

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-

Scarlatina.

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

Scarlatina.

Tafel 72; 73, Fig. 119.

Der Scharlach ist eine höchst kontagiöse Erkrankung, deren noch nicht sicher bekannte Erreger (Streptokokken?) sehr lange ihre Virulenz bewahren und noch nach langer Zeit direkt wie indirekt die Krankheit übertragen können. Meist werden Kinder im Alter von 2–10 Jahren befallen, doch können auch Erwachsene an Scharlach erkranken; die Infektion erfolgt in den meisten Fällen durch die Mundhöhle, seltener durch Verletzungen der Haut oder Genitalschleimhaut (Wöchnerinnen!).

Nach Ablauf der 2–8 Tage betragenden Inkubationszeit setzt die Erkrankung in der Regel plötzlich mit Fieber, Angina und nervösen Störungen ein, worauf bald das typische, aus unzähligen dicht gedrängten roten Punkten, die durch ein intensiv rotes Erythem verbunden sind, bestehende Exanthem auftritt (Fig. 118). Am 3. Tage nach Beginn der Erkrankung steht der Prozeß auf der Höhe. Die ganze Körperhaut mit Ausnahme von Kinn und Lippen ist von dem dunkelroten Exanthem befallen, das am Abend noch intensiver rot aussieht; die Allgemeinerscheinungen sind recht schwere, das Fieber und die Pulsfrequenz hoch. Die im Beginn belegte Zunge zeigt eine himbeerrote Färbung mit starkem Hervortreten der geschwollenen Papillen (Fig. 119); die Angina kann sehr hochgradig werden und zu parenchymatöser oder diphtheroider Entzündung des Rachens, eventuell auch zu oberflächlicher oder tieferer Nekrose führen. Bei günstigem Verlauf gehen nach 3–4 Tagen die Erscheinungen zurück, das Exanthem beginnt abzublassen, das Fieber fällt in lytischer Weise ab, die durch die Angina hervorgerufenen Beschwerden bessern sich und 7–9 Tage nach Beginn tritt unter der charakteristischen Abschuppung in Lamellen die Rekonvaleszenz ein, die jedoch oft durch die gefürchtete Scharlachnephritis gestört wird.

Anm. 118. Moulage der Neisserschen Klinik in Breslau (Kröner).

Anm. 119. Moulage aus dem Schloßmannschen Säuglingsheim in Dresden (Kolbow).

Das Exanthem zeigt nicht selten Abweichungen von der geschilderten Norm; so kommen vielfach Bläschenbildung — Scharlachfriesel (Fig. 118) —, papulöse Eruptionen, weniger häufig masernartige, fleckige oder hämorrhagische Formen vor; in seltenen Fällen sind bei minimalem oder ganz fehlendem Exanthem sehr schwere Allgemeinerscheinungen, die sogar rasch zum Tode führen können, vorhanden.

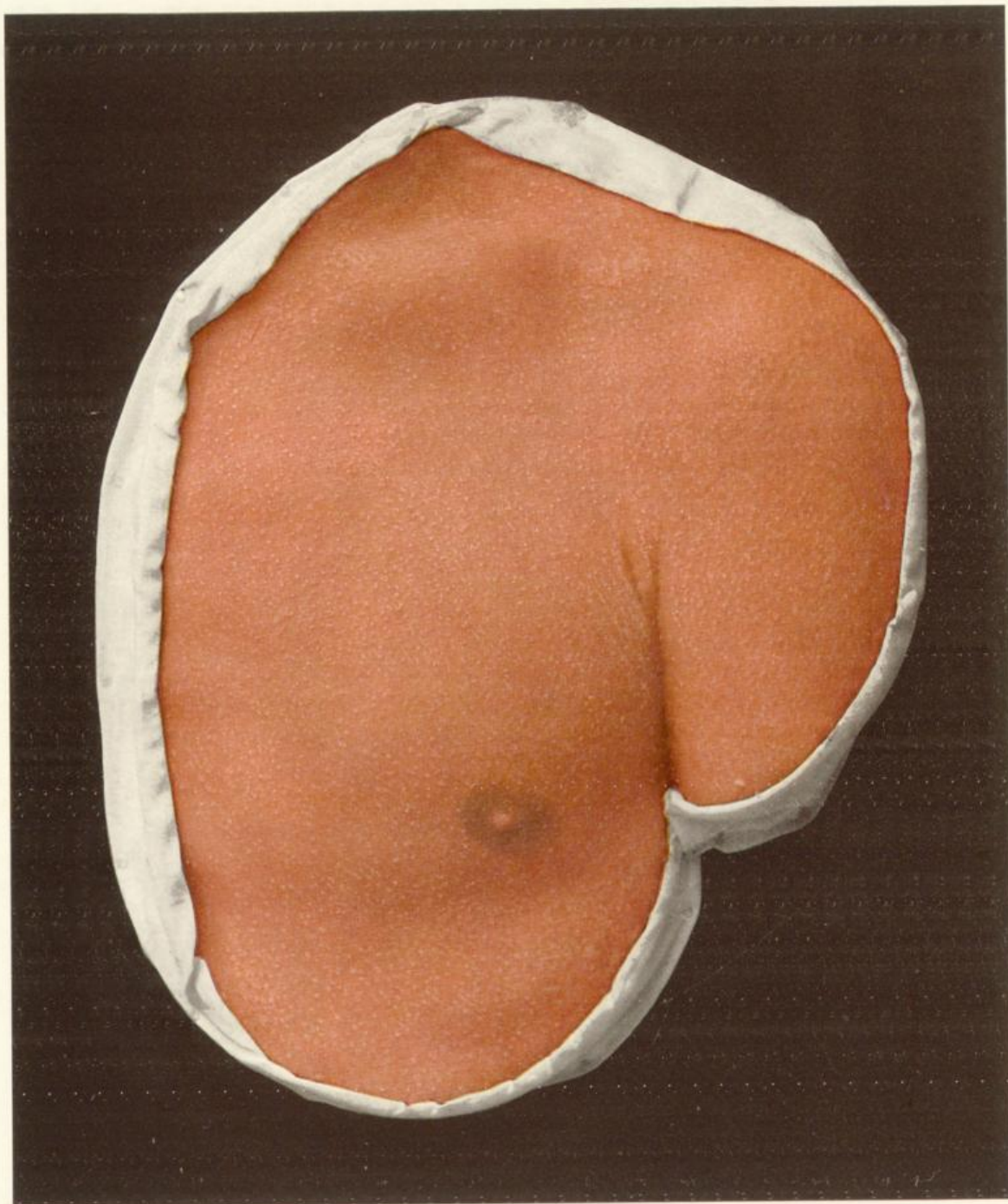
Von Komplikationen ist besonders auf die sehr häufige Scharlachnephritis zu achten, die meist nach Ablauf der zweiten Krankheitswoche gelegentlich mit Fieber, Erbrechen und Ödemen einsetzt und entweder in kurzer Zeit ausheilt oder aber durch Urämie, Endocarditis, Herzschwäche u. s. f. zum Tode führt. Auch die Angina kann durch ausgedehnte Vereiterungen, Nekrosen und allgemeine Sepsis einen ungünstigen Ausgang herbeiführen. Ferner sind Erkrankungen des Gehörorgans, Gelenkaffektionen und Lähmungen nicht selten beobachtete und gefürchtete Komplikationen.

Die **Diagnose** des Scharlachs wird aus dem typischen Exanthem, der Angina, der Abschuppung in großen Lamellen, sowie eventuell aus der nachfolgenden Nephritis ohne Schwierigkeit zu stellen sein. Ähnliche Hauteruptionen, die nach gewissen Medikamenten bei einzelnen Individuen auftreten, werden nie den ganzen Symptomenkomplex des Scharlachs zeigen.

Die **Prognose** ist besonders mit Rücksicht auf die häufigen Komplikationen stets mit Vorsicht zu stellen.

Die **Therapie** hat in normal verlaufenden Fällen hauptsächlich in Bettruhe, guter Hautpflege durch häufige Waschungen mit nachfolgender Einfettung und leichter Diät zu bestehen. Besonders sorgfältig ist die Mundhöhle durch Gurgeln oder Ausspülen mit Kali chloric., Liq. Alumin. acet., Ichthyol oder Hydrogen. peroxyd. zu reinigen, ebenso sind Durchspülungen der Nasenhöhle vorzunehmen; bei diphtheroider Angina wären submuköse Karbolinjektionen zu versuchen. Stets ist auf Komplikationen von seiten der Ohren zu achten und ebenso der Urin regelmäßig zu untersuchen; die Scharlachnephritis wird diätetisch oder durch Bäder, Schwitzen u. s. f. behandelt. Eine spezifische Therapie mit Seruminjektionen hat bisher keine sicheren Resultate ergeben; in letzterer Zeit wird über günstige Erfolge von Salvarsaninjektionen berichtet.

Durch möglichst strenge und lange Zeit hindurch fortgeführte Isolierung der Kranken und ihrer Pfleger, sowie durch sorgfältige Desinfektion ist nach Möglichkeit die weitere Ausbreitung der Krankheit zu verhüten.



No. 118. Scarlatina.

Erysipelas.

Tafel 73, Fig. 120.

Durch Einwandern der Erysipelstreptokokken in eine, oft kaum erkennbare Verletzung der Haut entsteht der Rotlauf, auch Rose, Erysipel genannt. Unter Schüttelfrost und Fieber bis zu 40° entwickelt sich eine scharf umschriebene schmerzhafteste Schwellung der Haut, die dabei lebhaft rot, glänzend und gespannt erscheint; zuweilen ist die Epidermis in Blasen abgehoben (Fig. 120). Rötung und Schwellung schreiten schubweise fort, wobei sich am Rande zungenförmige Fortsätze bilden und durch Infektion der Lymphgefäße Lymphangoitis entstehen kann. Beim fixen Erysipel erfolgt in 4–8 Tagen unter Pigmentierung, Schuppung und gleichzeitigem Abfall der Temperatur Rückbildung, bei der Wanderrose, Erysipelas migrans kann durch immer neue Nachschübe der Prozeß sich über Wochen hinziehen. Besonders gefürchtete Komplikationen sind Gangrän, hauptsächlich an den Lidern und am Skrotum beobachtet, sowie tiefere Abszesse und Phlegmonen.

Lokalisiert ist das Erysipel am häufigsten an Stellen, die dauernd Läsionen der Epidermis, Rhagaden, Ekzeme etc. aufweisen, so besonders im Gesicht, von Rhagaden an Mund oder Nase ausgehend, und an den Extremitäten; auch die Schleimhäute werden häufig vom Erysipel befallen. Eine Immunität tritt nach Überstehen der Rose nicht ein, im Gegenteil neigen manche Personen zu rezidivierendem habituellem Erysipel, das dann vielfach bleibende, entstellende Ödeme hinterläßt. Nach Erysipel der Kopfhaut, das übrigens wegen der Gefahr der Meningitis gefürchtet ist, tritt zumeist vorübergehende Alopecie ein.

Die **Diagnose** des Erysipels ist aus der charakteristischen, scharf begrenzten glänzenden Rötung, der schmerzhaften Schwellung und dem Fieber meist ohne Schwierigkeit zu stellen; akute Ekzeme, besonders des Gesichtes, lassen sich durch das Fehlen des Glanzes sowie durch das Vorhandensein der primären Effloreszenzen des Ekzems abgrenzen.

Anm. 120. Moulage der Riehlschen Klinik in Wien (Dr. Henning).