

## **ZB MED - Informationszentrum Lebenswissenschaften**

### **Atlas der Hautkrankheiten mit Einschluß der wichtigsten venerischen Erkrankungen**

für praktische Ärzte und Studierende

**Jacobi, Eduard**

**Berlin [u.a.], 1913**

**ZB MED - Informationszentrum Lebenswissenschaften**

Shelf Mark: Ui VI 2059 -1-

Tuberculid.

[urn:nbn:de:hbz:38m:1-145469](https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:hbz:38m:1-145469)

## Scrophuloderma.

Tafel 33, Fig. 53.

Im Anschluß an eine tuberkulöse Erkrankung der Haut, Knochen oder Gelenke können die subkutanen Lymphgefäße respektive Drüsen ebenfalls tuberkulös infiziert werden, wodurch teils isolierte, teils strangförmig angeordnete halbkugelige schmerzlose Knoten verschiedener Größe von blaßroter bis livider Farbe entstehen, die allmählich erweichen, mit der Haut verlöten und nach dem Durchbruch dünnflüssigen Eiter entleeren. Die Wände des Abscesses kollabieren und es entwickelt sich ein flaches, wenig sezernierendes, bald mit Borken bedecktes Geschwür mit unterminierten Rändern, oder aber es bleibt eine feine Fistelöffnung, in deren Umgebung die Haut weit unterminiert ist. Zuweilen tritt darauf Spontanheilung ein unter Bildung unregelmäßiger, strahliger Narben; in anderen Fällen gelingt es erst der Therapie, den ungemein chronischen Prozeß zur Ausheilung zu bringen.

Die **Diagnose** ist bei Vorhandensein anderweitiger scrophulo-tuberkulöser Herde meistens gegeben, bietet jedoch gelegentlich Schwierigkeiten gegenüber dem syphilitischen Gumma, bei dem indessen die derbe Infiltration und geringere Erweichung sowie die Bildung typischer kraterförmiger, scharf geschnittener Geschwüre zu beachten ist. Schließlich entscheidet der Erfolg oder Nichterfolg der spezifischen Therapie, respektive die Blutuntersuchung.

Die **Prognose** ist mit Vorsicht zu stellen.

**Therapie:** Am besten werden die Knoten völlig im Gesunden exstirpiert; ist bereits Erweichung in größerem Umfang eingetreten, so empfiehlt sich Excochleation, die bei Scrophuloderma ohne Bedenken angewendet werden darf, und Jodoformbehandlung, eventuell auch Galvanokaustik oder Diathermie.

## Tuberculid.

Tafel 33, Fig. 54.

Während bei den meisten der als „Tuberculide“, d. h. als Toxicodermieen der Tuberkulose oder tuberkulöse Exantheme angesprochenen Erkrankungen die

Anm. 53. Moulage der Neisserschen Klinik in Breslau (Kröner).

Anm. 54. Moulage der Neisserschen Klinik in Breslau (Kröner).

Berechtigung dieser Bezeichnung höchst zweifelhaft erscheint — einzelne, z. B. der Lichen scrophulosorum und das Erythema induratum Bazin sind wohl sicher echte Tuberkulosen —, dürfte die als acneiformes oder nekrotisches Tuberculid (Folliclis) bezeichnete Affektion noch das meiste Anrecht auf den Namen „Tuberculid“ haben. Bei dieser vielgestaltigen Erkrankung treten subkutane scharf begrenzte Knötchen auf, über denen sich Flecken, Papeln oder Bläschen entwickeln; die Rückbildung erfolgt durch Resorption oder aber unter Auftreten oberflächlicher Nekrosen, bei deren allmählicher Abstoßung es zur Bildung scharf geschnittener weißer Narben kommt, deren Umgebung im Anfang dunkel pigmentiert erscheint. Lieblingssitz sind Finger, Handrücken, Gelenk und Ulnarseite des Unterarms, sowie die Ohren, doch kommen auch an anderen Körperstellen meist gruppierte Effloreszenzen vor. Der Verlauf der in Schüben auftretenden Erkrankung ist ein sehr langwieriger; zumeist sind chronische Tuberkulosen irgend einer Form vorhanden.

Die **Diagnose** wird aus der Lokalisation, den auffälligen Narben und dem typischen Verlauf in den charakteristischen Fällen möglich sein. In anderen Fällen ist sie nur per exclusionem zu stellen, mit Berücksichtigung gleichzeitiger tuberkulöser Erkrankungen.

Die **Therapie** hat in erster Reihe das tuberkulöse Grundleiden zu behandeln. Eine spezifische Lokalbehandlung ist noch nicht bekannt; in einem Falle wirkte Tuberkulin-Rosenbach, unter die Knötchen injiziert, sehr günstig.



No. 53. Scrophuloderma.



No. 54. Tuberculid.



## Lepra (Elephantiasis Graecorum).

Tafel 34 – 36, 37, Fig. 60.

Der Aussatz stellt eine schon im frühen Altertum als ansteckende Krankheit bekannte, allgemeine Infektion dar, die bis zum Mittelalter ungemein verbreitet war, jedoch zurzeit der Kreuzzüge durch das Auftreten der Syphilis sehr in den Hintergrund gedrängt wurde und sich auch tatsächlich außerordentlich verminderte, so daß sie zur Zeit häufiger nur in den Tropen, vereinzelt und herdweise auch in Europa (Norwegen, Rußland, Bosnien und Herzegowina, Türkei, Griechenland, einige Fälle auch im Wallis und in der Provence; ein Lepra-herd in der Gegend von Memel) vorkommt. Je nach dem Sitz der von Hansen und Neisser entdeckten Erreger, der Leprabazillen, in der Haut oder im Nervensystem unterscheiden wir eine **Lepra tuberosa** und **Lepra nervorum** (anaesthetica); nicht selten kommen Mischformen vor. Bei ersterer Form entstehen unter dem Bilde einer Allgemeininfektion — Fieber, prodromale Exantheme — allmählich Knoten und Infiltrate von verschiedener Größe, über denen die Haut meist bräunlich verfärbt und glänzend erscheint (Fig. 55), gelegentlich aber ein ekzem- oder psoriasisähnliches Aussehen aufweist (Fig. 56). Der Lieblingssitz im Gesicht führt unter frühzeitigem Ausfall der Augenbrauen und Verdickung der natürlichen Falten zu der *Facies leontina* genannten eigenartigen Entstellung (Fig. 57). Die Knoten können nach längerem Bestande resorbiert werden oder atonische, schwer heilende Geschwüre bilden (Fig. 58), letzteres besonders häufig auf den vielfach befallenen Schleimhäuten. Es scheint, daß diese oft den Ausgangspunkt der Hauterkrankung bilden, wenigstens wird von manchen Seiten angegeben, daß die Primäraffektion meist in der Nase sitzt.

Anm. 55. Moulage der Lassarschen Klinik in Berlin (Kasten).

Anm. 56. Moulage der Neisserschen Klinik in Breslau (Kröner).

Anm. 57. Moulage des Hôpital St. Louis in Paris (Baretta). No. 1000. Lailler. Lepröser von der Insel Bourbon.

Anm. 58. Moulage des Hôpital St. Louis in Paris (Baretta). No. 1217. Vidal. Lepröser aus Calcutta.