



Über das
Ulerythema ophryogenes,
eine noch nicht beschriebene Hautkrankheit.

Inauguraldissertation

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde
der Universität Kiel

vorgelegt von

Paul Taenzer,

aus Leipzig,

Assistenzarzt an Dr. Unna's Klinik für Hautkrankheiten zu Hamburg.

Opponenten:

Dr. med. L. Török.

Dr. med. E. v. Döring.



Hamburg.

Verlag von Leopold Voss.

1889.

Über das
Ulerythema ophryogenes,
eine noch nicht beschriebene Hautkrankheit.

Inauguraldissertation

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde
der Universität Kiel

vorgelegt von

Paul Taenzer,

aus Leipzig,

Assistenzarzt an Dr. Unnas Klinik für Hautkrankheiten zu Hamburg.

Opponenten:

Dr. med. L. TÖRÖK.

Dr. med. E. v. DÜRING.



Hamburg.

Verlag von Leopold Voss.

1889.



Rektoratsjahr 1888/9 Nr.

Referent: Prof. Dr. QUINCKE.

Zum Druck genehmigt:

Dr. WERTH, z. Z. Dekan.

Meinem

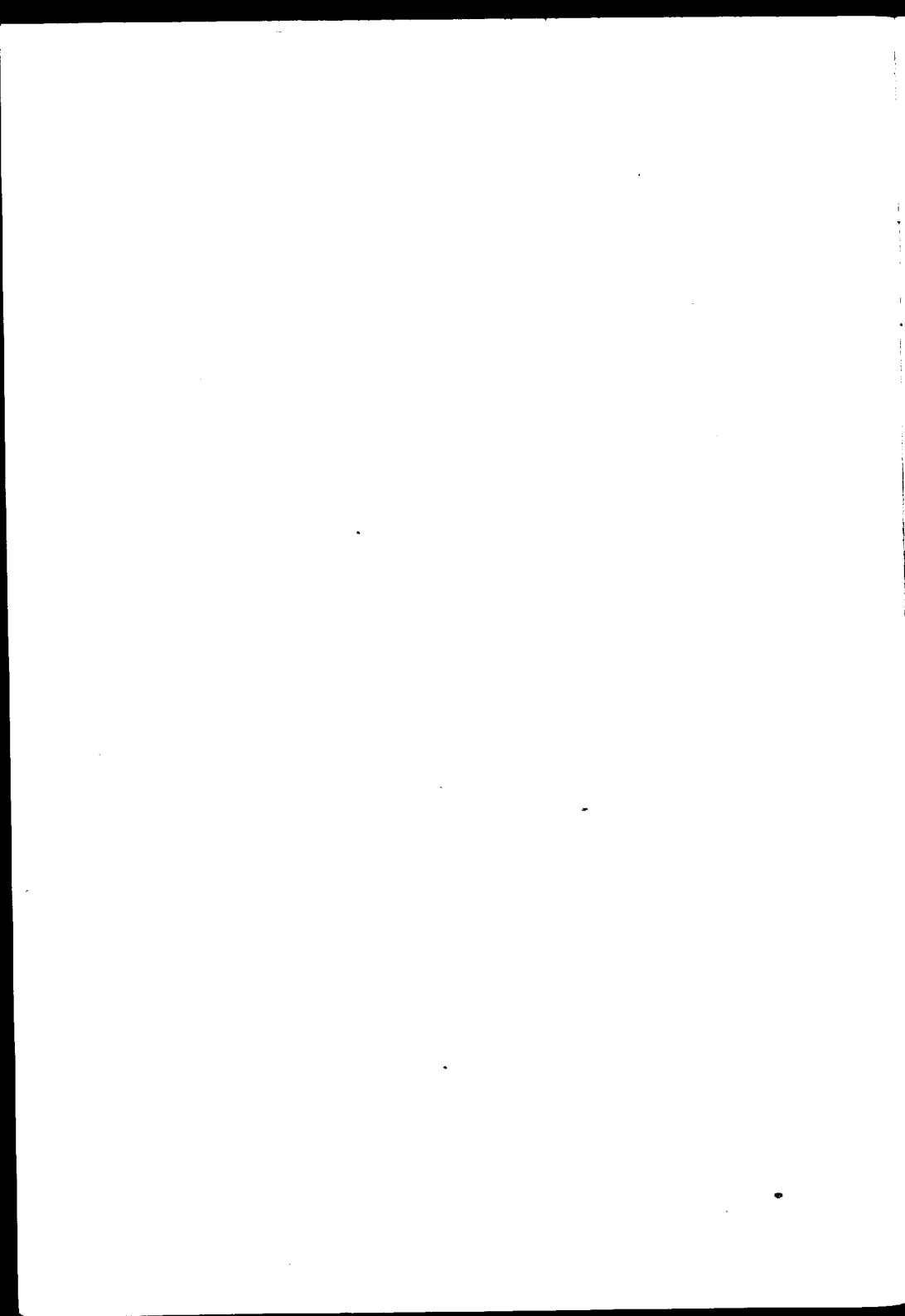
hochverehrten Chef und Lehrer

Herrn Dr. P. G. Unna

in Hamburg

in Dankbarkeit gewidmet

vom Verfasser.



In den letzten drei Jahren hatte ich Gelegenheit, sechs Fälle einer eigentümlichen Haarerkrankung kennen zu lernen, die meines Wissens noch von niemandem beschrieben worden ist. Die Affektion beginnt in frühester Kindheit mit Rötung der Haut der Augenbrauenbogen (hier erhält sich die Affektion während des ganzen Lebens) und greift erst später auch auf einige benachbarte Partien, besonders des Gesichts, des behaarten Kopfes, seltener der Oberarme über. Zuerst einem sogenannten Lichen pilaris auf etwas geröteter Basis gleichend, führt die Krankheit regelmäßig an einigen Stellen, in schlimmeren Fällen überall zu einer stärkeren, jedoch stets sehr oberflächlichen Entzündung der Haut. Dieselbe charakterisiert sich an den Haarbälgen durch den verspäteten Durchbruch einzelner meist büschelförmig stehenbleibender stärkerer Haare, welche zeitweilig die Symptome einer nicht eiterigen Follikulitis zeigen, während die dazwischen liegende Haut, langsam einsinkend, einem atrophischen Prozesse anheimfällt.

Nur einmal habe ich Gelegenheit gehabt, das Endstadium dieses äußerst langsam verlaufenden Entzündungsprozesses zu beobachten, es bestand in einer totalen Alopecie und Atrophie der Kopfhaut, so hochgradig, wie es nur sehr lange Zeit bestehende Favusfälle zu hinterlassen pflegen.

In den meisten Fällen bleibt die Affektion an einigen Stellen im ersten, an andern Stellen im zweiten Stadium zeitlebens bestehen. Dieselbe scheint nicht sehr selten zu sein; daß man derselben bisher als einer besondern Erkrankung keine Beachtung

geschenkt hat, liegt offenbar darin begründet, daß nur das Mitbefallensein der Kopfhaut zu so hochgradigen und dabei eigentümlichen Veränderungen führt, daß die Besonderheit der Affektion durchaus nicht zu übersehen ist.

Diejenigen Fälle, welche mir zuerst die Überzeugung verschafften, daß wir es hier mit einer durchaus eigenartigen Erkrankung zu thun haben, betrafen zugleich drei Mitglieder einer Familie, so daß diese Fälle Anlaß gaben, sich die Frage vorzulegen, ob hereditäre Beanlagung oder parasitäre Übertragung in der Ätiologie die Hauptrolle spielten. Im folgenden gebe ich kurz die betreffenden Krankengeschichten.

I. Fall.

Der erste Fall betrifft eine Frau von 40 Jahren, die seit 14 Jahren verheiratet und Mutter zweier Kinder (Fall 2 und 3) ist. Anamnestisch läßt sich folgendes feststellen. Als Kind hat Patientin viel mit universellen Ekzemen zu kämpfen gehabt, die teils nässend, teils trocken auftraten, seit der Pubertät jedoch sich nicht wieder eingefunden haben. Als Mädchen bereits hatte sie auf dem Kopfe einige kahle Stellen; jedoch vermag die Patientin über deren Entstehung nichts näheres anzugeben, ebenso wenig wie über den Ausfall der Haare in den Augenbrauen. Nur so viel konnte ich erfahren, daß das letztere schon in der frühesten Kindheit stattgefunden haben mußte, seit welcher Zeit auch die Trichiasis sich eingestellt hat.

Status. Auf den äußeren Hälften der Brauenbogen sind die Haare bis auf einige vereinzelt stehende verschwunden. Die Haut der Brauenbogen ist von blafsbräunlicher bis rotbräunlicher Farbe und mit zahlreichen miliaren rötlichen Höckerchen besetzt, welche den ihrer Haare beraubten Follikeln im Zustande der Gänsehaut entsprechen. Abgesehen von den etwas dunkler pigmentierten Follikeln zeigt auch die übrige Haut kein ganz gleichmäßiges Kolorit. Bei genauerer Betrachtung findet man nämlich die Haut der Brauen durchzogen von einem feinen Geflecht atrophischer, weißer, zarter, etwas eingesunkener Linien, welche noch deutlicher hervortreten, wenn man die in den Brauen vor-

handene Hyperämie mit dem Finger hinwegdrückt. Es schießt alsdann das Blut in die leeren Kapillaren mit vermehrter Heftigkeit, und dadurch heben sich die weissen atrophischen Linien von den roten hyperämischen Flecken besser ab. Die Haare an den innern Partien der Brauenbogen sind ziemlich dicht, schwarz, dick und ca 1 mm über dem Niveau der Haut von einer weißlichen Mauschette, aus Hornzellen bestehend, umgeben.

Die Wimperhaare der obern Lider gehen statt geschweift nach aufsen und oben, konvex nach unten, so daß sie bei geschlossenen Lidern sich mit den Wimpern des untern Lides kreuzen und durch das fortwährende Berühren mit der Bindehaut eine chronische Conjunctivitis hervorgerufen haben. Infolge der stärkern Thränensekretion sind die Wimperhaare des untern Lides meist mit eintrocknendem Sekret am Lidrande verklebt.

Vorderkopf, Scheitel und Hinterkopf sind von totaler Alopecie heimgesucht, nur an der Grenze des behaarten Kopfes ist ein Ring Haare vorhanden, aber nicht wie bei Alopecia areata mit scharf begrenztem Rande, oder wie bei der Alopecia pityrodes allmählich von gelichtetem zu reichlicherem Haarwuchs übergehend, sondern der Übergang findet derart statt, daß die Haare vereinzelt stehende Büschel erst von wenigen, dann von zahlreicheren Haaren bilden.

Zwischen den einzelnen Büscheln finden sich wieder unregelmäßige kahle Stellen, die miteinander kommunizieren. Die Haut der kahlen Stellen ist sehr glänzend, weiß, glatt, leicht verschieblich und legt sich beim Verschieben in äußerst zahlreiche feine Fältchen.

Die noch vorhandenen Haare sind sehr dick, schwarz, kurz und etwas geringelt, ragen schief aus den trichterförmig erweiterten Follikelmündungen hervor und tragen meist am ersten, seltener am zweiten drittel ihres Schaftes weißliche, rauhe, mausehettenähnliche Ringe von 2—5 mm Länge, die, wenn sie älteren Datums sind, nicht mehr ein Ganzes bilden, sondern an der Oberfläche durch Abfallen von einzelnen Hornzellen ein zerklüftetes Äußere haben.

II. Fall.

Der zweite Fall betrifft einen dreizehnjährigen Knaben, den Sohn der vorigen. Gleich seiner Mutter hat er als kleines Kind an Ekzemen gelitten. Sein Haarwuchs liefs bis zum achten Jahre nichts zu wünschen übrig; zu dieser Zeit stellte sich die jetzige Affektion ein, die mit dem Aufschiefsen von roten Piekeln um die Haare des Kopfes herum begann; auf der Spitze dieser Papeln bildeten sich dann Bläschen, nach deren Eröffnen kraterförmige Löcher zum Vorschein kamen. Patient ist von verschiedenen Autoritäten erfolglos behandelt worden, bis schliesslich die Affektion unter Schwefelbehandlung abheilte. Nach 1½—2-jähriger Pause trat die Krankheit neuerdings und mit vermehrter Heftigkeit auf.

Status. Das Kopfhaar ist sehr stark gelichtet, es sind massenhafte kahle Stellen von der Gröfse einer Linse bis zu der einer Kirsche vorhanden; dieselben haben ganz das Aussehen von Narben, sind etwas vertieft, weifs, glänzend und glatt, sind weich und legen sich beim Fassen zwischen zwei Fingern in viele kleine Fältchen. Diese atrophischen Hautpartien durchziehen die ganze Kopfhaut ziemlich gleichmäfsig derartig, dafs die übrig bleibenden Haare zu Büscheln zusammengedrängt erscheinen. Die pathologische Veränderung schafft hier demnach durch Einschmelzen der Haarkreise ein ähnliches Bild, wie es jene durch büschelförmigen Haarwuchs gekennzeichneten Völkerstämme aufweisen, nur noch in bedeutend höherem Grade. Die ursprünglich ringförmigen, später zu einer siebartigen Fläche verschmelzenden kahlen Flecke weisen auch noch spärliche einzelnstehende Haare auf, deren Haarbalgtrichter ähnlich wie bei der Gänsehaut konisch emporragen und übrigens von ihrer blassen Umgebung durch einen schmalen hyperämischen Saum getrennt sind.

Die Haarbüschel, welche im Zentrum der Haarkreise stehen geblieben sind, haben mindestens zwei Haare, es finden sich aber auch fünf und sechs Haare und zwar so zusammengedrängt, dafs sie aus einer Follikelmündnung zu kommen scheinen.

Auch hier finden wir die manschettensähnlichen Gebilde an

den Haarschäften, und zwar bei längeren Haaren einen Millimeter vom Hautboden entfernt in einer Länge von 0,5—1,5 mm.

Auf der Stirn hat die Affektion auch die Lanugohaare ergriffen und bietet daselbst das Bild einer feinen roten Gänsehaut. Die Hornschicht der ganzen Gesichtshaut stößt sich in Form eines feinen Mehlstaubes ab; aus jedem Follikel ragt eine feine, weiße, kegelförmige Spitze heraus, die, dem Zuge der Pinzette Folge leistend, sich als ein lauges, feines, cylinderförmiges Gebilde präsentiert, nämlich als Ausguß des Haarbalgtrichters.

Die Augenbrauenhaare lichten sich vom innern nach dem äußern Ende zunehmend, so daß an dem letztern überhaupt keine Haare mehr sichtbar sind. Wo sie aber noch vorhanden, sind sie glänzend, schwarz und lang.

Die Haut der Brauenbogen ist von einem feinen weißen Geflecht atrophischer Linien durchzogen. Die dadurch entstehenden Felder sind von livid rötlicher Farbe und lassen die Follikel als etwas konische, dunkler gefärbte Papelchen hervortreten. Dasselbe Narbengeflecht, was wir in den Brauenbogen sahen, findet sich auch auf der Oberlippe; hier, wo durch häufiges Waschen die Schüppchen entfernt sind, zeigen sich die Follikelmündungen kraterförmig vertieft, aber auch nur auf den von den atrophischen Linien eingeschlossenen Feldern, niemals auf den letzteren selbst.

Die Schläfengegenden und das Kinn haben dasselbe Aussehen wie die Stirn, die untere Wangenpartie bietet nichts abnormes.

An beiden Oberextremitäten haben wir folgenden Befund:

An der Unterseite beider Vorderarme, über dem Condylus internus beginnend und von da schief über die innere Seite des Vorderarms nach dem Daumenballen zu verlaufend, zieht ein 3 cm breiter Streifen, bestehend aus hirsekorngroßen rötlichen bis bräunlichen, stark glänzenden Papeln mit abgerundeter Spitze; hin und wieder trägt eines von ihnen ein feines weißes Schüppchen auf der Spitze, oder es erhebt sich beim Darüberfahren mit dem Nagel oder Messerrücken ein feiner weißer Pfropf aus der Mündung des Follikels; es entsprechen also die Papeln den Haarfollikeln, was wieder an andern Stellen mit der Durchbohrung der Papeln durch Haare bewiesen wird.

III. Fall.

In dem dritten Falle handelt es sich um ein 10-jähriges Mädchen (die Tochter des ersten und Schwester des zweiten Falls), das ebenfalls als kleines Kind vielfach ekzematös gewesen ist.

Bei dieser Patientin trat die Affektion etwas später auf als bei ihrem Bruder, und zwar zeigte sich der Beginn als feine auf den Follikelmündungen sitzende Schuppehen. Hier wurden ganz sicher die Brauen zuerst befallen, dann erst der Kopf und die Oberlippe.

Status. Die Kopfhaut ist wie bei Fall 1 und 2 sehr trocken. Das Haar steht noch ziemlich dicht, nur an der Stirnhaargrenze und am Scheitel beginnen die Haarkreise einzuschmelzen, so daß es hier zu kleineren unregelmäßig kommunizierenden kahlen Flecken kommt. Aber die Haare stehen hier noch mehr vereinzelt, noch nicht zu isolierten Büscheln vereinigt. Sie tragen meistens eine aus der Follikelmündung herausragende Hornmanschette und sind von einem Schuppenhügelchen umgeben. Zwischen denselben ist die Haut auch dort, wo noch keine kahlen Stellen sich bemerklich machen, an vielen Orten narbig eingezogen. Beim Kämmen soll sehr leicht Blut aus den Follikelmündungen hervordringen. Im Gegensatz zu den beiden ersten Fällen sind hier die Haare sehr fein, ragen meist einzeln aus den Follikeln heraus, doch finden sich auch schon Follikelmündungen mit zwei und drei Haaren. An jedem Haarschaft findet man mindestens ein, häufig drei bis sieben der oben beschriebenen manschettenartigen Gebilde von verschiedener Größe.

Die Ohrmuscheln sind im Zustande einer feinschilferigen Pityriasis befindlich.

Die Haut der Augenbrauenbogen zeigt den höchsten Grad der narbenähnlichen Atrophie; hier findet man nur noch einige stecknadelkopfgroße Stellen der zentralen Hälfte, die noch nicht atrophisch entartet sind. Diese kleinen rosafarbenen Inseln tragen nur ein Haar, aus den übrigen noch daselbst vorhandenen Follikeln ragen anstatt des Haares die schon oben erwähnten Hornkegelchen. Diese Inseln haben bei flüchtiger

Betrachtung das Aussehen, als ob sie abschilferten, bei näherem Zusehen jedoch besteht die vermeintliche Abschilferung in nichts anderem als in den aus den Follikelmündungen herausragenden Hornkegeln. Die äußere Hälfte der Brauen ist vollständig haarlos, nur das zentralwärts gelegene Drittel derselben ist noch im Besitze einzelstehender Haare.

Die Oberlippe ist ebenfalls von einem narbenartigen feinen Netz durchzogen. Die Follikelmündungen sind hier wie bei Fall 2 trichterförmig eingezogen und aus vielen derselben ragen die schon oft erwähnten Horngebilde.

Sonst ist im Gesicht etwas abnormes nicht mehr vorhanden.

An den Armen findet sich genau dieselbe Affektion und Lokalisation derselben, wie bei Fall 2.

IV. Fall.

Beim vierten Fall handelt es sich um ein 20-jähriges Fräulein, das die Affektion im 7. Jahre zuerst bemerkt hat, doch glaubt sie schon früher daran gelitten zu haben. Zuerst soll nur eine einfache Rötung der Haut der Augenbrauen bestanden, später aber sich noch ein Lichterwerden der Haare eingestellt haben. Jucken ist nur in mäßigem Grade und nur zeitweise vorhanden.

Der 8 Jahre ältere Bruder soll an derselben Affektion leiden.

Status. Die Haare in den Brauenbogen sind nur in der Mitte stark gelichtet, an den Enden der Brauen sind sie in ungeschwächtem Reichtum vorhanden. Sie sind von glänzend schwarzer Farbe und bieten nichts abnormes. Die Haut der Brauen ist von einer gleichmäßigen blassen Röte überzogen, auf der sich die Follikel als miliare, feine, weiße bis blaßrosa Knötchen abheben, welche auf Druck abblassen, einen wachsartigen Glanz haben und etwas transparent sind. Auch hier ist das feine, atrophische, perifollikuläre Maschenwerk wie bei den übrigen Fällen vorhanden. Ein aus solchen Knötchen bestehender ca. 3 cm breiter Streifen zieht jederscits von den Brauenbogen nach oben über die Tubera frontalia bis zur Haargrenze, woselbst er endigt, ohne auf den behaarten Kopf, welcher außer geringer Pityriasis nichts pathologisches darbietet, überzugreifen.

Von den Haargrenzen der Schläfe ziehen Streifen dieser Hornpapeln von ca. 2 cm Breite vor den Ohren vorbei über den Kieferwinkel nach dem Hals zu und von dort an Breite zunehmend über die Schultern auf die Streckseiten der Oberarme, am Ellenbogen erreichen sie ihr Ende. Die Haut der Vorderarme ist von normaler Beschaffenheit.

Auf den Oberarmen bilden die Knötchen zusammen mit der daselbst vorhandenen Hyperämie der Haut große gerötete Stellen, von denen sich die konischen Horndeckel der Follikel durch ihre meist weißliche Farbe augenfällig abheben.

V. Fall.

Ein Mann von 31 Jahren, der in seiner Kindheit sehr viel von nässenden Ekzemen befallen war, aber seit dem 12. Jahre von denselben verschont geblieben ist. Soweit sein Gedächtnis zurückreicht, hat er nie Haare in den Augenbrauenbogen gehabt, erst seit ungefähr vier Jahren, seitdem er regelmäßig die Brauen rasierte, haben sich im zentral gelegenen Drittel derselben einige vereinzelte Haare eingestellt. Dann und wann verursacht die Affektion ein gelindes Jucken. Auch an einer eigentümlichen Rauigkeit der Haut hat er, so lange er sich besinnen kann, gelitten.

Status. Der behaarte Kopf ist vollkommen normal. Die Haut der Brauenbogen sticht durch ihre glänzend weiße Farbe von der etwas bräunlichen Gesichtshaut ab. Auf dieser atrophischen, weißlich verfärbten Brauenbogenhaut erheben sich massenhafte rosafarbene bis bräunlich-rote, mit glänzender etwas abgeplatteter Spitze versehene miliare Hornpapeln; nur wenige derselben sind von einem Haare durchbohrt, die meisten sind haarlos oder zeigen eine feine weiße zugespitzte Erhebung, die, dem Zuge der Pinzette folgend, sich als ein Cylinder von Hornzellen präsentiert.

Von den Brauen aus zieht beiderseits ein mit den oben erwähnten Knötchen versehener Streifen am Ohre vorbei über den Kieferwinkel und befällt von da mit zunehmender Breite den Hals und die Schultern und endigt, die Streckseiten der Oberextremitäten überziehend, am Olekranon.

VI. Fall.

Ein 11-jähriger zarter Knabe.

Er hat nach Aussage der Mutter die Affektion im 3. Jahre acquiriert. Sie äußerte sich beim Entstehen nur durch eine leichte Röte, die sich nur auf die Gegend der Augenbrauen beschränkte; und diese Röte hat seitdem ohne die geringste Schwankung gleichmäßig fortbestanden, trotz der mannigfaltigsten Behandlungsmethoden. Erst sehr viel später (nach Aussage der Mutter sind es fünf Jahre) sollen die Haare der Brauen auszufallen angefangen haben. Alle andern Familienmitglieder sind gesund.

Status. Kopfhaut und Haar sind von außergewöhnlicher Trockenheit. Haarwuchs sehr dicht, nirgends gelichtet.

Die Haut der Brauenbogen ist in diffuser Weise zart gerötet, und erstreckt sich diese Rötung oberhalb der Brauen noch um $\frac{1}{2}$ cm über dieselben hinaus. Auf dieser hyperämischen Haut erheben sich die Follikelmündungen als etwas tiefer gerötete wachsartig glänzende konische Hornpapeln. Der Haarwuchs nimmt vom innern nach dem äußern Ende an Dichtigkeit bedeutend ab, so daß das letztere beinahe von Haaren entblößt ist.

Viele von den Haaren sind in ihrem Follikel so gelockert, daß man sie beim leichtesten Zuge in der Hand behält.

Sämtliche so epiliierten Haare haben nicht Hohl-, sondern Vollwurzeln. Unter 22 epiliierten Haaren habe ich auch nicht eine einzige Hohlwurzel getroffen, ein Beweis, daß die Haarbälge sich bereits sehr verkürzt haben müssen. Von einer beginnenden oder bereits vorhandenen Atrophie — wie sie bei den vorerwähnten Fällen bestand — konnte ich nichts wahrnehmen, dagegen gehen hier ebenfalls von den Brauen aus beiderseits Streifen der Affektion vor dem Ohre vorbei über den Unterkiefer, den Hals, die Schultern nach den Streckseiten der Oberarme, wo sie am Olekranon ihr Ende erreichen. Gleitet man mit den Fingern leicht über die Streckseiten der Oberarme, so hat man das Gefühl, als ob man über ein feines Sandpapier streiche.

Von der obern Seite der Brauen gehen zwei schmale ähnliche

Streifen über die *Tubera frontalia* bis zur Stirnhaargrenze, greifen aber nicht auf den behaarten Kopf selbst über.

Soweit der klinische Teil meiner Beobachtungen. Ein abgeschlossenes Bild dieser Affektion wird natürlich erst dann vorliegen, wenn entsprechende pathologische Untersuchungen an exzidiertem Material zur Verfügung stehen. Es war mir bisher nicht möglich, die Affektion an Hautschnitten zu studieren; dagegen können wir uns durch die Eigentümlichkeiten der ausgezogenen Haare und der entfernten Hornschuppen wenigstens ein Bild von den Vorgängen der Oberhaut machen, welche die Krankheit einleiten.

Was zunächst die ausgezogenen Haare betrifft, so besitzen sie in der Mehrzahl eine Vollwurzel mit anhängender Stachelschicht, sind also bereits über das Papillenstadium hinausgegangen und folgen demgemäß dem Zuge ziemlich leicht. Diesen Umstand teilen sie mit den meisten Formen der Alopecie. Aber es bestehen doch gewisse Unterschiede. Von der gewöhnlichsten Form der Alopecie (*Alopecia pityrodes* s. *seborrhoica*), jenem häufigen Resultate eines seborrhoischen Ekzems der Kopfhaut, unterscheidet sich diese Alopecie sogar sehr bedeutend. Dort findet nach der Untersuchung von POHL-PINCUS und UNNA der Haarwechsel in derselben Weise wie im normalen Zustande, nur in beschränkterer Form statt; die sich normalerweise zur Bildung eines jungen Haares verlängernden Haarbälge finden an dem sich verdickendem Panniculus adiposus der Kopfhaut einen immer stärkeren Widerstand. Die Haarbälge gewinnen daher nicht wieder ihre alte Tiefe beim Haarwechsel, sondern werden kürzer und mit der Zeit auch dünner. Hieraus resultiert eine langsame aber stetig fortschreitende Verkürzung und Verdünnung des Haarwurzeldes, welche zunächst den Bestand des Kopfhaares auf die Form gewöhnlicher, gleichmäßig verteilter Lanugo reduziert und erst nach sehr viel längerer Zeit zu einer gleichmäßigen absoluten Kahlheit führt.

So bei der *Alopecia pityrodes*.

Hier dagegen führt zwar die oberflächliche leichte Entzündung an einigen Haaren — und dieses sind offenbar diejenigen,

welche am wenigsten tief in die Cutis eingepflanzt sind — auch allmählich zu einer Verkürzung und Verdünnung der Haarbälge resp. Lanugobildung; dagegen bleiben die tiefer in die Haut eingepflanzten Haarbälge in den leichteren Fällen ganz, und in den schwereren Fällen bis zuletzt von dieser Veränderung verschont, so daß sie aus einer relativ kahlen Area isoliert, aber in unveränderter Stärke hervorragen. Die dem Zuge leicht folgenden Vollwurzeln gehören hier mithin nur den atrophisch einsinkenden Peripherien der Haarkreise an, während in der Mitte derselben einzelne lange Papillenhaare bestehen bleiben, wie es dieser durchaus oberflächlich angreifenden Entzündung entspricht. Daher kommt es bei dieser Krankheit stets zu einer unregelmäßigen Verteilung der kahlen Stellen. Wir finden auf der Höhe der Krankheit Haarzentren mit normalen Haarwurzeln, und relativ oder ganz kahle Umkreise mit Vollwurzeln, in welchen die Follikel dem totalen Schwunde entgegengehen. Die Haarzentren werden an den Augenbrauen immer und an der Kopfhaut häufig nur von einem oder zwei Haaren eingenommen; häufig finden sich aber hier Bouquets von vier bis sechs Haaren auf einem relativ engen Raume zusammengedrängt. Es ist Sache der ferneren histologischen Untersuchungen, zu entscheiden, ob diese Haarbouquets durch Narbenzug und Verschmelzung nebeneinander liegender Follikel oder durch Überproduktion einzelner Follikel an Haaren zustande kommen. Für die letztere Ansicht spricht es, daß ich Bouquets aus drei Haaren bestehend fand, in welchen alle drei Schäfte durch eine einzige Manschette von Hornsubstanz zusammen gehalten waren. Da jede Hornmanschette, auch wenn sie höher oben am Haarschaft angetroffen wird, die ursprüngliche hornige Auskleidung eines Haarbalgtrichters war, so müssen alle Haare, welche sich innerhalb einer Manschette finden, aus einem einzigen Follikel vorgekommen sein. Zwei Haare, nämlich eine Vollwurzel und eine Hohlwurzel innerhalb einer solchen Manschette zu finden, würde natürlich nichts auffallendes haben; drei Haare jedoch läßt schon auf eine Überproduktion des Follikel-epithels mittels seitlicher Epithelsprossen schließen.

Die öfter beschriebenen Manschetten, welche identisch sind mit den cylinderförmigen Hornsäulchen, welche man aus ganz haarlosen Follikeln herausziehen kann, bestehen aus einer leicht-

welligen, im großen und ganzen der Haaraxe parallelen Hornschicht. Hin und wieder zeigen dieselben Umbiegungen gegen den umschlossenen Haarschaft, als wenn sie zurückgehalten und zusammengeschoben wären.

Die bakteriologische Untersuchung sowohl der Hornmanschetten, wie auch der epilierten Haare ergab bei Färbung mit LÖFFLERSchem Methylenblau oder mit Fuchsin nach KOCH-EHRLICH stets ein negatives Resultat.

Die Existenz der Hornmanschetten ist nicht an unsere Affektion gebunden, sondern findet sich bekanntlich bei einer ganzen Reihe von Parakeratosen, vor allem bei verschiedenen Formen der Pityriasis capitis, die schon vor langer Zeit als asbestartige Pityriasis (amiantacée) von ALIBERT beschrieben wurden. In allen Fällen sind sie aber der Beweis, daß die Parakeratose von der Oberfläche auf die Follikelmündungen sich fortgesetzt hat. Die ursprünglich horizontal geschichtete Hornschicht der Oberfläche wird also zunächst an Stelle der Follikel in Form eines spitzen Deckels (Conus) in die Höhe gehoben, schließlich aber nicht nur durch das Haar, sondern mit diesem oder an Stelle desselben von einer vertikal angeordneten Hornschicht durchbrochen, der hypertrophischen Hornschicht des Follikelausganges. So ist es bei allen jenen Parakeratosen, welche an den Haaren längere Hornschichtmanschetten aufweisen, und so auch bei der unsrigen.

Wenn wir jetzt in einem kurzen Rückblicke das Wesentliche unsrer neuen Affektion zusammenfassen, so haben wir es mit einer Krankheit zu thun, welche in der frühesten Jugend auftritt, um — wenn ärztlicherseits nicht eingegriffen wird — das ganze Leben hindurch bestehen zu bleiben. Man kann eine milde und eine schwerere Form derselben unterscheiden.

In der milderer Form erstreckt sie sich von dem äußern Teile der Augenbrauen über die Jochbogen vor dem Ohre hinab über die Seitenpartien des Halses und mit den letzten Ausläufern auf die Streckseiten des Oberarmes, seltener mit Umgehung des Oberarmes auf den Vorderarm. Sie beginnt hier stets mit einer

Hyperkeratose und begleitendem Erythem; die Follikel sind durch Horndeckel verschlossen, die Lanugohaare stets, die stärkern Haare zeitweise am Durchbruch verhindert, so daß zunächst das Bild einer eigentümlichen auf erythematöser Grundlage auftretenden Hyperkeratosis pilaris entsteht.

In den schwereren Fällen partizipieren außer den genannten Hautpartien auch die innern Teile der Augenbrauen, die Oberlippe und einige angrenzende Hautbezirke des Gesichts, weiterhin der ganze behaarte Kopf und die Streckseiten der Oberextremitäten in mehr oder minder hohem Grade. In diesen Fällen dokumentiert sich die Schwere der Affektion hauptsächlich durch die konsekutive Narbenbildung, welche in milderer Fällen nur an einzelnen Stellen angedeutet ist. Die Vernarbung greift stets zuerst die in der Mitte zwischen den Haaren gelegenen Hautpartien an und bedingt daher auf den Augenbrauen und der Oberlippe ein feines lineares Netz von Narben, während sie auf dem Kopfe zu einem System von zusammenfließenden kahlen Ringen führt, welche die Haarkreise mit dem Alter mehr und mehr auf vereinzelte Haare reduzieren. Dadurch führt sie im Laufe der Zeit schließlich zur totalen Alopecie.

Die Affektion zeigt im allgemeinen einen sehr indolenten Charakter, selten treten Perioden stärkerer und schmerzhafter Rötung an den Follikeln ein, wodurch es dann manchmal zur Ansiedelung von Eiterkokken und Kombination mit Folliculitis suppurativa kommt; besonders ist dies der Fall bei jeder stärker reizenden Behandlung der Kopfhaut, während schwach reduzierende Mittel (Schwefel, Resorcin) die stärkern Formen der Krankheit zu bessern, die schwächern zu heilen imstande sind.

Sehen wir uns unter den bekannten Dermatosen nach solchen um, welche mit unsrer Affektion in allgemein pathologischer Beziehung Ähnlichkeit haben, so müssen wir im Gegensatz zur gewöhnlichen folliculären Hyperkeratose (Lichen pilaris) den Nachdruck legen auf die damit kombinierten Symptome des permanenten Erythems und der schließlichen Atrophie der Cutis. Wir haben eine Reihe von Krankheiten der Haut, bei welchen diese Symptome eines oberflächlichen Entzündungszustandes mit nachfolgender narbenähnlicher Atrophie der Cutis auftreten.

Und diese Affektionen haben weiter das gemeinsam, daß sie ebenfalls schwer in den Rahmen der spezifischen infektiösen Hautentzündungen (Granulationsgeschwülste, z. B. Lupus) oder der Parakeratosen (z. B. Psoriasis) hineinpassen, obgleich sie mit diesen beiden Gruppen manche Züge teilen. Indem ich es versuche, meiner Affektion einen recht präzisen, die hauptsächlichsten klinischen Symptome ausdrückenden Namen zu geben, folge ich daher dem Vorgange von Herrn Dr. UNNA, welcher in seinen Vorlesungen diese mit Erythem und Narbenbildung einhergehenden Affektionen unter einem gemeinschaftlichen Gruppennamen abhandelt, nämlich dem der Ulerytheme.¹ Dazu gehören nach UNNA vor allem der Lupus erythematosus², dann eine akneähnliche und eine andere, sykosisähnliche Affektion, welche bisher noch nicht beschrieben sind (Ulerythema acneiforme und sycosiforme). Am nächsten schliessen sich dieser Gruppe der Ulerytheme an die Favusarten und vielleicht die Acne varioliformis der Wiener Schule wegen der resultierenden Narbenbildung; die letztgenannte Affektion allerdings nur dann, wenn die Eiterung und zentrale Nekrose nicht lediglich durch den hierbei stets in der UNNASchen Klinik allein gefundenen Staphylococcus albus erzeugt wird.

Ich gebe mich der Hoffnung hin, daß die Aufstellung dieser Affektion als einer besondern nicht nur die Aufmerksamkeit der Fachkollegen auf diese häufig übersehene Krankheit hinlenken, sondern daß die von mir bevorzugte Namengebung auch dazu beitragen wird, den Gruppennamen des Ulerythems auch für die anderen genannten Erkrankungen einzubürgern.³

Innerhalb dieser Gruppe wurde die von mir beschriebene Krankheit am passendsten nach dem charakteristischen Ausgangspunkt und Prädilektionsort der Augenbrauen bezeichnet als

Ulerythema superciliare s. ophryogenes.

¹ Von *ὄδμη*, die Narbe, und *ἐρυθμα*, die Röte.

² Ulerythema centrifugum.

³ Besonders an Stelle des ganz unpassenden Namens Lupus erythematosus.



Curriculum vitae.

Ich, PAUL RUDOLF TAENZER, bin am 6. Februar 1858 in Leipzig geboren. In den Jahren 1865—1870 besuchte ich daselbst die 1. Bürgerschule. Im Jahre 1870 kam ich auf das Gymnasium zu St. Thomae ebendasselbst. Nach bestandnem Maturitätsexamen (1879) bezog ich die Leipziger Universität und hörte die Herren Professoren: BRAUNE, HIS, LUDWIG, COHNHEIM, THIERSCH, COCCIUS, CREDÉ, HOFMANN und WAGNER. Das tentamen physicum absolvierte ich im Juli 1881, das Staatsexamen im Wintersemester 1884/85. Im Sommersemester 1885 diente ich als Einjährig-Freiwilliger im 134. Infanterie-Regiment, im Wintersemester 1885/86 als einjährig-freiwilliger Arzt bei demselben Regimente. Seit dem 1. Mai 1886 bin ich Assistent an Dr. UNNAS Klinik und habe ich mich jetzt ganz dem Studium der Dermatologie gewidmet.

Thesen.

I.

Die medikamentöse Behandlung der Furunkel ist in vielen Fällen der chirurgischen vorzuziehen.

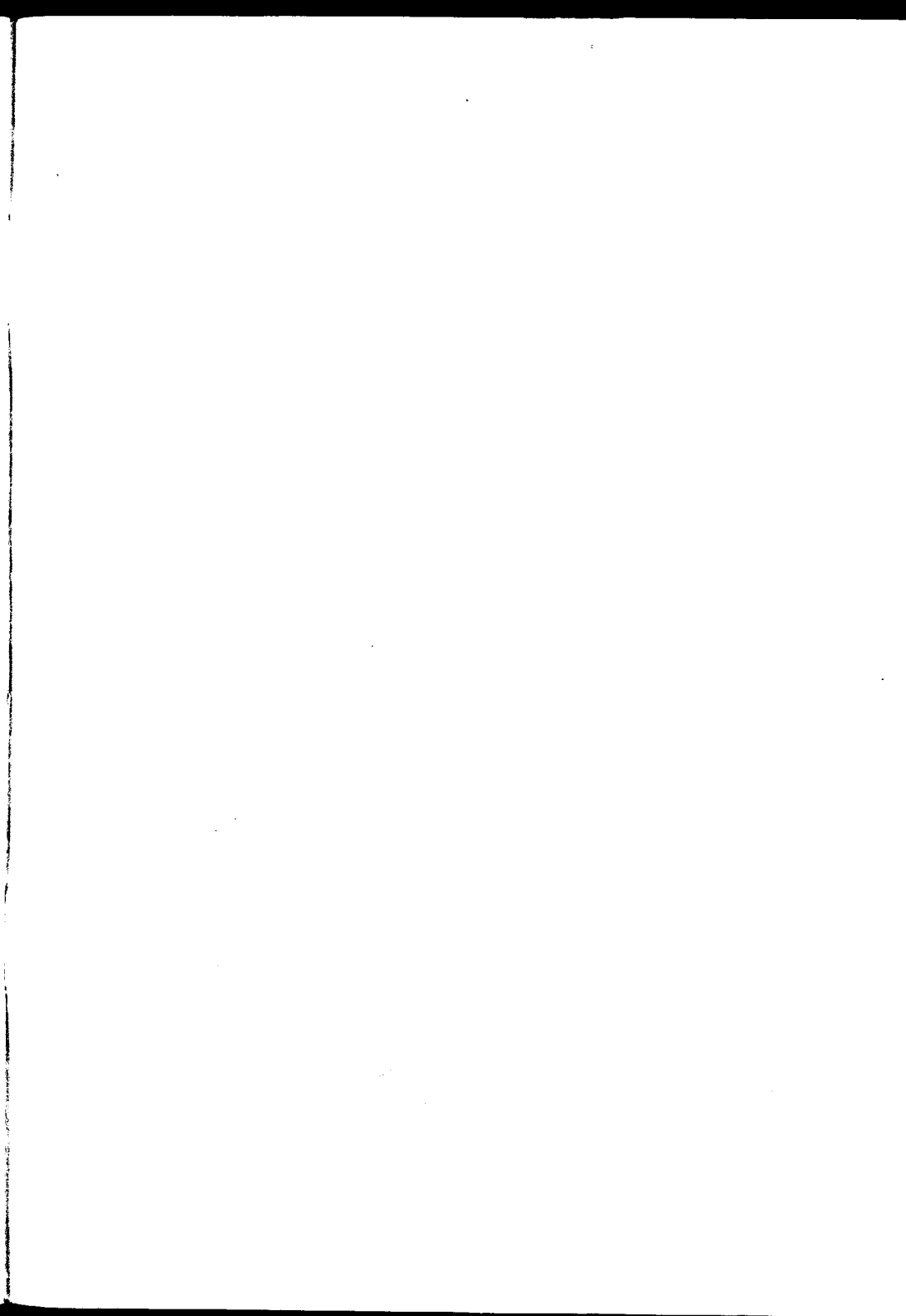
II

Der Leichentaberkel ist eine Form der Hauttuberkulose.

III.

Der Begriff des Lichen ist für den Lichen pilaris nicht aufrecht zu erhalten.





16056
21