

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-

Lepra (Elephantiasis Graecorum).

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

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. Lailier. Lepröser von der Insel Bourbon.

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

Nach längerem Bestande erkranken in der Regel die peripheren Nervenstämmе, schließlich auch die inneren Organe; nach einem über Jahre sich erstreckenden Siechtum tritt, nachdem oft vorher durch Zerstörung der Cornea oder des ganzen Augapfels Erblindung dazugekommen ist, der Tod ein.

Bei der **Nervenlepra** sind die krankhaften Veränderungen auf primäre Erkrankung der peripheren Nervenstämmе zurückzuführen: Hyperästhesien, Anästhesien und Parästhesien sind im Beginn der Erkrankung regelmäßig zu konstatieren; die der Haut nahe liegenden Nervenstämmе erscheinen strangartig verdickt. Dabei finden sich, teils mit den regellos angeordneten Anästhesien korrespondierend, teils unabhängig von diesen Pigmentverschiebungen oft in größerer Ausdehnung, sowie Atrophien und Lähmungen der Muskulatur (Fig. 59), hauptsächlich an den Gesichts- und Handmuskeln (die bekannte Klauenhand). Teils durch trophische Störungen, vielfach auch durch Verletzungen und Verbrennungen, die infolge der Anästhesie nicht empfunden werden, kommen Geschwüre (so *Malum perforans pedis*, Fig. 60) und größere Zerstörungen der Haut zu stande, die zur Absetzung von Fingern und Zehen (Mutilation) führen können.

Wenn schon der Verlauf der tuberösen Lepra ein recht chronischer ist und im Durchschnitt 8–10 Jahre in Anspruch nimmt, ehe der Tod eintritt, so verlaufen die Fälle reiner Nervenlepra und die häufig vorkommenden gemischten Formen noch weit langsamer. Eine Dauer von 20–40 Jahren ist in derartigen Fällen nichts Außergewöhnliches.

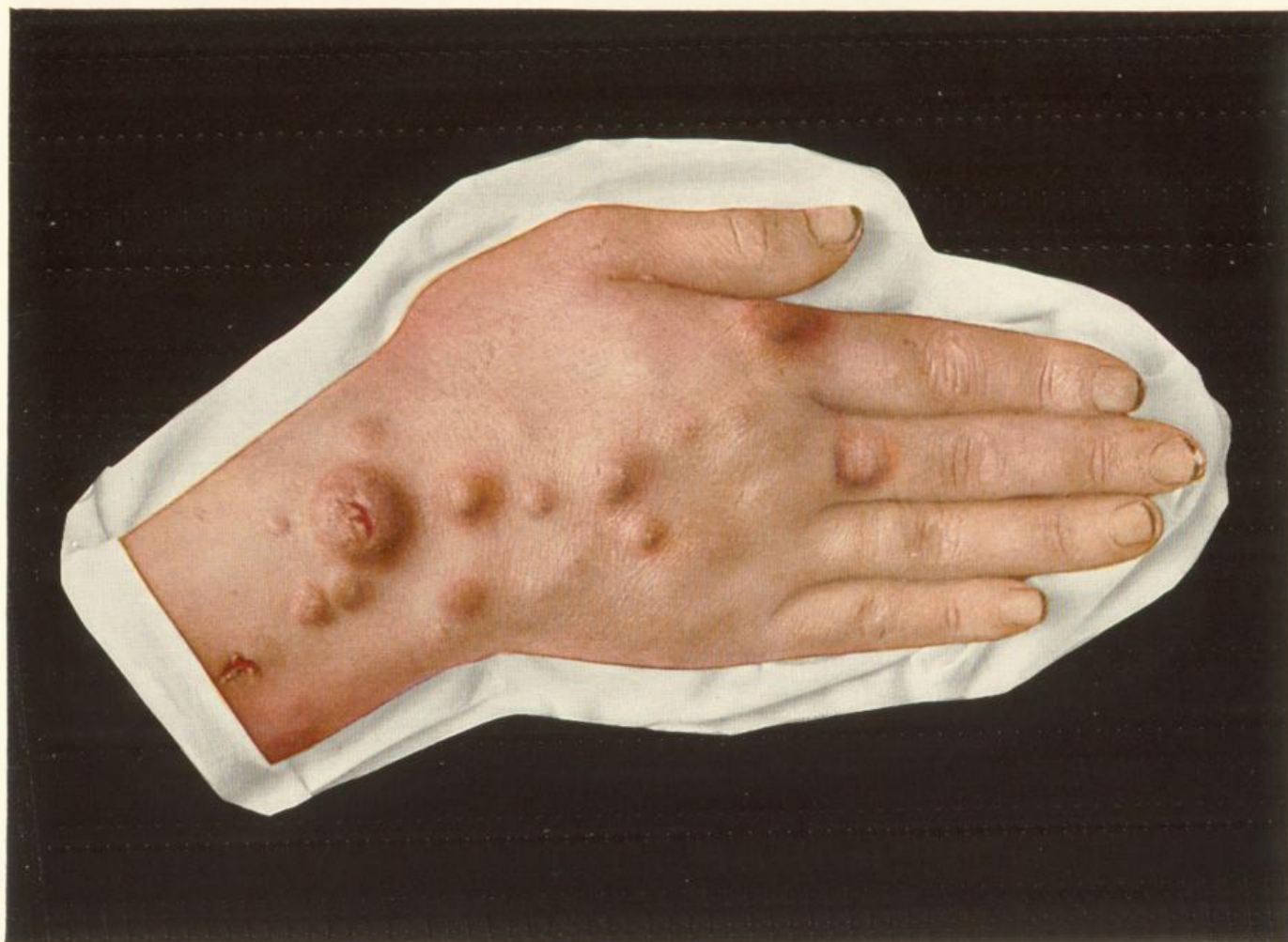
Bei voll entwickelter Knotenlepra ist die **Diagnose** nicht schwierig und wird durch den Bazillennachweis gesichert; anamnestisch wäre der Aufenthalt in den Tropen oder einer Lepragegend zu berücksichtigen. Dagegen ist die Diagnose der Nervenlepra nicht leicht, besonders gegenüber gewissen spinalen Erkrankungen; zu beachten wäre die Schwellung der peripheren Nervenstämmе. Bei Kombinationen beider Formen gilt das zuerst Gesagte.

Die **Prognose** ist absolut infaust. In **therapeutischer** Beziehung hat keines der bisherigen Verfahren sichere Resultate ergeben. Zu versuchen wären *Natr. salicyl.*, *Chaulmoogra-Öl*, eventuell Bäder und regelmäßige Hautpflege; die Erfolge der Nastinbehandlung bedürfen noch weiterer Bestätigung. Das Wichtigste ist die Prophylaxe (Lepraheime), die in Norwegen die Zahl der Leprösen enorm reduziert hat und auch bei uns, wenigstens bis zu einem gewissen Grade eingeführt ist.

Anm. 59, 60. Moulagen der Neisserschen Klinik in Breslau (Kröner). 17jährige Fischerstochter aus dem Kreise Memel; Sensibilitätsstörungen namentlich an den Armen und Beinen seit 1½ Jahren bemerkt, am Körper Pigmentierungen und pigmentlose Stellen. An den Händen Daumen und Kleinfingerballen, sowie *Musculi interossei* atrophisch.

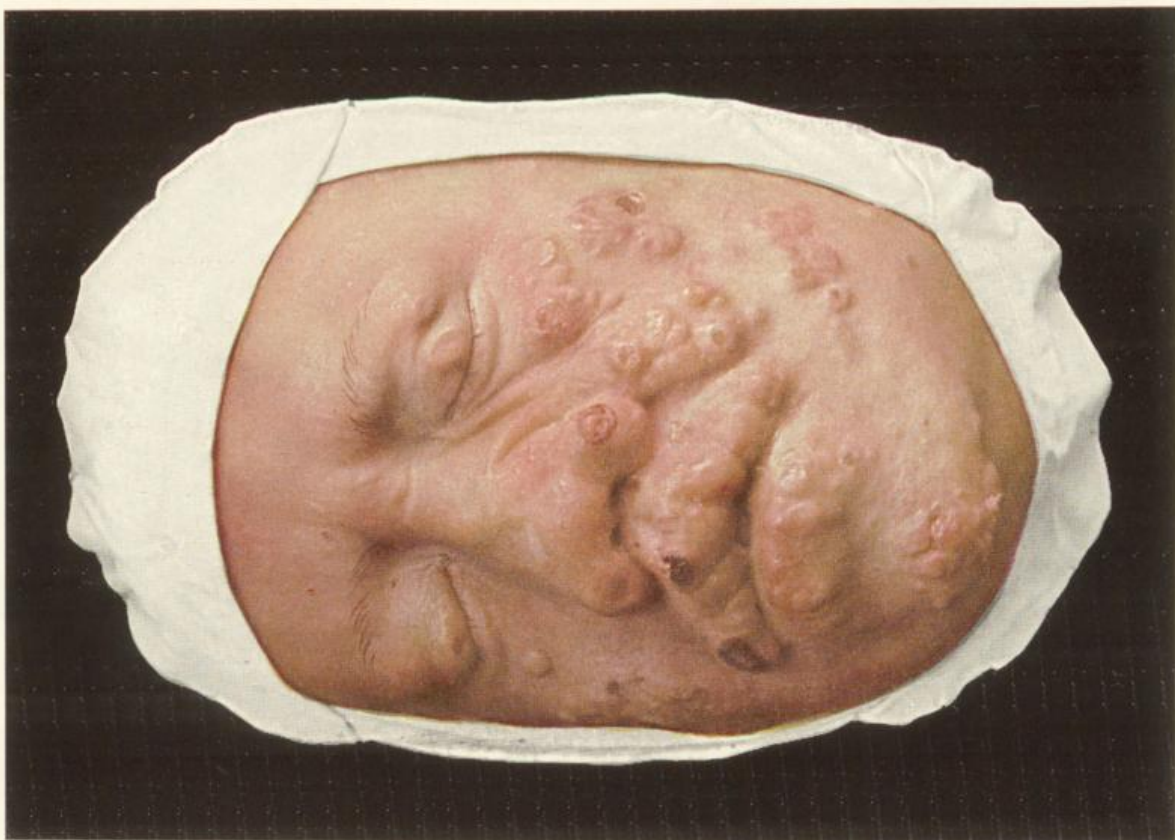


No. 56. Lepra tuberosa (psoriasiformis).



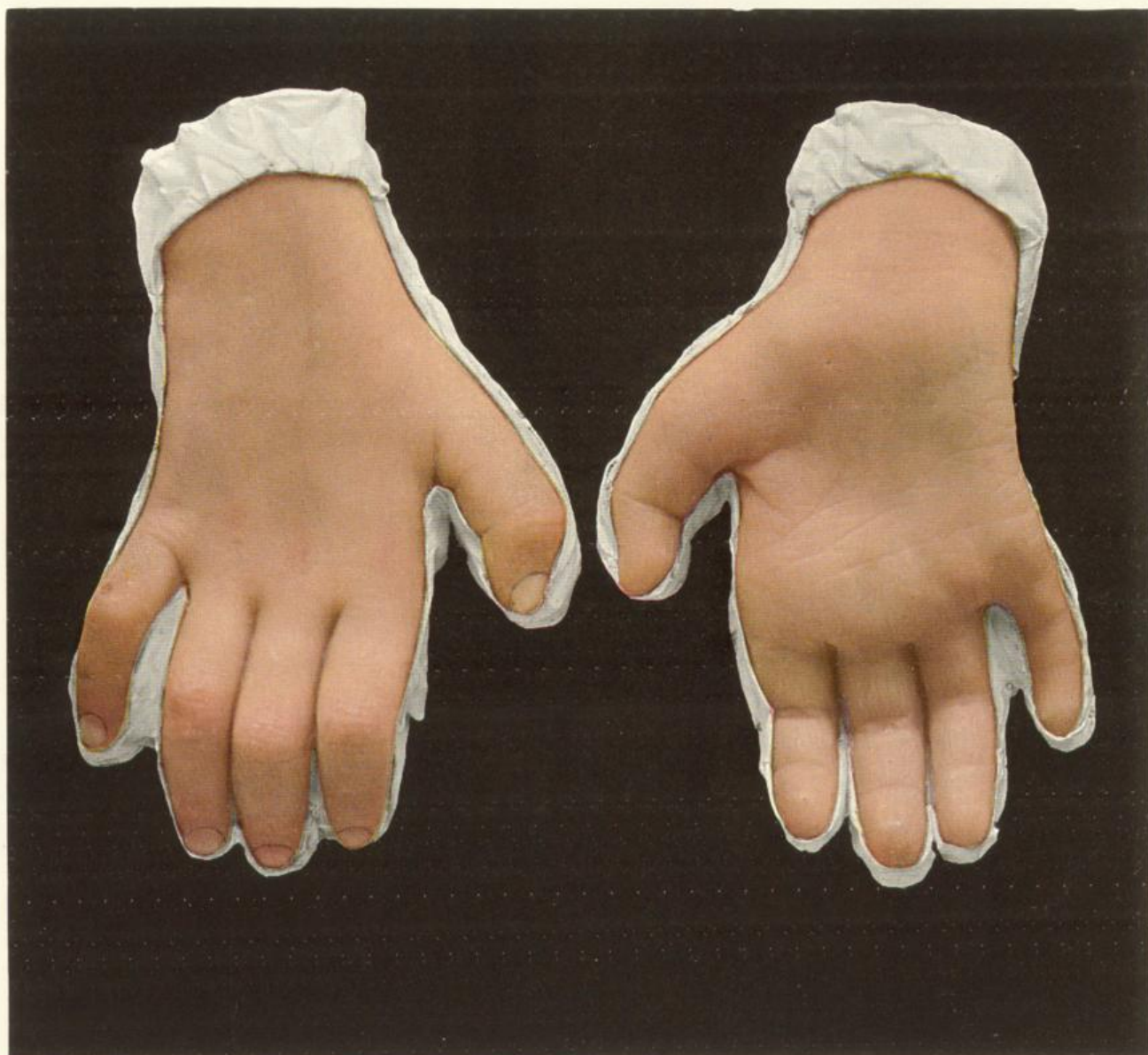
No. 55. Lepra tuberosa.





No. 57. 58. Lepra tuberosa.





No. 59. Lepra anaesthetica.



Rhinoscleroma.

Tafel 37, Fig. 61.

Das durch einen spezifischen Kapselbazillus verursachte Sklerom der Nase und Schleimhäute beginnt meist an den Nasenlöchern mit der Bildung einer in die Gewebe eingelagerten elfenbeinharten, druckempfindlichen, von glatter Haut oder Schleimhaut überzogenen Geschwulst, die nach dem Nasen-Rachenraum fortschreitet, sich bis in den Larynx hinein erstrecken und dadurch zu Atmungsstörungen Veranlassung geben kann. Die Nase erscheint dabei verdickt, manchmal blaurötlich verfärbt; aus den Nasenlöchern ragen zuweilen Teile der gewucherten und sklerotisierten Schleimhaut hervor (Fig. 61). Bei längerem Bestande kann der Prozeß einen großen Teil der Gesichtshaut und der Schleimhaut von Mund und Nase einnehmen, doch kommt es weder zu Allgemeinerscheinungen noch zu ausgedehnterem geschwürigem Zerfall.

In einzelnen Gegenden wird das Rhinosklerom endemisch beobachtet; isolierte Fälle sind seltener.

Die **Diagnose** ist aus der Lokalisation, der Elfenbeinhärte, dem im allgemeinen gutartigen Verlauf, sowie aus dem Nachweis der Bazillen zu stellen.

Die **Prognose** quoad vitam ist nur bei Befallensein des Kehlkopfes wegen der Erstickungsgefahr nicht günstig, doch kommt es nie zu einer vollständigen Heilung.

Eine sichere wirksame **Therapie** ist noch nicht bekannt; chirurgische Eingriffe schaffen meist nur vorübergehende Besserung. Zu versuchen wären Ätzmittel, wie Pyrogallussäure, an den Schleimhäuten Chromsäure und Lapis, sowie Röntgenbehandlung.

Anm. 61. Moulage des Hôpital St. Louis in Paris (Baretta). No. 1615. Besnier.