe solcher Elemente liegt an der Beugeseite gleich oberhalb des Handgelenkes, eine andere radial nahe dem Ellenbogengelenke, eine dritte im unteren Drittel der Streckseite. Betreffs der Form und Zusammensetzung der Bögen bestehen dieselben Verhältnisse, wie früher. Ausgedehnte Pigmentierungen an Hand und Arm zeugen von der Ausdehnung des Ausschlages im Juni. Kleine Schorfe finden sich dorsal zwischen Mittelhandknochen des 1. und 2. Fingers. Letzteres ist auch an der rechten Hand der Fall. Ausser einer noch nicht epidermisirten Stelle auf dem ersten Gliede des Zeigefingers sind alle Eruptionen an dieser Hand vom 19. Juni geheilt. Dagegen sitzt je ein breiter Erythembogen von $4\frac{1}{2}$ — 6 cm Länge mit theils abgeheiltem, theils noch verschorften, 3 cm breiten Innern auf der Beugeseite und aussen wenige Centimeter unterhalb des Olecranon am rechten Vorderarme, zu denen sich ein ringförmiges Element, nach innen vom Olecranon, und ein bogenförmiges, gleich oberhalb des Handgelenkes gelegen, beide klein, gesellen. Der Prozess hat also an den oberen Extremitäten und am rechten Beine seinen Höhepunkt überschritten, während er wenigstens an der Wade des linken Beines noch im Fortschreiten begriffen ist.

An der Nasenspitze und über dem rechten Jochbein deuten noch rote Narben die im April wahrgenommene Lokalisation des Exanthes an diesen Stellen an.

Hinzuzufügen ist, dass Fieber und andere Komplikationen nicht beobachtet worden sind. Die rheumatischen Schmerzen beim Witterungswechsel dürften auch kaum im Zusammenhang mit unserer Trophoneurose stehen, da sie erstens zwei Jahre früher eingetreten und zweitens nur einseitig auf eine untere Extremität beschränkt sind.

Betrachten wir auch diesen Fall nach den von Unna aufgestellten vier Hauptsymptomen, so ist zunächst das von diesem Autor für unumgänglich notwendig erklärte Recidivieren klar und deutlich; denn wir haben es mit einem seit 4 Jahren bestehenden, also ausgesprochen chronischen, in einzelnen von meist geringen oder ganz fehlenden Pausen getrennten Anfällen auftretenden Krankheit zu thun. Nicht minder fest ist das zweitwichtigste Symptom, die begleitenden Parästhesien, ausgeprägt. Ob die Polymorphie ausgesprochen vorhanden war, will ich dahingestellt sein lassen, da ich selbst ausser wenigen Knötchen und Sekundärläsionen, die sich augenscheinlich aus Vesikeln entwickelt hatten, nur peri-

pherwärts fortschreitende erythematöse Elemente sehen konnte. Diese aber passen treffend auf die Beschreibung Brocqs, welcher von hellrosa bis dunkelrot gefärbten Bögen oder vollkommenen Kreisen, flach oder aufgewulstet, mit gesund aussehendem Centrum spricht, wenn auch der letzte Punkt in unserem Falle das seltenere war. Ausserdem sprechen das Auftreten des Ausschlages an den doch als Prädilektionsstellen zu erachtenden Streckseiten der Extremitäten und die Symmetrie in der Ausbreitung ebenso, wie die in Schuppung und Pigmentierung bestehenden Sekundärläsionen für die Diagnose *Dermatitis herpetiformis*. Für das letzte Hauptsymptom, das ungestörte Allgemeinbefinden, liefert die trotz der gelegentlich so weiten Ausbreitung des Exantheses unversehrt gebliebene Arbeitskraft und die kräftige Muskulatur F's. ein prägnantes Beispiel.

Pemphigus acutus konnte bei der Diagnose sowohl des Fehlens von bullösen Efflorescenzen, als der Chronicität wegen sofort ausgeschlossen werden. Gegen *Erythema polymorphum* sprechen das Übergreifen auf die Beugeseiten und das allgemeine Auftreten des Exantheses, ebenso wie die lange Dauer der Krankheit und die Parästhesieen. Herpes Iris konnte ebenfalls der letzten beiden Symptome wegen nicht in Betracht kommen, abgesehen davon, dass Bläschen wenig vorkommen. Gegen *Urticaria bullosa* sprechen schon hinsichtlich der Form des Ausschlages das Vorhandensein von Knötchen und das Fehlen bullöser Elemente. Mithin bleibt auch in diesem Falle nach Ausschliessung anderer Dermatonosen und nach Erfüllung der Hauptbedingungen die Diagnose der *Hydroa* uns übrig, und zwar würden wir eine *Varietas erythematosa* vor uns haben, bei der das seltene Übergreifen des Ausschlages auf Gesicht, Schleimhaut des Mundes und Handfläche stattgefunden hat. Da die Intervalle zwischen den einzelnen Attacken gering

gewesen sind oder gefehlt haben, möchte ich den Fall eher der typischen Hydroa als der benignen Form zurechnen. Auch hier sprechen zwei Punkte für den neurotischen Ursprung der Erkrankung, nämlich die nervöse Veranlagung des Patienten und die auffällige Symmetrie in der Ausbreitung auf beiden Körperhälften. Die so bedeutende Verschiedenheit unserer beiden Fälle in der äusseren Form des Ausschlages neben Gleichheit in dreien der Hauptsymptome: Recidivieren bei ausgesprochener Chronicität, Parästhesien, wenig gestörtem Allgemeinbefinden, liefert einen treffenden Beleg für die Polymorphie, die vierte Haupteigenschaft der Krankheit.

Um die über die *Dermatitis herpetiformis* gemachten Erfahrungen zu vervollständigen, sei schliesslich noch anhangsweise eine zusammenhängende Darstellung der gegen sie versuchten Therapie gegeben, und ich knüpfe dabei am besten an das betreffende Kapitel in Brocq's Abhandlung¹⁾ an. Danach ist an Medikamenten so ziemlich alles durchprobiert worden, mit nur wenig Erfolg. Das gleiche hört man von fast allen übrigen Autoren. Es würde zu weit führen, alle Mittel aufzuzählen, die man versucht und bei denen man einen Erfolg zu haben geglaubt hat; vielfach wird die vermeintliche Heilung durch die betreffenden Mittel darauf beruhen, dass die Attacke so wie so ihr Ende erreicht gehabt hätte. Von der Mehrzahl der behandelnden Ärzte wird das Arsen als in vielen Fällen nützlich gelobt; in anderen ist der Erfolg ausgeblieben. In günstigem Sinne sprechen sich z. B. Blaschko²⁾, Stelwagon³⁾, Jamieson⁴⁾ und

1) Monatshefte für praktische Dermatologie. Band VIII, 1889.

2) Berl. Klinische Wochenschrift. XXVI. Jahrgang, Nr. 6.

3) Bericht über 3 Fälle von *Dermatitis herpetiformis*. Journ. of cutan. and genito-urinary diseases. 1890 Februar.

4) Edinb. med. journal 1891, Januar. W. A. Jamieson: *Dermatitis herpetiformis, a clinical study.*

Brocq¹⁾ aus. Letzterer empfiehlt ausser Kali arsenicosum, welches er in die erste Linie stellt, die Tonica, besonders Chinin und Ergotin, ausserdem Sedativa, Belladonna, Strychnin und Leberthran. Duhring selbst hat in der 14. Jahresversammlung der American Dermatological Association im September 1890 über die Behandlung der Dermatitis herpetiformis²⁾ gesprochen. Nach ihm ist von internen Mitteln nicht viel zu erwarten. Dagegen haben ihm äusserlich umstimmende Mittel, wie Theer, Schwefel, Resorcin, Thymol, Ichthyol und Carbolsäure gute Dienste geleistet. Namentlich habe sich ein längeres und gründliches Einreiben mit einer Schwefelsalbe von 8:30 nützlich erwiesen. Im Übrigen sei das Wie der Applikation wichtiger als das Was; entsprechend dem meist multiformen Charakter der Affektion müssen die angewandten Mittel sowohl der Art als der Concentration nach verschieden sein. Auch Jamieson empfiehlt Schwefel in Form von Schwefelbädern mit Stärkeabkochungen und kühlenden Einreibungen, während Brocq Schwefel, Theer, alkalische und Amylum-bäder von keinem Nutzen zu sein scheinen: sie führten ebenso wie die Emollientia, Stärkemehlkataplasmen und Kautschukeinreibungen zu allzustarker Aufweichung der Haut. Von äusseren Mitteln lobt letztgenannter Forscher das Einreiben mit Linimentum oleo-calcarium, mit oder ohne Zusatz von 1—1½ 0/0iger Carbolsäure und darauffolgende Wattepackung, desgleichen die indifferenten Pulver, wie Amylum, Zinkoxyd, Bismuthum subnitricum und besonders Talcum, endlich Betupfungen mit Bor-, Carbol-, Sublimat-, Kokäinlösungen und Aqua Laurocerasi. Schliesslich empfiehlt

1) New-York Med.-Journ. 20. IX. 90.

2) Berl. Klinische Wochenschrift. XXVI. Jahrgang, Nr. 6.

Schwimmer in Budapest die äusserliche Anwendung des Thiols (Thioli 10,0, Aq. dest. a0,0).¹⁾

Ausserdem stellt Brocq noch allgemeine Verhaltensmassregeln auf, besonders Regelung der Diät, als Milchtrinken und Weglassen von Alkohol, Kaffee, Tabak, Sorge für Regelmässigkeit des Stuhlganges und der Harnentleerung, sowie das Fernhalten von Gemütseregungen, bei nervösen Personen Valeriana, Asa foetida und Castoreum, bei Fieber soll Chininum bromhydricum verordnet werden.

In unserem ersten Fall konnten wenig Erfahrungen gemacht werden, da erst die Diagnose Pemphigus und dann Erythema polymorphum gestellt war, und danach fast nur mit Palliativ-Mitteln wie Auflegen von Bor- und Jodoformsalbe und Einpudern mit Salicylstreupulver vorgegangen wurde. Gegen die Schmerzen bei Beginn eines Schubes wurden mit gutem Erfolg tägliche Dosen von 3mal 0,3 Chininum hydrochloricum gegeben. Bei den früheren Anfällen war von dem behandelnden Arzte ohne jeglichen Nutzen eine Jodkali- und längere Arsenbehandlung eingeleitet worden, Schwefelbäder hatten nach Angabe des Patienten nur den Erfolg, dass sie das Jucken vorübergehend linderten. Im zweiten Falle wurde sofort Solutio Fowleri verschrieben, ein Erfolg konnte aber wohl überhaupt bei dem seltenen Erscheinen des entfernt wohnenden Patienten in der Poliklinik nicht eintreten, da die Behandlung so keine dauernde war, abgesehen davon, dass die allgemeinen Bedingungen für eine erfolgreiche Bekämpfung der Krankheit nicht erfüllt werden konnten.

1) Die äussere Anwendung des Thiols bei Hautkrankheiten, von Prof. E. Schwimmer in Budapest. (Intern. Klin. Rundschau 1890. Nr. 19.)



Am Schlusse dieser Arbeit ist es mir eine angenehme
• Pflicht, Herrn Professor Dr. Stintzing für die freundlichst
gewährte Hülfe meinen verbindlichsten Dank abzustatten.



11301