

ZB MED - Informationszentrum Lebenswissenschaften

Die Praxis der Hautkrankheiten

Bloch, Iwan

Berlin [u.a.], 1908

ZB MED - Informationszentrum Lebenswissenschaften

Shelf Mark: Ui VI 1690

Zwölftes Kapitel. Spezielle Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten
III. Die infektiösen Entzündungen der Haut. (Das Ekzem.)

[urn:nbn:de:hbz:38m:1-118839](https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:hbz:38m:1-118839)

Zwölftes Kapitel.

Spezielle Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten III.

Die infektiösen Entzündungen der Haut. (Das Ekzem.)

Begriff des Ekzems bis zu *Willan*. — *Willans* Definition des Ekzems. — *Rayers* neue Prägung des Ekzembegriffes. — Confundierung des *Willanschen* und *Rayerschen* Ekzems. — Trennung beider durch *Devergie*. — Neue Verquickung durch *F. Hebra*. — Sein Krotonöl-experiment. — Sein „akutes“ und „chronisches“ Ekzem. — *Unnas* Definition des Ekzems im modernen Sinne. — Seine parasitäre Theorie des Ekzems. — Beweise dafür. — Die präekzematösen Affektionen. — Hereditäre Prädisposition. — Ursachen der örtlichen Ausbreitung des Ekzems. — Bedingungen für die Form des Ekzems. — Äußere schädliche Einflüsse. — Die verschiedenen Constitutionen der Haut. — Die Histologie des Ekzems. — Veränderungen der Cutis. — Die Parakeratose. — Die Spongiose. — Die Serotaxis. — Die Akanthose. — Die Mikroorganismen des Ekzems.

Spezielle Klinik des Ekzems. — Ekzemtypen ohne bestimmten Gesamtverlauf. — *Eczema erythematoso-squamosum*. — Therapie. — *Eczema papulo-vesiculosum*. — Klinik und Therapie. — Das akute Impfbläschen des Ekzems. — Das krustöse Ekzem. — Pathogenese. — Die „Crusta lactea“ der Kinder. — Verlauf und Complicationen. — Behandlung des krustösen Ekzems. — *Eczema madidans*. — Pathogenese. — Verschiedene Arten des Nüssens beim *Eczema madidans*. — Der „État ponctué“. — Verlauf des nüssenden Ekzems. — Diagnose. — Behandlung des *E. madidans*. — *Eczema verrucosum*. — Allgemeine Charakteristik. — Stabile und progrediente Formen. — Das diffuse verruköse Ekzem der Genitalien und des Afters. — Therapie desselben. — Das circumscribte *E. verrucosum*. — Seine Beziehungen zum „*Eczema marginatum*“. — Das *E. verruco-marginatum*. — Therapie. — Das serpiginöse *E. verruco-marginatum* (*Hebras* „*E. marginatum*“). — Seine Beziehungen zur Trichophytie. — Therapie. — Das „*Eczema rubrum*“ (*Devergie*). — Klinik und Therapie. — *Eczema verrucosum malignum universale*. — Das *Eczema callosum*. — Pathogenese und Symptome. — Die verruco-callösen Ekzeme der Genital- und Analgegend. — Therapie. — Das krusto-callöse Ekzem der Säuglinge. — Therapie. — Das multiple *E. callosum*. — Therapie. — Flache Formen des callösen Ekzems. — Das sog. „lichenifizierte“ callöse Ekzem (*Lichen chronicus simplex Vidal*, *Neurodermitis circumscripta chronica Brocq*). — Das intertriginöse Ekzem. — Die Intertrigo. — Pathogenese des intertriginösen Ekzems. — Die genitalen intertriginösen Ekzeme der Säuglinge. — Therapie. — Intertriginöse Ekzeme der Erwachsenen und ihre Behandlung. — *Eczema palmare et plantare*. — Die Rhagadenbildung. — Das „*Eczéma fendillé*“ von *Devergie*. — Die Bläschenbildung beim palmaren Ekzem. — Höhere Grade des *E. palmare*. — Analoge Affektion der Lippen. — Behandlung des *E. palmare et plantare*. — *Eczema pilare*. — Selbständigkeit dieser Ekzemform. — Beziehungen zur Sykosis. — Ekzemtypen mit bestimmtem Gesamtverlaufe. — Das *Eczema seborrhoicum*. — Einheitlicher klinischer Verlauf desselben. — Besonderheiten des örtlichen und zeitlichen Verlaufes. — Allgemeine Symptomatologie. — Fettgehalt und Parasteatidrosis. — Anfangstypen des seborrhoischen Ekzems. — Die Gelbfärbung der Haut (Vergilbung, gelber Fleck). — Behandlung. — Die fettige Kruste (*Crusta sebacea*). — Lokalisation und Verlauf. — Therapie. — *Pityriasis maculata et*

areata (kleinfleckige und großfleckige P.). — Therapie. — Höhetypen des seborrhoischen Ekzems. — E. seborrhoicum papulatum, guttatum et confluens. — Definition der „Papulierung“. — Verlaufsweise. — Therapie. — Eczema seborrhoicum psoriatisforme nummulare et confluens. — Symptomatologie. — Die „Corona seborrhoica“. — Behandlung des psoriatischen Ekzems. — E. seborrh. petaloides et circumscissum. — Symptomatologie beider Formen. — Therapie. — Rosacea seborrhoica, simplex et pustulosa. — Lokalisation und Pathogenese. — Verschiedenheit von der juvenilen Akne. — Das Rhinophym. — Histologie der Rosacea. — Behandlung der Rosacea. — Die operative Technik bei der Behandlung des Rhinophyms. — Blutstillung dabei. — Nachbehandlung. — Eczema seborrhoicum exfoliativum malignum (Pityriasis rubra, Dermatitis exfoliativa). — Pathogenese und Verlauf. — Zwei Formen. — Therapie. — Das Eczema pruriginosum. — Anfangstypen. — E. papulo-squamosum. — Therapie. — Eczema papulo-urticatum. — Therapie. — Höhetypen. — E. pruriginosum multiplex et universale. — Verlauf. — Unterscheidung von der Prurigo gravis. — Histologie. — Therapie.

Anhang. Die Psoriasis. — Die Psoriasis als Abart des Ekzems. — Beweise. — Übergänge in der Effloreszenzenbildung. — Übergänge der Lokalisation. — Ähnlichkeit der Begleiterscheinungen. — Übergänge beider Typen in situ. — Übergänge in tempore. — Identität der Therapie. — Histologie der Psoriasis. — Die parasitäre Natur der Schuppenflechte. — Die Möglichkeit einer Radikalheilung der Psoriasis. — Wichtigkeit der Nachbehandlung. — Die Beseitigung der Reste. — Schilderung einer symptomatischen Psoriasiskur bei einem Knaben. — Die Anfänge des Psoriasisrezidivs. — Beseitigung. — Behandlung des behaarten Kopfes bei Mädchen. — Therapie der Psoriasis der Erwachsenen. — Hilfsmittel der Radikalkur. — Badereisen. — Physikalische Heilmethoden (Priessnitz, Schwitzstühle und Schwitzbäder, elektrische Lichtbäder). — Die Arseniktherapie. — Das Naphthalan und Vaselineum adustum. — Die Rochardsche Salbe.

Das Ekzem.

Bis zu Willan (1798) verstand man seit Aëtius, bei dem (wohl von Archigenes übernommen) zuerst der Name und Begriff des Ekzems vorkommt, unter diesem Worte furunkel- oder karbunkelartige, jedenfalls nicht juckende oder nässende, sondern brennend heiße und trockene Eruptionen. Erst der berühmte englische Dermatologe Willan gab dem Ekzem eine neue, und zwar die erste klare und feste Definition. Sein „Ekzem“ bezeichnete lediglich solche Fälle von akuten, traumatischen Hautentzündungen, welche eine große Menge kleiner, nicht juckender Bläschen aufweisen und mit Aufhebung der schädlichen Einwirkung spontan verschwinden, also kurz gesagt, die „vesiculösen traumatischen Dermatitisiden“.

Eine weitere wesentliche Veränderung nahmen die französischen Dermatologen Bielt und Rayer mit dem Ekzembegriffe vor. Willan hatte drei Formen des „Ekzems“, d. h. der traumatischen Hautentzündung unterschieden: 1. Das Eczema solare (durch Sonnenbrand), 2. das Eczema rubrum (durch Quecksilber) und 3. das Eczema impetiginodes, das neben Bläschen auch Pusteln zeigt (durch reizende Pflaster, blasenziehende Mittel, Brechweinstein, Arsenik, Nucis anacardii-Öl u. a. m.). Das, was wir heute unter Ekzem verstehen, schildert Willan in den Kapiteln über: „Impetigo figurata“, „Impetigo erysipelatodes“, „Impetigo scabida“, „Porriigo larvalis“, „Porriigo furfurans“ und „Porriigo favosa“.

Dieses „Eczema impetiginodes“ war die verwundbare Stelle des sonst so klaren Willanschen Ekzembegriffes. In diese Kategorie fielen mit der Krämer- und Maurerkrätze auch eiterige Affektionen, die wir auch heute als Ekzeme in unserem Sinne betrachten können, die sich durch diffuse und hauptsächlich chronische Entzündung der Haut und beträchtliches Jucken vollständig von Willans eigentlichem Ekzem unterschieden und besser zu seiner Impetigo figurata gestellt worden wären. Da nun die weitere Beobachtung offenbar lehrte, daß manche Fälle, die zu Willans Impetigines und Porrigines gehörten, mit ähnlichen Bläschen begannen wie das Eczema solare und mercuriale Willans, so war vorauszusehen, daß — nur scheinbar in konsequenter Verfolgung Willanscher Ideen — in das Ekzemkapitel alsbald von Autoren, welche Willan ferner standen, immer mehr feuchte, chronische Dermatosen eingeführt wurden, vorausgesetzt, daß sie einen vesiculösen Beginn aufwiesen.

Bielt und Rayer vermittelten diesen Übergang in der Weise, daß sie die Willansche Einteilung nahezu beibehielten, neben den drei Arten: Eczema simplex (= solare), E. impetiginodes und E. rubrum aber ebenso viele chronische Ekzeme aufstellten. Ja, Rayer trennt bereits dieses chronische Ekzem als das eigentliche „Ekzem“ par ex-

cellence von den artefiziellen Dermatitis, die durch ihr Wesen von jenem durchaus verschieden seien, da sie alle leicht und rasch verheilen und dadurch „zu dem hartnäckigen, häufig wiederkehrenden Eczema in merkwürdigem Kontrast stehen“. Durch diese neue große Verschiebung des Ekzem-begriffes wurde erst das Ekzem aus einer seltenen, akuten, nicht juckenden Hautkrankheit zu einer eminent häufigen, meist chronisch verlaufenden, stark juckenden Hautkrankheit gestempelt.

Rayers Schilderung des chronischen Ekzems entspricht schon im großen und ganzen unserem heutigen Ekzem.

Der von *Rayer* angebahnte Fortschritt schlug weder in Frankreich noch in England so bald Wurzel. Der Grund dafür ist einleuchtend. *Rayer* hatte das Krankheitsbild eines chronischen Ekzems geschaffen, dessen Verlauf und Lokalisationen in klassischer Form beschrieben und sich nur der Inkonsistenz schuldig gemacht, die teils verschiedenen Anfänge und besonders den schleichenden Beginn dieser neuen Affektion nicht mit gleicher Aufmerksamkeit zu verfolgen. Statt dessen ließ er ganz unbefangenen die akuten Ekzeme *Willans*, die einen ganz anderen Sinn hatten, als Anfangsstadien seines chronischen Ekzems bestehen. Natürlich mußte jedes einzelne Symptom der *Willans* Beschreibung in diesem neuen Rahmen einen falschen Sinn gewinnen und die verschiedensten Deutungen zulassen.

Das erklärt die allgemeine Konfusion in den Schilderungen der englischen und französischen Autoren zwischen 1835 und 1860.

Erst *Devergie* erwarb sich das große Verdienst, die Schlacken des *Willans* Ekzems aus der *Rayers* Darstellung zu entfernen und konsequenterweise den Anfang des *Rayers* Ekzems auf neue und eigene Weise zu zeichnen. Für ihn ist das Ekzem durch vier Hauptsymptome charakterisiert: 1. Die Rötte der Hautflächen, 2. das vehemente Jucken, 3. eine Sekretion, welche Leinen grau färbt und steift und 4. einen *Etat ponctué*, d. h. feine Lücken im Epithel, aus denen Serum ausschwitzt und die entweder mit bloßem Auge sofort erkennbar oder durch Abreiben mit Seife oder Kali carbon. jederzeit deutlich zu machen sind. Besonders die Punkte 2 und 3 sind zuerst von *Devergie* als für Ekzem charakteristisch erkannt worden, d. h. sein Ekzem ist vorwiegend nässendes Ekzem. Nimmt man zu dieser Schilderung der Hauptsymptome noch die allgemeinen Sätze hinzu, daß das Ekzem die häufigste Hautkrankheit sei (600 unter 1800 Fällen), daß das Ekzem des behaarten Kopfes lediglich eine Kinderkrankheit darstelle, daß ein *Eczema fugax* nicht existiere, sondern nichts hartnäckiger sei als das Ekzem, so muß man anerkennen, daß mit dem Lehrbuche von *Devergie* der erste große Fortschritt nach *Rayer* in der Ekzemfrage gemacht, zum erstenmal eine völlige Lösung von dem *Willans* Ekzem-begriffe erreicht und damit nach einem halben Jahrhundert wieder Klarheit in die Ekzemfrage gebracht war.

Auch gegen die in Frankreich von jeher beliebte, durch *Bazin* und *Hardy* besonders lebhaft verfochtene Theorie der Ekzematidese erhob *Devergie* auf Grund seiner Beobachtungen energischen Widerspruch. („Die Ekzematiker sind gesunde Leute, nie gesünder als während des Ekzems. Unter hundert Fällen findet man nicht zehn, bei denen eine allgemeine Ursache zu behandeln wäre, wie Syphilis oder Scrophulose.“)

So standen die Dinge, als *Ferdinand Hebra* mit seinem berühmten Lehrbuche hervortrat, in dem er zwar wie *Devergie* gegen die Diathetiker auftrat, aber auf der anderen Seite die von diesem Autor glücklich erreichte Beschränkung und Reinigung des *Rayers* Ekzem-begriffes über den Haufen warf und wiederum eine Verquickung des *Willans* und *Rayers* Ekzems herbeiführte, und zwar eine so dauerhafte, daß dieselbe noch heute nicht ganz überwunden ist. In dem Bestreben, die diathetische Ätiologie des Ekzems ein- für allemal zu widerlegen, stellte er die äußeren Ursachen, d. h. die damals fast allein bekannten physikalischen und chemischen Reizmittel der toten Natur als ursächliche Momente des Ekzems in den Vordergrund und griff damit auf die Ursachen des *Willans* Ekzems zurück, in der Hoffnung, damit die Ätiologie des *Rayers* Ekzems aufzuheben.

Durch wiederholte Crotonölpinselungen glaubte *Hebra* das chronische Ekzem in allen seinen verschiedenen Formen künstlich nachmachen zu können und leitete die von ihm unterschiedenen fünf Hauptformen des Ekzems (*Eczema squamosum*, *papulosum*, *vesiculosum*, *rubrum* [= *madidans*] und *impetiginosum* [= *crustosum*]) aus der Symptomenreihe der Crotondermatitis ab. Daß diese Identifizierung durchaus nicht zutrifft, folgt schon daraus, daß beim Menschen die Crotonölapplikation primär eitrig-pustulöse und eitrig-krustöse, aber keine serösen Bläschen und serofibrinösen Krusten erzeugt und die Crotondermatitis nur wenig juckt und fast gar nicht näßt. *Hebra* hatte die unrichtige Ansicht, daß jedes seröse Bläschen sich mit der Zeit in eine Pustel umwandle und

daß alle Krusten eitrige Krusten seien. Deshalb wandte er auch den Ausdruck „impetiginös“ unterschiedslos auf fibrinöse und eitrige Krusten an und brachte so große Unklarheit in das Krankheitsbild der Impetigo.

Die neue Verquickung des *Willanschen* Ekzems mit dem *Rayerschen* Ekzem durch *Hebra* sprach sich darin aus, daß er das erstere als „akutes“, das zweite als „chronisches“ Ekzem bezeichnete und dieses aus jenem sich entwickeln und nur durch längere Dauer und wiederholte Nachschübe sich von ihm unterscheiden ließ. Danach müßte also jedes Ekzem akut beginnen, d. h. mit Rötung, Schwellung und Bläschen, was bekanntlich nicht der Fall ist.

Die unklare neue Fassung des Ekzembegriffes führte eine ungeheure Ausdehnung desselben herbei, da *Hebra* nun auch die Impetigoarten, die Miliaria rubra, Frostbeulen, schließlich alle „Hautentzündungen“ in denselben aufnahm. In der Ätiologie dagegen war er reiner Willanist und erkannte nur äußere chemische und physikalische Reize als Ursachen des Ekzems an.

Diese Inkongruenz zwischen Klinik und Ätiologie, diese neue schlimme Verquickung *Willanscher* und *Rayerscher* Ekzembegriffe konnte nur deswegen Jahrzehnte hindurch Anklang finden, weil *Hebra* am energischsten gegen die noch dunklere und verwirrendere Krasen- und Diathesenlehre der Franzosen auftrat und vor allem dank seiner glücklichen und durch ihre Einfachheit bestechenden örtlichen Therapie die Zuversicht auf die Berechtigung seiner Lehre von den äußeren Ursachen des Ekzems erweckte.

Dieser Beweis für eine örtliche Entstehung und örtliche Natur des chronischen Ekzems *ex juvantibus* bleibt auch heute noch bestehen, und wenn es gelingen sollte, statt der unzureichenden toten Chemikalien *Hebras* für das *Rayersche* Ekzem organisierte Gifte als örtliche und zureichende Ursachen nachzuweisen, so hat *Hebras* ätiologische Lehre und sein Kampf gegen die Diathesen den Boden für diese neue Lehre vorbereiten helfen.

Bezüglich der Begriffsbestimmung des Ekzems aber hat die *Hebrasche* Lehre in den folgenden dreißig Jahren die Verwirrung geradezu in Permanenz, in ein System gebracht, da jeder, der zur Verwechslung des *Rayerschen* Ekzems mit artificieller Dermatitis neigte, sich nun auf *Hebras* Versuche berufen konnte.

Der eigentliche Schöpfer und Vater des modernen Ekzems ist und bleibt *Rayer*.

Seine beiden großen Verdienste waren: 1. Die genaue Schilderung des chronischen Ekzems an den verschiedensten Körperteilen mit Heranziehung diverser, unter anderen Namen bekannter regionärer Krankheitsbilder, die in ihrer Isolierung bis dahin unverstanden waren, und 2. die Ausschließung der künstlichen Hautentzündungen, welche *Willan* als Ekzem beschrieben hatte, und die von *Bielt* und *Hebra* mißbräuchlich als akute Formen mit dem chronischen Ekzem zusammengebracht waren.

Die weitere Entwicklung von diesem geordneten und festen Grunde aus muß nach diesen beiden gegebenen Richtungen erfolgen.

Erstens steht noch eine genaue klinische, histologische, experimentalpathologische und pharmakodynamische Schilderung aller einzelnen künstlichen Dermatitis aus, deren es so viele verschiedene gibt, wie es Reizmittel der Haut gibt. Dann wird sich auch für die vesiculösen Dermatitis unter ihnen ein anderer Gruppenname als Ekzem finden lassen. *Fuchs* hatte dieselben bereits „*Psudracia*“ genannt.

Zweitens ist das *Rayersche* Ekzem durch klinische, histologische und ätiologische Forschungen zu vertiefen und zu konsolidieren und nach Maßgabe dieser zu reinigen, zu verengern oder zu erweitern.

Man hat bereits als selbständige Affektionen die Pityriasis rubra (*F. Hebra*), die Impetigo vulgaris (*Tilbury Fox*), die Cheiropompholyx (*Hutchinson*), die Pityriasis rosea (*Gibert*), die Neurodermitis circumscripta chronica (*Vidal-Brocq*) vom Ekzem getrennt. Andererseits hat *Unna* durch die Entdeckung des seborrhoischen Ekzems die Ekzemlehre auf eine ganz neue Basis gestellt, da er den Nachweis erbrachte, daß die sogenannten trockenen Seborrhöen, die *F. Hebra* noch für Hypersekretionen der Talgdrüsen gehalten hatte, entzündlicher Natur sind und durch ihren direkten Übergang in Ekzem jedem Beobachter verraten, daß sie zum *Rayerschen* Ekzem (nicht zum *Willanschen*) gehören.

Trotz der scharfen Abgrenzung des heutigen Ekzems von den künstlichen Hautentzündungen bleibt das *Rayer-Devergiesche* Ekzem doch noch immer eine höchst polymorphe Krankheit, die in jedem Lebensalter, auf jedem Körperteile, ja auf jedem Individuum uns in der verschiedensten Gestalt entgegentritt. Die Frage, ob diesem Wechsel der Erscheinungen nicht doch eine Multiplizität der Ekzeme zugrunde liegt, ist noch unentschieden. Vorderhand müssen wir noch eine einheitliche Krankheit Ekzem annehmen, von der wir diverse verschiedene klinische Typen unterscheiden. Wirk-

lich befriedigen kann nur eine Darstellung, welche uns zeigt, wie die einzelnen Formen auseinander entstehen, welcher genetische Zusammenhang zwischen ihnen besteht, welchen Einfluß die Hautindividualität, die regionäre Verschiedenheit, das Alter der Haut, Komplikationen und äußere Einflüsse jeglicher Art auf die Erscheinungsform ausüben, und was nach Abzug aller dieser Accidentien als die Essentia des Ekzems übrig bleibt.

Als die wesentlichen Symptome des Ekzems bezeichnet *Unna* 1. die Chronizität, die durch das im Volksmunde gebräuchliche Wort „Flechten“ so gut zum Ausdruck gebracht wird; 2. die Entzündung, und zwar die Oberhautentzündung; 3. die Neigung zu diffuser Ausbreitung; 4. das Jucken; 5. die parasitäre Natur des Ekzems; 6. das Schuppen; 7. die Ausartung in verschiedene Ekzemtypen [a) der serofibrinösen Exsudation zur Bläschen- und Krustenbildung und zum Nässen; b) der Epithelwucherung zu den verrukösen und psoriatischen Ekzemen; c) der übermäßigen Verhornung zu den callösen und pruriginösen Formen; d) des abnormen Fettgehalts zum Eczema seborrhoicum in allen Varietäten].

Demnach lautet die Definition des Ekzems nach *Unna*:

Chronische, zu diffuser Ausbreitung neigende, juckende und schuppige parasitäre Oberhauterkrankungen, welchen die Fähigkeit innewohnt, auf Reize mit serofibrinöser Exsudation (nässende Formen) oder mit Epithelwucherung, übermäßiger Verhornung, abnormem Fettgehalte oder Kombinationen letzterer Vorgänge (trockene Formen) zu antworten.

Was zunächst die so wichtige Frage der Ätiologie des Ekzems betrifft, so ist allein die zuerst von *Unna* 1890 aufgestellte parasitäre Theorie des Ekzems imstande, die klinische Erscheinungsweise des *Rayer'schen* Ekzems am besten zu erklären.

Nur selten wird eine direkte Übertragung des Ekzems von Mensch zu Mensch beobachtet, z. B. von dem mit feuchtem Ekzem behafteten Gesichte des Kindes auf die Brust oder den Arm der Mutter oder Amme, oder in Form der neuerdings beobachteten Epidemien von trockenen Ekzemen des Gesichtes und Halses in Schulen und das plötzliche gruppenweise Auftreten des Ekzems in Familien, die bis dahin von Ekzem frei waren. Besonders die letzteren Fälle sprechen für eine Infektiosität des Ekzems, beweisen aber auch, daß die Infektion individuell, zeitlich und örtlich eingeschränkt und bedingt ist.

Offenbar fassen die Erreger des Ekzems auch nicht ohne weiteres auf der normalen Oberhaut Fuß, sondern erst im Anschlusse an traumatische, mechanische oder chemische Läsionen der Hornschicht, wie bei *Ulcus cruris*, *Scabies* und den sogenannten *Gewerbeekzemen*.

Ein noch stärkerer Beweis für die parasitäre Natur des Ekzems ist seine Übertragungsfähigkeit von Hautstelle zu Hautstelle desselben Patienten, seine Autoinoculabilität, z. B. durch Kratzen, Kopfkissen, Schnupftuch und Rasiermesser, Kleiderreibung am Halse, den Handgelenken und unter dem Hutrande, an den Kontaktstellen der Haut (After, zwischen Hodensack und Oberschenkel).

Auch der klinische Verlauf bei der Abheilung des Ekzems weist auf die parasitäre Natur desselben hin. Es bleiben oft „Reste“ des Ekzems übrig, völlig unbeachtete „Schlupfwinkel“ und „Brutstätten“, von denen aus dann plötzlich neue Rezidive erfolgen. Diese Reste stellen sich als leicht schuppige, etwas papulös erhabene, verdickte oder, wie man nicht besonders glücklich sagt, „infiltrierte“ Stellen dar, an denen zurzeit subjektiv Ruhe herrscht, kein Jucken wahrnehmbar wird und die daher vom Patienten, welcher froh ist, der lästigen

Behandlung entronnen zu sein, regelmäßig vernachlässigt werden. Sie entsprechen meist denselben Centren, von denen das Ekzem ursprünglich seinen Ausgang nahm, sitzen daher sehr oft am behaarten Kopf, an den Genitalien, bei Handekzemen oft am Handgelenke, an einem Nagelfalze, an einer Furche der Hohlhand, bei Beinekezemen an der äußeren Seite des Unterschenkels oder in der Kniebeuge, bei Afterekzemen in einer Analfalte mit verdickten Rändern u. s. f.

Die neueren bakteriologischen und histologischen Forschungen haben uns über diese Verhältnisse manche Aufklärung gebracht.

Die Bakteriologie hat gezeigt, daß alle bisher als ekzematöser nachgewiesenen Kokken die Eigenschaft besitzen, durch eine Übertragung auf die menschliche Haut jedesmal im Wachstum erheblich gekräftigt zu werden, selbst wenn ihre Kulturen durch lange Übertragung auf künstlichen Boden merklich abgeschwächt und die Reaktion der Haut bei der Impfung zunächst nur minimal war. Daher ist sehr wohl ein langer Verbleib von Parasiten auf der Haut ohne erhebliche Reaktion der letzteren und doch ohne Abschwächung der Parasiten, ja sogar mit Verstärkung derselben, falls diese von neuem verpflanzt werden, denkbar, mithin die Existenz richtiger Schlupfwinkel und Brutstätten.

Die Histologie hat uns andererseits mit der Existenz von postekzematösen Herden bekannt gemacht, mit erweiterten Lymphspalten der Stachelschicht, einer das Ekzem überdauernden Spongiose (vgl. *Eczema madidans*), während die Hornschicht darüber normal oder nur leicht schuppig hinwegzieht. An diesen Stellen hat die parasitäre Invasion einen leicht verwundbaren, für neue Ausbrüche disponierten, larviert ekzematösen Fleck geschaffen, welcher sich jetzt auch unter unbelebten Reizmitteln in einen feuchten Herd verwandeln kann, wodurch es unter Umständen auch zu einem nichtparasitären Rezidiv kommt. Dieser larviert ekzematöse Status der Haut wird, soweit wir bisher wissen, von keinem physikalischen oder chemischen, unbelebten Reizmittel geschaffen und nach Ablauf der betreffenden Dermatitis dauernd zurückgelassen. Seine Existenz spricht genau wie die von Parasiten in inaktiver Form eingenommenen Brutstätten für den parasitären Ursprung des Ekzems überhaupt.

Die Theorie der hereditären Anlage wie die der erworbenen Diathese, die alimentären und autotoxischen Theorien wie die *Hebrasche* der artifiziellen Dermatitis und die *Kaposische* der Reflexe — alle steuern ihr Scherflein Wahrheit zugunsten der parasitären Theorie bei, indem sie auf die Veränderungen des Terrains, des Nährbodens der Parasiten, ihre Streiflichter werfen.

Auch die bakteriologische Analyse bestätigt die parasitäre Ätiologie des Ekzema. Nach *Unnas* Untersuchungen sind es verschiedene Kokkenarten, die die hauptsächlichsten bekannten Formen des *Rayer*-schen Ekzems hervorrufen, wie auch durch Übertragungsversuche an Tier und Mensch erwiesen wurde.

Die Einnistung der Ekzemparasiten wird begünstigt entweder durch eine Verbesserung des Nährbodens oder durch die Beförderung der Einimpfung. Alle Zustände und Affektionen der Haut, die mit einer Auflockerung und mit Kohäsionstrennungen der Oberhaut einhergehen, alle „präekzematösen“ Affektionen, wie die akuten

Exantheme, die artifiziellen Hautentzündungen oder Hautläsionen, die Macerationen der Hornschicht durch Urin, Schweiß, Fäces, Vaginalsekret, Tränen- und Nasensekret, Otorrhöen, Wundsekret, die Absonderung der Hautfalten (Intertrigo), durch impermeable und feuchte Umschläge, Badeprozeduren, Waschen und Seifen, die allzu starke Entfettung der Hornschicht mit ihren Folgen der übermäßigen Eintrocknung und Rhagadenbildung, alle diese Umstände bewirken eine Verbesserung des Nährbodens für die Ekzemparasiten. Auch Kultur und Mode tragen ihren Teil dazu bei. Die vor etwa 30 Jahren aufkommende unsinnige Beliebtheit krauser, trockener Stirnhaare und die damit zusammenhängende Verbannung der Pomaden hat nicht zum wenigsten das unerhörte Umsichgreifen der seborrhoischen Ekzeme und Alopecien bei der jetzigen Frauengeneration zur Folge gehabt. Man kann weiter ebenfalls annehmen, daß die heutige Zivilisation mit ihrem verschwenderischen Gebrauch von Seife ohne künstlichen Ersatz des entzogenen Hautfettes der Ausbreitung des Ekzems Vorschub geleistet hat; denn nur so, durch das Medium der übermäßigen Entfettung, ist die fortdauernde Zunahme der Ekzeme zu verstehen, da doch die Reinlichkeit als solche eine Abnahme derselben zur Folge hätte haben sollen. Die Griechen und Römer bedienten sich bekanntlich nach dem Bade wohlriechender Salben und Öle. Wir sollten wenigstens für den täglichen Gebrauch überfettete Seifen benutzen.

Auch alle juckenden Hautkrankheiten, wie Urtikaria, Lichen urticatus der Kinder, Varicen des Afters und des Unterschenkels, Skabies etc. begünstigen die Einimpfung des Ekzems durch Kratzen. Aber nicht alle juckenden Dermatosen und nicht alle Kratzeffekte ziehen Ekzem nach sich, z. B. nicht der Lichen planus und manche Fälle von Pruritus senilis und Pemphigus chronicus, so daß man an eine Immunität gegen die Ekzemparasiten infolge anderer Hautkrankheiten denken muß.

Es gibt auch angeborene Verbesserungen des Nährbodens, eine hereditäre ekzematöse Disposition z. B. bei angeborenem Mangel an Hautfett, das durch künstliche Einfettung ersetzt werden muß, oder bei zu großer Weichheit der Hornschicht, wo sich der Gebrauch von Schwefelmitteln bewährt.

Die Ursachen der örtlichen Ausbreitung des Ekzems kann man ebenfalls einteilen in terrainverbessernde und impfungbefördernde. Erstere haben gemeinsam, daß durch angioneurotische oder entzündliche Erytheme die Haut für das Überspringen und Weiterkriechen des Ekzems vorbereitet wird, z. B. bei der im Gefolge der Dentition bei wohlgenährten Säuglingen auftretenden Hyperämie des Gesichtes, besonders der Wangen, sowie bei der Wallungshyperämie in Schmetterlingsform, die bei Frauen im Klimakterium auftritt und die Entstehung der seborrhoischen Rosaceen begünstigt. Auch die Erytheme infolge des äußerlichen Gebrauchs von Medikamenten (Chrysarobinerythem etc.) gehören dahin.

Impfungbefördernd wirkt das Kratzen und Reiben jeglicher Art, vor allem das Kratzen mit den schon vom Volksmunde als „giftig“ bezeichneten Fingernägeln, da der Unternagelraum bakteriologisch einen Sammelpunkt aller Hautorganismen darstellt und jedes juckende Ekzem einen Teil seiner Flora an diese zehn Räume abgibt, von welchen aus sie durch Kratzen auf die sicherste Weise auf alle erreichbaren Körper-

teile verimpft werden können. Die Reinhaltung der Nägel und die Enthaltung vom Kratzen ist daher ein wichtiges Prophylaktikum des Ekzems. Beim Kopfekzem der Säuglinge wird das Kratzen am besten durch einen permanenten Streckverband der Ärmchen vermieden, den man durch festes Einbinden der Ellenbogen mit einer steifen Manschette erzielt, sowie durch den beim krustösen Ekzem näher zu beschreibenden Kopfverband. Auch beim Erwachsenen sind feste Verbände der juckenden Partien ein ebensoviel kuratives wie prophylaktisch wirkendes Mittel. Besonders leistet der Zinkleim zusammen mit Binde und Watte zu diesem Zwecke Ausgezeichnetes, ebenso die bereits früher genannten Antipruriginosa (S 196—200). Das Jucken eben geheilter Ekzempartien beseitigen am besten Gelantherème oder Cold-cream oder spirituöse Waschungen.

Auch die Reibung kann die Impfung des Ekzems begünstigen, so die durch das Kopfkissen, wie man bei nässenden Kopfekzemen der Kinder sehen kann, durch Frottieren mit Taschen-, Hand- und Badetüchern, durch festanliegende Bandagen und Kleidungsstücke wie Rockkragen, Ärmelrand, Hutrand, Strumpfband, Manschetten. Sie haben alle die Tendenz, das Ekzem in der eigenen Richtung strichförmig auszuweiten. Ebenso summieren die Wollstoffe auf der menschlichen Haut kleine Reibungseffekte, je mehr, je gröber sie sind. Besonders bei der Entstehung des seborrhoischen Ekzems auf Brust und Rücken hat sich das Wollhemd einen bösen Ruf erworben. Der „flanel rash“ der Engländer, *Gustav Jägers* „kritische Ausschläge“ bei Anlegung der Wollkleidung sind Ekzeme dieser Art. Beim Wollhemde kommen folgende impfungbefördernde und terrainverbessernde Umstände zusammen: Erythem durch die Rauigkeit des Stoffes und die größere Wärme, Jucken mit nachfolgendem Scheuern und Kratzen, Verimpfung über größere Flächen durch andauernde Reibung der Wollfasern, Schwitzen mit nachfolgender Maceration der Haut.

Alle die geschilderten Faktoren bedingen die Chronizität des Ekzems, aber die Ursachen der ärgsten Verschleppung, die das Ekzem geradezu verewigen, liegen in ganz besonderen Umständen histologischer Natur, den drei Faktoren der Spongiose, der Akanthose und der Hyperkeratose, die, bis zu einem bestimmten Grade der Ausbildung gelangt, einen spontanen Rückgang des Ekzems ausschließen und die künstliche Heilung desselben aufs äußerste erschweren. Als allbekannte Typen sind hier große, ausgedehnte, rote, andauernd nässende Unterschenkel-ekzeme bei älteren Leuten (sogenannter „Salzfluß“) anzuführen, sodann gewisse trockene, scharf umrandete, erhabene, blaßrötliche oder graugelbe Ekzemflecke des Halses unterhalb der militärischen Halsbinde und gewisse taler- bis kindhandgroße, mit schwielenartiger Hornschicht bedeckte und permanent juckende Stellen an den Unterschenkeln von Erwachsenen. Im ersteren Falle ist die Spongiose so weit gediehen, daß die leck gewordene Stachelschicht sich nicht wieder erholen kann und einen permanenten Lymphabfluß gestattet; der einfache Druck der Blutsäule beim Stehen genügt, diese Ekzeme zeitlebens zu unterhalten. Im zweiten Falle ist eine trockene Wucherung der Stachelschicht, die ihrerseits nur durch den Druck der Halsbinde unterhalten wird, die Ursache der Verschleppung, und im dritten genügt das gewohnheitsgemäße Kratzen des umschriebenen pruriginösen Fleckes, um die ihn

charakterisierende Hyperkeratose zu verewigen. Bettruhe im ersten, das Fortlassen der Halsbinde im zweiten, ein Gipsverband im dritten Fall sind die gegebenen Heilmittel, keine Spezifika, aber geeignet, den unscheinbaren, fortwirkenden Grund der Verschleppung auszuschalten.

Diejenigen Umstände, welche dem Ekzem eine besondere Form geben, ohne daß sie als eigentliche Ekzemursachen gelten können, wirken entweder von außen oder von innen auf dasselbe ein.

Unter den äußeren Einflüssen kommen vor allem die Gewerbeschädigungen in Betracht. Der erfahrene Dermatologe sieht den Handekzemen mit ziemlicher Sicherheit die Art des Handwerkes sowie die Abwesenheit eines solchen an. Die Art der primären Dermatitis, sei sie durch die Lauge der Wäscherinnen, den Zucker und das Gewürz der Krämer, den Kalk und Zement der Maurer oder den Firnis der Polierer erzeugt, überträgt ihren Stempel noch auf das aufgepflanzte Ekzem, bis dasselbe beim Fortschreiten auf die Haut des übrigen Körpers dieses Stigma verliert. Ebenso haben die Ekzeme der unbedeckt getragenen Stellen des Körpers, welche durch die chemischen Sonnenstrahlen (den Sonnenbrand) eine Verschlimmerung erfahren haben, durch das begleitende Ödem und die Neigung zur Bildung zahlloser konfluierender Bläschen ein eigentümliches Gepräge. Ekzeme, die mit Impermeabilien, Guttaperchapapier, Pflastern oder dickeren Fettschichten bedeckt waren, ohne daß gleichzeitig ein Heileffekt eintrat, zeigen eine erhöhte Tendenz zur Bläschenbildung, zur Pustulation, zum Nässen und zur diffusen Ausbreitung. Der starke Gebrauch der Seife verrät sich durch das blanke, feinschuppige Aussehen der Ekzemflächen, welche durch polygonale Risse gefeldert erscheinen („Eczème fendillé“ *Devergie*). Die verschiedenen Medikamente drücken noch beim Abheilen dem Ekzem ihren Stempel auf, welcher dem Kundigen die bisherige Behandlung verrät. So hat die artificieller Dermatitis täglich bei der Diagnose und Therapie des Ekzems ein Wörtchen mitzusprechen. Man muß *Willans* „Ekzem“ genau kennen, um *Rayers* Ekzem, d. h. unser heutiges Ekzem, richtig beurteilen zu können.

Die inneren Zustände, welche die Form des Ekzems beeinflussen, sind nicht vage und schwer zu beweisende Konstitutionsanomalien, sondern lediglich solche der Haut. Vielleicht besteht ja zwischen der Konstitution der Haut und einzelnen Organerkrankungen oder Stoffwechselstörungen ein Zusammenhang. Er ist aber noch unbekannt.

Unter Konstitution der Haut versteht *Unna* den gesamten Habitus derselben, ehe sie vom Ekzem befallen wurde und an den ekzempfren Stellen. Er hält dieselbe für hereditär veranlagt, aber durch äußere Einflüsse modifizierbar und unterscheidet hauptsächlich drei Formen als die häufigsten: die lymphophile, die akantrophile und die keratophile.

Die lymphophile Haut ist im allgemeinen anämisch, mit leicht vulnerabler, dünner Oberhaut bedeckt und reagiert auf leichte Reize mit langdauernder Hyperämie. Die auf ihr entstehenden Ekzeme lassen die Parakeratose und Spongiose in den Vordergrund treten und neigen zur Bläschenbildung und zum Nässen.

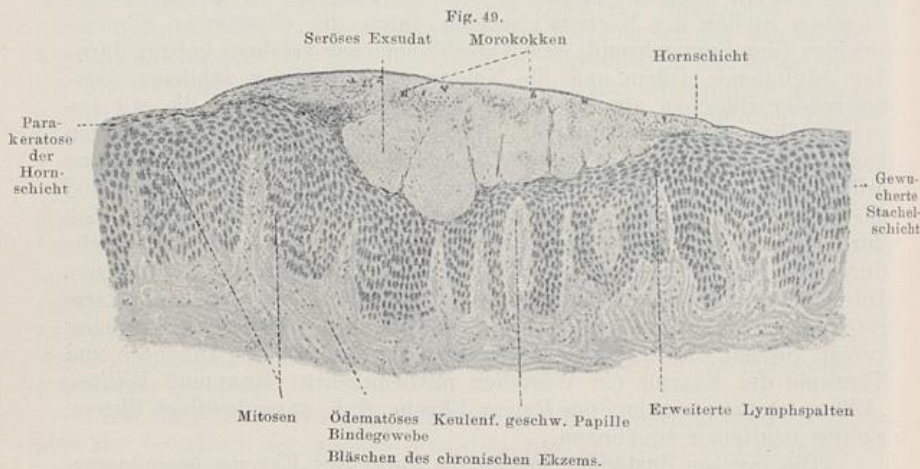
Die akantrophile Haut ist vortrefflich durchblutet, pigmentarm und fettreich, mit dicker, schwer vulnerabler Oberhaut bedeckt und reagiert erst auf stärkere Reize mit Hyperämie. Sie erteilt den auf ihr

entstehenden Ekzemen eine Neigung zur Akanthose, stärkerer Blutfülle bei geringerer Lymphabsonderung und zu größerem Fettreichtum und zeitigt mit Vorliebe psoriatische und seborrhoische Formen des Ekzems.

Die keratophile Haut ist anämisch, fettarm, pigmentreich, mit dicker, schwer vulnerabler Oberhaut bedeckt und reagiert auf Reize mit spastischen Ödemen und Jucken. Die auf ihr entstehenden Ekzeme bilden vorzugsweise Akanthose und Keratose aus und gewinnen dadurch den pruriginösen Habitus.

Die Histologie des Ekzems wird durch vier Elementarveränderungen charakterisiert, von denen nur eine die Cutis, die drei anderen die Oberhaut betreffen.

1. Die Veränderung der Cutis ist eine oberflächliche, dem Deckepithel sich anschließende Dermatitis von meist geringer Intensität, charakterisiert durch Zunahme der Bindegewebszellen, besonders in der Umgebung des subpapillaren Gefäßnetzes und durch Erweiterung der Blut- und Lymphgefäße sowie leichtes Ödem der Papillen. Es fehlt jede Degeneration von collagenem und elastischem Gewebe, jede Vermehrung der Mastzellen und meist auch jede Emigration von weißen Blutkörperchen. Die Bindegewebs-



zellen sind klein und protoplasmaarm und erreichen nur in alten Fällen die Form von Plasmazellen, wo dann auch die Zellproliferation tiefer als gewöhnlich in die Cutis, bis um die Knäueldrüsen hinabsteigt.

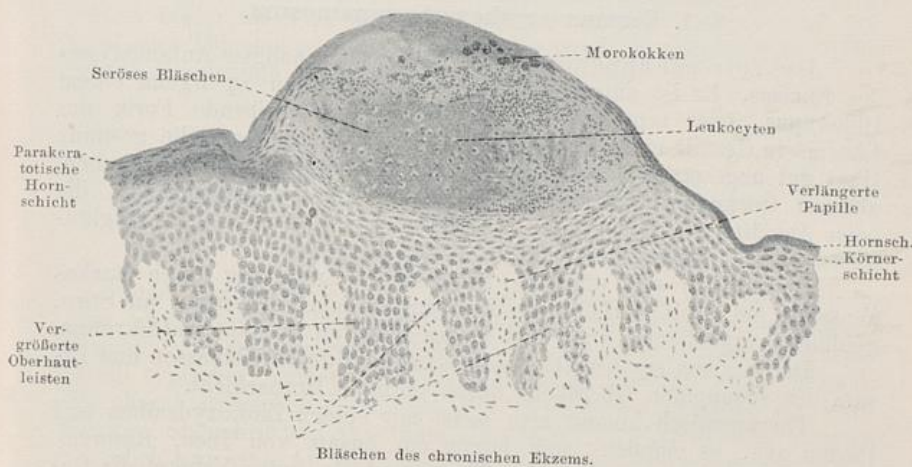
2. Die wichtigste, weil stets vorhandene Oberhautveränderung ist die Parakeratose oder das Ödem der Übergangsepithelien, ein sich bereits in der Stachelschicht geltend machendes parenchymatöses Ödem, das leichter in der Verhornungszone nachzuweisen ist, weil unter seinem Einflusse der Keratohyalin Gehalt der Körnerzellen schwindet und die Hornzellen ihre Kerne in Stäbchenform behalten. Die so veränderte parakeratotische Hornschicht bildet schon eine elementare Schuppe, und daher ist die Parakeratose der mikroskopische Ausdruck des Schuppens. Sie findet sich zwar auch bei anderen schuppigen Dermatosen, wie der Pityriasis rubra pilaris und der Pityriasis rosea, aber ist doch klinisch und histologisch von der Parakeratose dieser Affektionen zu unterscheiden. (Vgl. diese Affektionen.)

3. Das dritte charakteristische histologische Symptom des chronischen Ekzems ist die mit stärkerer Feuchtigkeit einhergehende Veränderung der Oberhaut, die zum Nassen und zur Produktion von Krusten und Borken führt, ein interzelluläres, gegen die Hornschicht hin zunehmendes interstitielles Ödem der Stachelschicht, das *Unna* als spongioide Umwandlung bezeichnet hat, kurzweg auch „Spongiose“ genannt. Hierbei erweitern sich die interspinalen Gänge der Stachelschicht zu darmähnlich geblähten und rosenkranzartig ausgebuchteten Hohlräumen. Ihr Inhalt ist Lymphe mit wenig Leukoeyten und Gerinnseln; durch Anstauung desselben an der Hornschicht erweitern sich die Hohlräume der spongioid veränderten Stachelschicht auf

Kosten der zur Seite und nach unten hin komprimierten Epithelien von oben nach unten und verwandeln sich in die Bläschen des chronischen Ekzems. Diese unterscheiden sich also von den Bläschen bei Variola, Varicellen, Zoster und Herpes dadurch, daß sie nicht in der Mitte und im unteren Teile der Stachelschicht, und nicht unter Colliquation und Nekrose des Epithelprotoplasmas entstehen, sondern einfache Verdrängungsbläschen sind. Die Tatsache, daß das Epithelprotoplasma nicht nekrobiotisch, sondern nur komprimiert wird, daß ferner die Bläschen des Ekzems intercellulär auf Grund der Spongiose entstehen und daß sie sich von der Hornschicht nach der Cutis zu, mithin durch Stauung an der Hornschicht vergrößern, diese Tatsachen beweisen, daß innerhalb der Stachelschicht selbst eine nekrotisierende Giftwirkung fehlt und daß die Ekzembälchen ihr Dasein vielmehr einer Fernwirkung, nämlich lediglich dem stärkeren Andrang von Exsudat aus der Tiefe nach oben verdanken, welches die Hornschicht zu gewinnen sucht. Innerhalb der Hornschicht muß also eine Exsudat, in diesem Falle Serum anlockende Kraft vorhanden sein.

Als Träger dieser „Serotaxis“ bieten sich die maulbeerförmigen Kokken dar, die oberhalb der Bläschen in den überlagernden Schuppen und Krusten konstant zu finden sind und die *Unna* ihrer Form wegen und um sie von den in traubenförmigen Haufen bei der Eiterung vorkommenden Staphylokokken zu unterscheiden „Morokokken“ genannt hat. Sie sind ein gutes histobakteriologisches Charakteristikum der Ekzemkrusten.

Fig. 50.



Eitrige leukocytöse Bläschen sind selten beim Ekzem und entstehen wahrscheinlich durch sekundäre artifizielle Hautreizung.

4. Es entspricht dem Mangel einer nekrotisierenden Giftwirkung bei der Bildung des Ekzembälchens, daß von Anfang an das Gegenteil einer solchen, ein Antrieb zur proliferativen Wucherung der Stachelzellen besteht. Das sichtbare Zeichen dieser Neubildung von Stachelzellen oder „Akanthose“ sind zahlreiche Mitosen in der basalen und mittleren Stachelschicht. Hierdurch verbreitert sich die Stachelschicht stets, sowie das Ekzem länger besteht, ihre Leisten schwellen an, dringen gegen den Papillarkörper vor, verdünnen die durch Ödem etwas geschwellenen Papillen und verlängern oder verkürzen sie, letzteres dann, wenn der Papillarwiderstand durch Anämie der Haut sehr gering ist (vgl. pruriginöses Ekzem). Das gewöhnliche Bild des chronischen Ekzems zeigt uns ein stark gewuchertes Leistensystem, also eine bedeutend vergrößerte interpapilläre Stachelschicht, überlagert von einer relativ dünnen suprapapillären.

Bei gleichbleibender Cutisveränderung kombinieren sich diese drei Hauptsymptome: Parakeratose, Spongiose und Akanthose in verschiedenster Weise zur Erzeugung der Ekzemformen.

Als regelmäßige Bakterienbefunde beim Ekzem trifft man drei Formen von Organismen in Schnitten: 1. die von *Malassez* gefundenen „Flaschenbazillen“, kenntlich durch ihre einseitige, keulenförmige oder flaschenförmige Auftreibung, 2. die kleinen Seborrhöebazillen *Sabourauds* (wohl identisch mit *Unnas* Aknebazillen) und 3. diverse

Kokkenarten, von denen die in serumhaltigen Krusten schöne Maulbeerhaufen bildenden bereits genannt sind.

Die Flaschenbazillen findet man hauptsächlich in den Kopfschuppen, die Seborrhöebazillen in den Talgdrüsenmündungen, die Kokken bei den nässenden Formen, alle stets nur an der Oberfläche der Haut und in den abgestorbenen Hornschichten. Ihre pathofore Wirkung ist daher nur auf Grund der Theorie von der Chemotaxis zu verstehen. Man kann in Schnitten eines älteren chronischen Ekzems einen direkten Parallelismus zwischen Keratohyalinschwund der Übergangsschicht und Kokken sowie zwischen diesen und Spongiosa finden, der auf eine pathofore Wirkung der Kokken hindeutet.

Das „akute bläschenförmige Ekzem“ repräsentiert sich histobakteriologisch als ein „akutes Impfbläschen des Ekzems“ von ähnlicher Pathogenese wie das gewöhnliche Impetigobläschen.

Man unterscheidet in der speziellen Klinik des Ekzems zweckmäßig:

- I. Ekzemtypen ohne bestimmten Gesamtverlauf;
- II. Ekzemtypen mit bestimmtem Gesamtverlauf (Ekzemarten) und unter beiden Gruppen wieder „Anfangstypen“ und „Höhentypen“.

Unter den Anfangstypen der Gruppe I erwähnen wir zunächst:

1. Eczema erythemato-squamosum.

Der rote schuppige Fleck ist der allerhäufigste Anfangstypus des Ekzems. Er ist entweder ein Übergangsstadium zu irgend einem Höhetypus, oder repräsentiert die einzige und bleibende Form des Ekzems in Gestalt eines leicht juckenden, rötlichen, gegen die gesunde Haut gut abgesetzten Fleckes mit einer feinschuppigen oder nur rauhen, abnorm trockenen und rissigen Beschaffenheit der Hornschicht, die beim Abblättern eine dunklere, bläulichrote, trockene oder feuchtglänzende Fläche zutage treten läßt.

Diese Form tritt oft nach übermäßiger Entfettung durch starkes Waschen auf, mit Vorliebe am Handgelenk und Vorderarm, an Stirn, Schläfen, Augenlidern, Ohr- und Halsgegend, an Vorhaut und Skrotum.

Das Eczema erythemato-squamosum heilt durch Abblässen und Ersatz der schuppigen Oberfläche durch normale Hornschicht.

Therapeutisch kommt man meist mit milden Zinkoxydsalben und Pasten aus, es empfiehlt sich häufig ein Zusatz von Teer, Resorcin, Ichthyol, Thigenol in schwachen Dosen und als gutes Vehikel die Gelantherème.

2. Eczema papulo-vesiculosum.

Beim papulo-vesikulösen Typus des Ekzems treten scheinbar unregelmäßig zerstreut, doch meist den Follikelmündungen genau entsprechend, allerkleinste, gerötete Papeln auf, zwischen denen die Hautoberfläche nicht normal, sondern verdickt, etwas erhaben, feinschuppig oder trocken, rau und rissig ist. Durch diese diffuse umschriebene Oberhauterkrankung werden gruppenweise zusammenstehende Papeln zu Ekzemflecken vereinigt, die ein unregelmäßiges höckeriges, rötliches oder graurötliches Aussehen besitzen und in denen die Follikelmündungen sich meistens noch als röttere und erhabene Punkte abheben. Sehr bald zeigen sich auf diesen Ekzemflecken unregelmäßig zerstreut, bald den Rand, bald die Mitte bevorzugend und keineswegs den Follikelmündungen entsprechend, sehr kleine, eben mit bloßem Auge wahrnehmbare, helle Bläschen, die eben so rasch, wie sie gekommen sind, wieder

eintrocknen können, selten länger als einen Tag sichtbar sind. Sie hinterlassen beim Abtrocknen kleine Schüppchen oder Krüstchen, die durch ihre mehr weiße oder braune Färbung dem Ekzemfleck ein buntes Aussehen verleihen. Diese Flecke jucken stärker als die erythemato-squamösen Flecke.

Das papulo-vesikulöse Ekzem kommt häufig im Anschlusse an Gewerbeschädigungen bei Krämern, Maurern, Polierern etc., ferner in der Umgebung stark sezernierender Ulzera, nach feuchten Umschlägen, bei Diarrhöen der Kinder u. s. w. vor, auch als Prorruption bereits bestehender Mutterherde von nässenden, intertriginösen Ekzemen.

Auf der follikelfreien, mit dicker Hornschicht bedeckten Palma manus und Planta pedis zeigt sich das E. papulo-vesiculosum in der stark juckenden Modifikation von Bläschengruppen, welche die dicke Hornschicht etwas vorwölben, während Papeln und Schuppen ganz fehlen.

Für die Behandlung dieses Anfangstypus sind Zinkschwefelpaste (Rp. 4), überhaupt austrocknende Mittel am Platze, da diese das Jucken besser als Teer stillen. Als Zusätze zur Paste nimmt man Ichthyol oder Thigenol oder gelbes Quecksilberoxyd. In hartnäckigen Fällen ist das Unguentum resorcini compositum indiziert:

Rp. 38. *Resorcini*,
Ichthyoli aa. 5·0,
Acid. salicyl. 2·0,
Vaselin. flav. 88·0.

M. f. ungt. S. Ungt. compos. resorcini. Außerlich.

3. Akutes Impfbläschen des Ekzems.

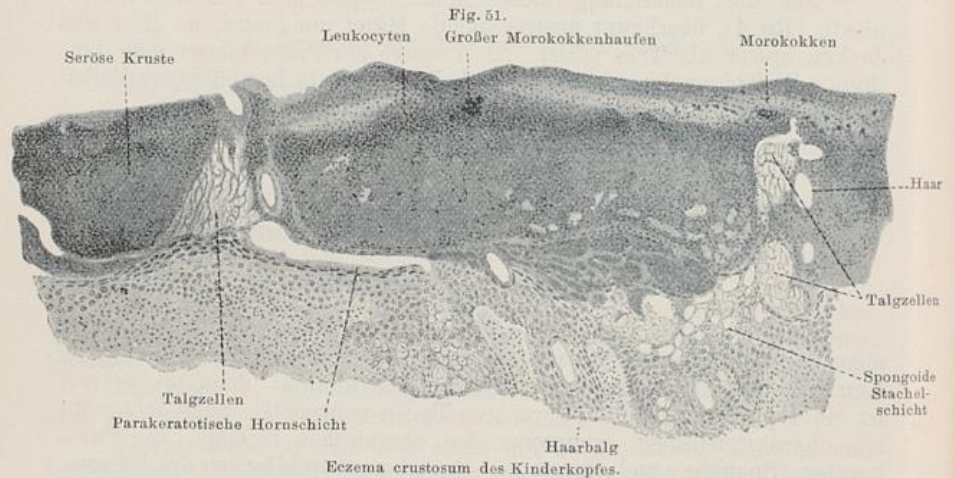
Das „Impfbläschen des Ekzems“ (*Unna*) ist die einzige unter allen ekzematösen Effloreszenzen, welcher der Titel eines „akuten Ekzems“ von rechts wegen beigelegt werden könnte; denn ihr Verlauf ist ein typischer, kurzer, in wenigen Tagen vollendeter, auch fehlen ihr alle charakteristischen Symptome des chronischen Ekzems: die Parakeratose, Spongiose und Akanthose. Das akute Impfbläschen des Ekzems, eigentlich nur eine Art der Impetigo, besitzt keine Sonderexistenz, sondern existiert nur im Anschlusse an ein schon bestehendes chronisches Ekzem, gemischt mit dessen Effloreszenzen und als ein gefährlicher Pionier für die umliegende gesunde Haut. Entweder heilt es rasch ab oder es hinterläßt eine kleine kokkenhaltige Schuppe, das Centrum eines neuen chronischen Ekzemfleckes. Während die Bläschen des chronischen Ekzems kokkenfrei sind, enthalten diese akuten Impfbläschen stets Kokken. Zu ihnen gehören nach *Wardes* Untersuchungen vor allem alle kleinen hellen Bläschen mit klarem Inhalt, welche an Follikelmündungen liegen. Diese Tatsache lehrt, daß in der Umgebung jedes Ekzems die Follikelmündungen, auch wenn sie normal erscheinen, verdächtig sind, bereits Ekzemorganismen zu enthalten, die nur einer Verbesserung des Nährbodens bedürfen, um ein Bläschen und ein kokkenhaltiges Schüppchen zu bilden. Es ist ja auch einleuchtend, daß die von einem Ekzem durch Kleiderreibung, den kratzenden Nagel etc. transportierten Organismen an den Follikeln der Umgebung am ehesten haften bleiben.

Das rascheste Heilmittel des Impfbläschens ist die Zinkschwefelpaste.

Wir kommen nun zu den Höhetypen der Gruppe I, und zwar zunächst zu den ubiquitären Höhetypen.

4. Eczema crustosum.

Das krustöse Ekzem ist die häufigste und wichtigste unter den nässenden Ekzemformen der kindlichen Haut und dort viel häufiger als beim Erwachsenen. Die Besonderheiten dieses Ekzemtypus bestehen in einer exzessiven Ausbildung der serösen Exsudation und einer besonders raschen Gerinnung des Exsudats, durch welche das Serum zu dicken, geschichteten und nur durch spärliche Lagen von Hornzellen getrennten Massen, den Krusten, aufgehäuft wird, die fest an der Oberhaut haften, da sie direkt in ebenfalls geronnenes Exsudat der spongiös entarteten Stachelschicht übergehen. Mit diesen Ausläufern wurzelt die Kruste wie mit Füßchen fest in der erkrankten Stachelschicht; hebt man die Kruste



gewaltsam ab, so sickert daher momentan Serum in großen Mengen nach und bildet sofort eine neue Kruste. Am dicksten werden die Krusten dort, wo das Exsudat sich zwischen längere und steife Haare ergießt und an diesen sich hinaufziehen kann, am behaarten Kopf, im Bart, den Augenbrauen. Das krustöse Ekzem entwickelt sich fast regelmäßig als Höhestadium aus den seborrhoischen Anfangs- und Höhetypen des Kinderkopfes. Es ist aber durchaus nicht allein an behaarte Regionen und das kindliche Alter gebunden. Wo zartes Deckepithel mit starker Gerinnungsfähigkeit des Serums zusammentrifft, kann es überall sich ausbilden, so bei jugendlichen Individuen in diffuser Weise sich über den Handrücken, Vorderarme und Oberarme, Fußrücken und Unterschenkel, bei Säuglingen in Fortsetzung der Krusten des behaarten Kopfes über Gesicht und Hals verbreiten (sogenannte „Crusta lactea“ der älteren Autoren). Viel schlimmer sind die Fälle, wo das krustöse Ekzem allmählich die gesamte Körperoberfläche mit Ausnahme der Handfläche, Fußsohle und Gelenkbeugen überzieht, eine sehr hinfallige, zarte Oberhaut es nicht zu einer widerstandsfähigen Hornschicht kommen

läßt und die Kranken sowohl durch die großen Serumverluste wie durch fast immer sich einstellende Furunkel und Lymphangitiden sehr geschwächt werden.

Die Krusten der Crusta lactea der Kinder sehen zuerst honiggelb und transparent aus und färben sich dann durch blutende Kratzeffekte rotbraun, durch Einwirken von Eiterorganismen (Streptokokken etc.) unter Erweichung grünlichgelb, durch Schmutz und Medikamente in

Fig. 52.



Eczema crustosum faciei.

allen Farben. Trotzdem befinden sich die Kinder ganz wohl dabei, weil diese Krusten einen natürlichen Schutz für die kranke Oberhaut bilden. Andererseits aber ist ihre Entfernung nötig, weil sie erstens einen ausgezeichneten Nährboden für die Organismen des Ekzems und Eitererreger bilden und zweitens einer wirksamen Therapie hinderlich sind. Auch zeigen sie starke Tendenz zur Ausbreitung durch Autoinokulationen (mit dem Typus des „akuten Impfbläschens“) und durch kontinuierliches Fortkriechen. Besonders bevorzugt wird bei Kindern die leicht hyperämische Gegend der Wangenmitte. In leicht schwitzenden Regionen,

wie den Gelenkbeugen und am Halse, nimmt das krustöse Ekzem meistens den Typus des nässenden oder intertriginösen Ekzems an. Universell und bösartig wird es nur nach sehr langem Bestande umschriebener Formen und bei geschwächten Individuen mit sehr zarter, vulnerabler Oberhaut. Von der Impetigo vulgaris unterscheidet es sich vor allem durch seine diffuse Ausbreitung und sein Übergehen in andere papulovesikulöse, erythemosquamöse, fissurierte und nässende Formen, während für jene außer der Prädilektion für Gesicht und Handrücken die Röte nach Abfall der Krusten, das Fehlen des Juckens, das Vor-

Fig. 53.



Eczema vesiculosum et crustosum.

handensein weicher, stark geschwollener Drüsen charakteristisch ist. Nicht selten kompliziert sich bei unreinlichen Individuen das krustöse Ekzem mit Kopfläusen, deren vorherige Beseitigung Vorbedingung der Heilung des Ekzems ist.

Diese letztere wird am besten durch reichliche Anwendung von Öl und Fetten erreicht. Am Kopfe ist bis zum Abfall der Krusten ein Ölbad mit Badekappe nötig. Wo bei Säuglingen die Haare nicht genieren, appliziert man sofort den Zinkichthylsalbenmull, am besten ebenfalls unter Guttaperchapapier oder Badekappe. Im Gesicht und an den Ohren, am Barte nach dem Rasieren wird Zinkichthylsalbenmull aufgebunden. Beim krustösen Ekzem der Naseneingänge, des äußeren Gehörganges

legt man Salbenmullröhren ein. Wo die Haare dick und lang sind und nicht entfernt werden dürfen, wie bei Frauen am Kopfe, bei Männern im Schnurrbart, muß eine weiche Paste, z. B. eine Zinkoxydmehlvaselinpaste, eingerieben und darüber nachts in Öl getränkte Watte impermeabel niedergebunden werden. Am Mons pubis appliziert man ölgetränkte Watte über solcher Paste und eine mit Guttaperchapapier an der entsprechenden Stelle gefütterte Schwimmhose. An Händen und Füßen empfiehlt sich wieder der Salbenmull.

Diese Behandlungsmethoden führen meist zu rascher Abheilung der krustösen Ekzeme, wobei aber auf die stets zurückbleibenden Ekzemreste besonders zu achten ist.

5. Eczema madidans.

Bei dieser Form des Ekzems, die *Hebra* und *Auspitz* „Eczema rubrum“ nennen, ist die Röte gar nicht das bezeichnendste Symptom, sondern ein beständiges Nässen mit geringer oder ganz fehlender Krustenbildung. Das Nässen tritt von Anfang an flächenhaft, diffus, gleichmäßig und häufig ganz allmählich auf, und demgemäß entwickelt sich das Eczema madidans auch gewöhnlich — doch durchaus nicht immer — aus dem erythematös-squamösen Anfangstypus. Ein anderer trockener Typus, mit dem es sich zuweilen kombiniert, ist der verruköse Höhetypus. Diese flächenhaft erhabene Form des nässenden Ekzems ist dann erheblich dauerhafter und daher schwieriger zu behandeln. Unter den feuchten Höhetypen gibt nur das Eczema intertrigo öfter eine Quelle ab. Sehr gewöhnlich ist der Übergang der verschiedenen seborrhoischen Höhetypen, speziell des Eczema erythematopityrodes und papulatum confluens, in das Eczema madidans, seltener der des Eczema psoriatisforme oder des Eczema callosum, palmare und pruriginosum. Das Nässen wird durch einen Exzeß der Spongiose hervorgerufen, der eine übergroße Porosität der Oberhaut in den höheren Schichten entspricht, die nicht instande ist, den übermäßigen Saftstrom einzudämmen, wozu auch das Fehlen der Krustenbildung beiträgt. Besonders zwei Zustände, die Varicenbildung und die Maceration der Hornschicht, begünstigen das Entstehen des nässenden Ekzems.

Die Senkungshyperämie disponiert einen besonderen Hautabschnitt des Unterschenkels, nämlich den mittleren Teil der Innenseite desselben, in hohem Grade zu dieser Ekzemform. Die Varikosität bewirkt zunächst beständiges Jucken und durch das Kratzen Einimpfung der Ekzemkokken, sie erleichtert sodann durch Herabsetzung der Vitalität der Haut, speziell der Epithelregeneration die Haftung der Ekzemerreger und erschwert ihre Beseitigung, sie prägt durch Verstärkung des Lymphflusses und Herabsetzung seiner Gerinnungsfähigkeit dem entstehenden Ekzeme von vornherein den Stempel des nässenden Ekzems auf. Endlich gibt sie durch Kratzen und andere Traumata zu schwer heilenden Geschwüren Anlaß, in deren langwierigem Verlaufe, sei es durch Breiumschläge, feuchte Kompressen, die *Martinsche* Gummibinde oder sonstige mazerierende Heilmittel die Haut in der Umgebung des Geschwüres sehr häufig konsequent erweicht wird. Diese Mazeration der Hornschicht beseitigt aber das letzte natürliche Gegenmittel, das die Haut dem Lymphstrom entgegensetzen kann. Daher sieht man so oft nässende Unterschenkelekzeme, die zirkulär um das ganze Glied gehen und oben und unten genau dort mit gerader Linie abschneiden, wo die unvermeidlichen Bleiwasserkompressen aufhören. Deshalb tritt das Eczema madidans auch dort auf, wo eine solche Mazeration der Hornschicht in den Vordergrund tritt, werden viele Ekzeme durch die Behandlung mit erweichenden Mitteln zu nässenden, z. B. nach Applikation von einfachen Fetten oder von Guttaperchapapier und sonstigen Impermeabilien. Die Region der Brustwarze ist besonders dafür prädisponiert, überhaupt ist das nässende Ekzem ein Vorrecht des Erwach-

senen und nimmt mit dem Alter zu. Bei alten Leuten darf man daher erweichende Mittel nur mit Vorsicht anwenden.

Der Grad des Nässens bestimmt das Aussehen der Ekzemfläche. Bei nicht allzu reichlichem Nässen, so daß auf der Fläche zerstreut noch viele trockene Inseln von Hornsubstanz sich halten können, ist die Farbe hellrötlich bis graurot und mit dunkelroten, oft deutlich vertieften Punkten besetzt, die den ihrer Decke beraubten elementaren Bläschen oder Bläschengruppen der Spongiose entsprechen (*Devergies* „État ponctué“). Die sezernierende Fläche liegt im Niveau der umgebenden gesunden Haut und ist von derselben scharf abgesetzt. Ein höherer Grad des Nässens führt zu einer einförmigen dunklen Röte bei glatter, samtartig geschwellter und über das Niveau der umliegenden Haut erhabener Oberfläche. Dieses Aussehen zeigen die nässenden Ekzeme der Brustwarze, des Nabels und die aus intertriginösen Ekzemen hervorgegangenen Formen. Am Unterschenkel findet man einen besonderen Typus des nässenden Ekzems, da hier zur Spongiose noch eine Wucherung hinzutritt. Dann erhebt sich die dunkelrote, nässende Fläche steil, oft wallartig über die umgebende Haut, näßt in profuser Weise, ist etwas empfindlich und blutet leicht; sie ähnelt dadurch breiten, syphilitischen Kondylomen. Häufig findet man hier als Symptome der begleitenden Varikosität Pigmentvermehrung und elephantiastische Verdickung der ganzen Haut.

Die Heilung des nässenden Ekzems wird meist durch häufige Rückfälle unterbrochen und verzögert, woran die Hartnäckigkeit der Spongiose Schuld trägt. Auch diagnostische Fehler führen oft eine falsche Therapie herbei, da bisweilen die Unterscheidung des nässenden Ekzems von nässenden syphilitischen Efflorescenzen, besonders an den Kontaktflächen, z. B. der Achselhöhle, der Afterkerbe, schwierig ist. Besonders wenn beim Ekzem die Akanthose stärker ausgebildet ist, kann die Ähnlichkeit mit kondylomatösen Papeln auffallend groß werden. Die Anamnese und der weitere Verlauf, auch das Auftreten anderer ekzematöser Stellen sind ausschlaggebend für die Diagnose. Doch gibt es auch eine Kombination von Syphilis und Ekzem, besonders dem seborrhoischen Typus desselben. Möglicherweise hat man in allen Fällen von ausgebreiteten Kondylomfeldern mit dieser Kombination zu rechnen. Bezeichnend hierfür ist es, daß außer den Kontaktstellen fast nur noch am behaarten Kopfe solche fragliche, für Ekzem ebenso wie für Syphilis sprechende, nässende Flecke von großer Hartnäckigkeit vorkommen und am raschesten einer beide Möglichkeiten berücksichtigenden Therapie weichen. Auch *Pagets* Krankheit der Brustwarze bietet große Ähnlichkeit mit einem nässenden Ekzem der Brustwarze, es ist wie dieses eine rote, scharf begrenzte, zuerst die Warze und den Warzenhof, dann größere Teile der weiblichen Brust einnehmende, juckende und schmerzende Fläche, die ein reichliches hellgelbes Sekret absondert und sich hier und da mit lockeren Krusten bedeckt, ähnlich einem hochgradigen nässenden Ekzem der Brustwarze, das sich z. B. bei stillenden Frauen von Schrunden der Warze durch Saugen, Mazeration und unzureichende Behandlung entwickelt hat. *Pagets* Krankheit tritt aber ohne Zusammenhang mit der Laktation bei älteren Frauen nach dem Klimakterium auf und zeigt auch eine dem Brustwarzenekzem fremde, starke Erhebung über das Niveau der Umgebung und eine gewisse elastische Härte und Resistenz, sowie eine dunkle, glänzendrote, samtartige oder

feinkörnige Oberfläche (im Gegensatz zum „état ponctueux“ des Ekzems). Endlich gibt die histologische Verschiedenheit den Ausschlag.

Die Behandlung des nässenden Ekzems beginnt zunächst mit eintrocknenden Mitteln und Kompression, um erst einmal eine vorläufige Trockenlegung und damit eine bessere Applikation der späteren stärkeren Mittel zu ermöglichen.

Diese eintrocknenden Mittel, wie Zinkoxyd, Kieselgur, ichthyolhaltige Puder und Pasten, besonders die Zinkschwefelpaste müssen nicht bloß aufgestrichen, sondern mit fein ausgezogener Watte belegt und mit Mullbinden fest niedergebunden werden. Wässrige Umschläge werden besser vermieden. Nach erfolgter vorläufiger Abtrocknung nehme man eine milde Schälung der erkrankten Hautstelle vor mittelst nächtlicher Applikation des Ung. resorcini compositum (Rp. 38), oder beim Unterschenkelekzem mit Ung. chrysarobini compositum:

Rp. 39. *Chrysarobini*,
Ichthyoli aa. 5·0,
Acid. salicyl. 2·0,
Vaselini flavi 88·0.
M. f. ungt. S. Äußerlich

oder dem Ung. pyrogalloli compositum:

Rp. 40. *Pyrogalloli*,
Ichthyoli aa. 5·0,
Acid. salicyl. 2·0,
Vaselini flavi 88·0.
M. f. ungt. S. Äußerlich.

wobei die Einbindung fortgesetzt wird. Ist danach die Haut des Unterschenkels ganz weich, blaß und normal geworden, so empfiehlt sich noch der längere Gebrauch der Zinkleimbinde, die alle 8 Tage gewechselt wird. Bei nässenden Ekzemen der Brust und des Hodensackes muß man die Suspension der Teile mittelst der Mullschärpe bewirken.

Schwieriger sind die aus intertriginösen Ekzemen hervorgehenden Ekzeme der Achselhöhle, des Nabels und der Unterbauch-, einschließlich der Inguinalgegend zu behandeln, da hier eine Kompression mit Binden ausgeschlossen ist. *Unna* empfiehlt hier häufige und lange Applikation einer mit je 5% Ichthyol und Chrysarobin verstärkten Zinkschwefelpaste, deren Wirkung eventuell durch Waschungen mit spirituöser Lösung von Resorcin (5—10%) oder Pinselung mit 5%iger Höllensteinlösung unterstützt wird. In sehr hartnäckigen Fällen ätzt man nach *F. Hebra* mit Kalilösung (1:5—10) und wendet danach eintrocknende Mittel wie Zinkschwefelpaste an, worauf die Heilung gewöhnlich rasch erfolgt.

6. Eczema verrucosum.

Das „verruköse“ Ekzem wird durch eine exzessive Akanthose, durch eine übermäßige Wucherung der Stachelschicht charakterisiert. Die Haut ist auffallend verdickt, was sich bei sonst glatter und straff gespannter Haut, wie etwa am Unterschenkel, durch starke, 1—2, ja selbst 3 mm hochgehende Prominenz der Herde ausprägen kann. An Stellen mit schlaffer, faltiger Haut, wie am Hodensack, an den Beugestellen seniler Haut pflegt die Verdickung hauptsächlich diese natürlichen Falten und besonders deren äußere Umschlagsstelle zu betreffen, an der

auch die Entzündungssymptome am meisten ausgeprägt sind. Weiter sind wegen der Verdickung und Verlängerung der Papillen und der Erweiterung der Papillargefäße die verrukösen Ekzeme meist von dunkler, gesättigter, gleichmäßiger Röte. Nur bei stärkerer Hyperkeratose sehen sie blasser, graurötlich bis gelbgrau aus, dann läßt sich bisweilen der „état ponctué“ beobachten: dunkelrote Punkte auf grauroter Fläche. Bläschen, Krusten und starke seröse Absonderung fehlen bei den verrukösen Ekzemen. Doch ist die freie Fläche derselben sehr häufig feucht, zuweilen sogar klebrigfeucht, besonders am After, am Hodensack, unter herabhängenden Brüsten, in der Achselhöhle und an anderen Contactstellen, da dem spärlichen Exsudat macerierte Hornzellen und Drüsensekret sich beimischen.

Wo die Oberfläche trocken liegt, ist sie gewöhnlich rau oder feinschuppig und mit unregelmäßig verstreuten roten, punktförmigen Erosionen oder kleinen Serum- und Blutkrüstchen bedeckt. Charakteristisch ist ferner der lange, einförmige Bestand des verrukösen Ekzems ohne wesentliche Änderung oder Tendenz zu spontaner Heilung. Daher auch die große Hartnäckigkeit gegenüber der Behandlung und die Neigung zu Recidiven. Jucken ist nur dann heftiger, wenn eine Kombination mit Hyperkeratose vorhanden ist. Dagegen ist andauernde Schmerzhaftigkeit und Berührungsempfindlichkeit (wohl wegen der Vermehrung der Epithelnervenenden der Stachelschicht) für die verrukösen Ekzeme charakteristisch.

Umma unterscheidet mehrere Formen des verrukösen Ekzems, stabile, progrediente und universelle, unter den stabilen Formen wieder diffuse und scharf umrandete. Die Stabilität beider wird durch eine eigene Lokalisation hervorgerufen.

Das diffuse verruköse Ekzem hat seinen typischen Sitz an den Genitalien und am After. Es geht meist aus einer Intertrigo durch Maceration hervor, die stärkere Akanthose zeigt sich klinisch durch eine auffallende Verdickung der natürlichen Hautfalten des Hodensackes, insbesondere der Raphe, sodann des Perineums und des Afters, beim Weibe durch Schwellung der großen Labien. Die elastische, dünne und leicht verziehbare Haut des Scrotums und Afters ist in hochgradigen Fällen in eine unverschiebbliche Masse dicker, dichtgedrängter, feuchter, rosarot gefärbter Wülste verwandelt, unter welcher die Penishaut nahezu verschwindet. Durch die entsprechende Verdickung der radiären Afterfalten und der großen Labien klaffen After und Vulva. Die stets feuchte, gedunsene, aufgelockerte Oberfläche ist gegen Berührung, z. B. beim Reinigen nach der Defäkation, empfindlich, aber nicht immer der Sitz starken Juckens; sie trägt jedoch gewöhnlich Kratzspuren in Form kleiner Blutkrusten, welche von periodischen Juckanfällen herrühren. Letztere haben ihren Ausgangspunkt von umschriebenen, stärker verhornten Stellen, z. B. an der Raphe, der vorderen Kommissur der Vulva. Aber es werden während der Anfälle gewöhnlich nicht nur diese Stellen gekratzt, sondern die Regionen in toto geschauert, wodurch die Schwellung und Rötung jedesmal sich der ganzen Genital- und Analgegend mitteilt. Jenseits der warmen und feuchten Kontaktstellen, an den Oberschenkeln, den Hinterbacken, den kleinen Labien und dem Penis nimmt das verruköse Ekzem andere Formen an wie die erythemosquamöse, papulovesiculöse, nässende.

Therapeutisch wendet man zunächst kühlende Trockenmittel an, wie die Pasta Zincii mollis oder eine Kühlpaste, deren Grundlage Zinksalbe, Ung. Cerussae oder Coldcream ist. Man bedeckt die eingesalbte Stelle mit fein ausgezogener Watte und legt einen festen Verband mit Mullschärpe oder Schwimmhose an. Die Reinigung nach dem Stuhlgange oder vor dem Zubettgehen wird am besten mit einer Mischung von Leinöl und Kalkwasser vorgenommen. Ist die entzündliche Schwellung und Feuchtigkeit vermindert, die verdickte Haut trocken und fest, so geht man zu stark reduzierenden und abschälenden Mitteln über, zu 2–5%iger Chrysarobinzinkpaste oder einer mit Vaseline verdünnten Resorcinshälpaste (1:5–10). In leichten Fällen wirken auch eine Teerkaseinsalbe (Rp. 18, S. 366) oder eine durch Salicylsäure oder Seife oder beide (je 2%) verstärkte Hebrasche Salbe recht günstig. Bei inveterierten Fällen muß man Ung. Chrysarobin. compos. oder Pyrogallol. comp. heranziehen. Nur lange fortgesetzte Behandlung führt zum Ziel und sichert vor Recidiven von den Resten verdickter Falten an der Raphe oder an der Grenze zwischen Perineum und After.

Das scharf umschriebene verruköse Ekzem bildet eine Art des von *F. Hebra* sogenannten „Eczema marginatum“, und zwar die stabile Form desselben, die unter dem Einflusse einer Maceration entsteht und durch den Druck von Kleidungsstücken, Bandagen etc. unterhalten wird. Ihre Prädilektionsstelle ist heutzutage an den seitlichen Partien des Halses unterhalb der militärischen Halsbinde. Auch an Stellen macerierender Pflaster und feuchter Binden entstehen solche plattenartigen Ekzeme. Sie können sich auch aus anderen hartnäckigen, besonders trockenen, umschriebenen Ekzemen nach unzulänglichen Heilversuchen entwickeln.

Das ausgeprägte Eczema verruco-marginatum bildet vorspringende, trockene Platten von roter bis gelbgrauer Farbe, höckeriger oder durch grobe Furchen zerklüfteter Oberfläche, die, an der Luft trocknend, feine Schüppchen aufweist, unter dem Einflusse intertriginöser Maceration glatt, glänzend und hier und da feucht wird. Mit der Zeit sinkt die Mitte etwas ein und die Randpartie erhebt sich dann nach beiden Seiten, nach außen steil, nach innen sanft abfallend. Das Jucken ist nicht sehr bedeutend.

Vesiculation, Spongiose, Krusten und Nässen stellen sich nur sporadisch bei neu hinzukommenden Reizen ein und fehlen für gewöhnlich gänzlich. In dieser Weise können die Platten und Scheiben des verruco-marginierten Ekzems viele Jahre unverändert bestehen. Die Fälle mit gelbgrauer, trockener, zerklüfteter Oberfläche erinnern geradezu an einen Herd dichtstehender Warzen. Die auffallend lange Dauer bei fehlenden Entzündungserscheinungen und das prompte Recidivieren nach anscheinender Heilung lassen diese Form mehr als eine epitheliale Wucherung, eine Nachkrankheit des Ekzems erscheinen als wie ein echtes Ekzem selbst, und in der Tat stellt sie auch histologisch eine äußerst einseitig ausgebildete Form des Ekzems dar: hochgradige Akanthose neben schwacher Dermatitis, geringer zerstreuter Parakeratose und fehlender Spongiose. Nur das periodische Jucken und die Möglichkeit des späteren Überganges in ein nässendes, papulo-vesiculöses oder selbst krustöses Ekzem beweisen die ekzematöse Natur der Affektion. Mit Trichophytie, wie *Köbner*, *Pick* und *Kaposi* annahmen, hat sie nichts zu tun. Man findet keinerlei Fadenpilze.

Therapeutisch muß man bei dieser hartnäckigsten Ekzemform so- gleich Chrysarobin und Pyrogallol in Form von Guttaplasten oder com- ponierten Salben unter Guttaperchapapier anwenden. Auch Ätzung mit Kalilösung und nachfolgender Applikation von Zinkschwefelpaste sind nützlich, ebenso die Abschälung mit dem Salicylcannabisguttaplast. Auch die Kombination von Chrysarobinsalben oder -Pflastern mit täglich ein- mal vorgenommener Einschäumung von Natriumsuperoxydseife (1—10%) ist empfehlenswert. Am besten beginnt man mit Chrysarobin und läßt dann das nachhaltigere Pyrogallol folgen.

Unter den fortschreitenden verrukösen Ekzemen ist die wich- tigste die serpiginöse, in Kreisen und Ringen sich ausbreitende Form, die ihr gewöhnliches Centrum in der Kontaktfläche zwischen Bein und Scrotum besitzt, aber auch anderswo an macerierten Hautpartien beginnen kann. Dieses Eczema verruco-marginatum serpiginosum hat der Hauptsache nach *F. Hebras* Beschreibung des „Eczema marginatum“ zugrunde gelegen. Es zeigt erheblich viel stärkere Entzündungserscheinungen als die stabile marginierte Form, beginnt als papulo-vesiculöser Fleck, der sich zu einer Scheibe verdickt, und breitet sich langsam und unaufhaltsam unter stetigem Jucken über große Flächen aus, deren Durchmesser zuweilen 20, ja 30 cm und mehr be- trägt. Der Rand fällt in Form eines kontinuierlichen, 1½ bis 4 cm breiten Wulstes von roter Farbe steiler in die gesunde Umgebung, langsamer nach dem Centrum zu ab und ist in unregelmäßiger Weise mit Schuppen und Bläschen oder punktförmigen Erosionen bedeckt. Das Centrum kehrt, oft unter tiefer Pigmentierung, zur Norm zurück oder bleibt an einzelnen Stellen, meist Haarfollikeln entsprechend, erkrankt. Von diesen Resten gehen alsdann neue Scheiben und eventuell sogar neue Ringe des verrukösen Ekzems aus.

Picks Theorie, daß es sich beim Eczema marginatum um eine Combination von Trichophytie und intertriginösem Ekzem handle, bezieht sich wesentlich auf diese Form. *Hebra* dagegen führte als Momente, die gegen Trichophytie sprechen, an: Den besonders trägen, chronischen Verlauf ohne Spontanheilung, das hartnäckige Recidivieren, das starke Jucken, das Freibleiben der Haare, die Pigmentierung des Centrums, die Notwendigkeit eines macerierten Bodens zur Ansiedlung, die besondere Lokalisation und den Mangel eines epidemischen Vorkommens. Er beließ daher sein Eczema marginatum bei den Ekzemen. Der gleichen Ansicht ist *Unna*. Er bringt noch weitere Gründe dafür bei. Vor allem verweist er auf die neuerdings bekannt gewordene Form von Trichophytie, die durch eine eigentümliche, besondere Art von Trichophyten erzeugt wird und so ziemlich alle Charaktere von *Hebras* serpiginösem Eczema marginatum an sich trägt: einen derben, 3 cm breiten, stark entzündlichen Rand mit Schuppen und Bläschen, der sich, von den Inguinalfalten ausgehend, auf die Schenkel, den Bauch, das Gesäß und den Rücken in riesigen Kreisen ausbreitet und ein freies Centrum hinter sich läßt. Aber diese Erkrankung bekundet sich auch schon rein klinisch dadurch als Trichophytie, daß sie äußerst rasch in einer bis zwei Wochen diesen Verlauf nimmt, mehr schmerzt als juckt, nach der leicht zu erreichenden Heilung nicht recidiviert und epidemisch auftritt. *Unna* hat eine kleine derartige Epidemie in einer Männerbaracke des Hamburger all- gemeinen Krankenhauses beobachtet. Einer der Insassen hatte sie mitgebracht und infi- cierte im Laufe von zwei Wochen vier seiner Mitkranken mit derselben Affektion. Hier- nach spricht monate- und jahrelanger Bestand dieser kreisförmigen Efflorescenzen gegen Trichophytie, und man muß den in den Schuppen befindlichen Kokken mehr Beachtung schenken als bisher.

Für die Behandlung des leichter als das stabile Eczema mar- ginatum beeinflussbaren serpiginösen E. marginatum genügt meist schon das Einreiben von Ung. resorcini compos. (Rp. 38) oder das Bedecken mit einem Resorcin- oder Chrysarobinguttaplast. In indolenten Fällen

hat man mit Einpinselungen von Jodtinktur, Teertinktur, Tinct. Kalina mit nachfolgender Bedeckung mit Zinkguttaplast günstige Erfolge erzielt.

Es gibt aber noch eine andere fortschreitende Form des verrukösen Ekzems, die sich nicht in kontinuierlichen Ringen, sondern in zerstreuten Herden ausbreitet. *Devergie* nannte diese gar nicht so selten vorkommende, sehr hartnäckige Form „Eczema rubrum“ und schildert sie als zahlreiche, 1–2 cm große, über das Niveau stark erhabene, stark rote und außerordentlich nässende Plaques, die nur langsam heilen und selbst nach der Heilung noch eine gewisse Erhabenheit an den affiziert gewesenen Hautstellen zurücklassen, auch oft von ähnlichen Recidiven in der Nachbarschaft gefolgt sind. Die Prädispositionsstelle des Ekzema rubrum ist die Vorderfläche des Unterschenkels. Auf der Höhe der Affektion empfinden die Kranken starkes Hitzegefühl, heftige Schmerzen bei jeder Reibung. Die Affektion ist sehr hartnäckig und dauert oft trotz Therapie 2 bis 3 Monate. *Unna* bestätigt die starke Empfindlichkeit der knotigen und scheibenförmigen Herde dieses „Eczema rubrum“, was wohl mit dem Sitz an der vorderen Fläche des Unterschenkels zusammenhängt. Kratzen der Stellen steigert die Schmerzen. Histologisch ergibt sich die Zugehörigkeit dieser Form zu den verrukösen Ekzemen aus der starken Ausprägung der Akanthose gegenüber der Vesiculation und Spongiose.

Am meisten Ähnlichkeit hat das verruköse Eczema rubrum *Devergie* mit gewissen knopfförmigen, stabilen, ebenfalls sehr empfindlichen, roten, zum Typus des intertriginösen E. verruco-marginatum gehörigen Ekzemherden der Achselhöhle.

Man behandelt diese Form mit fester Einbindung des Unterschenkels mit Zinkschwefelpaste, später mit Ung. chrysarobini comp. (Rp. 39) ebenfalls unter Beihilfe von Bindeneinwicklung.

7. Eczema callosum.

Das callöse oder schwielige Ekzem, charakterisiert durch einen Exzeß der Hyperkeratose, entsteht meist durch äußere physikalische und mechanische Reize, besonders durch Kratzen und Reiben infolge Juckens des primären, zugrunde liegenden Ekzems. Es entsteht ein Circulus vitiosus, da das Jucken Kratzen herbeiführt, dieses die Hyperkeratose erzeugt, verstärkt und unterhält und die Hyperkeratose wieder das Jucken vermehrt. So können aus höchst unbedeutenden erythemato-squamösen oder pityriasiformen Ekzemen mit der Zeit derbe callöse Ekzeme von lebenslänglicher Dauer entstehen. Es sind also nur stärker juckende Ekzeme, welche zu callösen werden, daher häufiger beim Erwachsenen und im höheren Lebensalter und nur an Stellen vorkommend, wohin der kratzende Finger gelangen kann, also z. B. nicht zwischen den Schulterblättern. Auch die behaarten Körpergegenden sind ziemlich immun, da hier die Oberhaut normalerweise sehr dünn und wenig geneigt zur Schwielenbildung ist. Kommt es aber in ihnen zur Ausbildung des callösen Ekzems, wie z. B. an der Außenseite der großen Labien, am Mons pubis, so schwinden unter der Hyperkeratose auch wiederum die Haare. Prädisponiert für diese Form sind die Stellen mit dickerer Hornschicht, also die distalen Enden der Extremitäten und überhaupt die Haut der keratophilen Individuen. An der Palma manus

und Planta pedis geht das callöse Ekzem gewöhnlich in das wesentlich verschiedene palmare und plantare über.

Das ausgebildete callöse Ekzem zeigt keine Bläschen und Krusten, kein Nässen, und selbst das Schuppen ist auf ein Minimum reduziert. Die Farbe ist graurötlich oder weißlich bei einigen, gelbbraun bis dunkelbraun bei anderen Formen, nie frisch gelbrot oder dunkelrot wie bei manchen verrucösen Ekzemen. Die Prominenz der callösen Partien ist zumeist abhängig von der Stärke der begleitenden Akanthose. Die

Fig. 54.



Eczema verruco-callosum.

Oberfläche ist stets durch eine grobe Oberhautfelderung ausgezeichnet, bei der unter Ausgleichung einiger Hornschichtfalten die übrigen vertieft erscheinen und sich zu abnorm stark ausgeprägten Furchen verbinden. Da die normale Elastizität der Oberhaut an den betreffenden Stellen verschwunden ist und dieselbe nur die notwendigsten Biegungen und Streckungen der Haut mitmacht, ordnen sich diese groben Hautfurchen, besonders an den Gelenken, gern zu parallelen Linien von einer Richtung quer zur Hauptbewegung an. So geht die normale, feine und multanguläre Oberhautfelderung über in eine viel gröbere, quadranguläre oder parallelfurchige. Weiter führt die Hornschichtverdickung zu einer derben, harten, unelastischen Beschaffenheit der Oberhaut, vergleichbar

gewissen Ledersorten. An stark bewegten Hautstellen entstehen dadurch leicht Einrisse, Rhagaden. Nach längerem Bestande schwinden Lanugo und Panniculus an den callösen Stellen.

Die praktisch wichtigste Gruppe der callösen Ekzeme bilden die diffus verbreiteten und regionär beschränkten verruco-callösen Ekzeme der Genital- und Analgegend und die crusto-callösen der Gesichtshaut der Säuglinge. Erstere sind von unerträglichem Jucken begleitet. Die Oberfläche der großen Labien, des Hodensackes ist grau-gelb, die der Analfalten weißlich verfärbt, die lederartig harte Oberfläche zeigt überall Kratzspuren und läßt sich an einzelnen Stellen kartenblattartig umgreifen und über die Umgebung emporheben. Besonders diese am stärksten der Hyperkeratose verfallenen Stellen sind der permanente Sitz des Juckens und widerstehen am längsten der Heilung. An den großen Labien pflegen sie die vordere Commissur halbmondförmig zu umgeben, am Hodensack nehmen sie meistens die Gegend der Raphe ein. Am After ist es eine oder die andere besonders verhärtete und verdickte Falte. Auch das Perineum ist oft Sitz dieser Schwielen. Außer dem Kratzen und eventuell einer hereditären Keratophilie der Oberhaut mögen noch andere chronische Reize, wie Hämorrhoiden, Stuhlverstopfung, Fluor albus zur Verschlimmerung des Leidens beitragen. Hauptsache bei der Behandlung ist die Beseitigung der Hyperkeratose, am besten durch eine Schälkur mit Salicyl-Cannabis-Guttaplast oder Salicyl-Seifenguttaplast und Resorcinschälpaste (Rp. 9, S. 359).

Sind nur einzelne callöse Stellen auf einer größeren pruriginösen Fläche vorhanden, so bedeckt man jene mit Stücken des Guttaplast und die ganze Region mit Blei-Carbol-Salbenmull unter Mithilfe eines Schwimmhosenverbandes. Nach gelungener Abschälung folgt sofort die energische Behandlung mit den stärksten reducierenden Mitteln: Ungt. pyrogalloli comp., Ungt. chrysarobini comp., Ungt. caseini mit Pyrogallol und Liantral, wobei die übermäßige Reaktion nicht durch Zinkschwefelpaste wie gewöhnlich, sondern besser durch Blei-Carbol-Salbenmull gemildert wird, da man jede Eintrocknung und Verhärtung der Oberfläche zu meiden hat. Heiße, kurze Seifenbäder, Compressen mit heißem Wasser sind bei intercurrenten Juckanfällen von Nutzen. Wo das Nervensystem der Patienten bereits sehr gelitten hat und Eile nottut, operiert man die juckenden Stellen am besten unter *Schleichscher* Cocainanästhesie, indem man sie kräftig bis zur vollständigen Glättung aller Wülste und Falten mit dem breiten Ansatz des Paquelin abbrennt, worauf ein Verband mit Pasta Zinci mollis die Schmerzen beseitigt und die rasche und definitive Heilung einleitet. In mildereren Fällen kommt man mit den auch für die Nachbehandlung brauchbaren hornerweichenden Salben aus, z. B. mit:

Rp. 41. *Ung. Hebrae 40·0,*
Vaselini 10·0,
Liantral. 1·0,
Extr. Cannabis 1·0.
M. f. ungt. S. Außerlich.

Auch beim krustösen Ekzem des Kinderkopfes kommt ein Übergang in die callöse Form vor. Sie kündigt sich durch stärkeres Jucken, stärkere Rötung und oberflächliche Verhärtung der Gesichtshaut an. Die ekzematösen Flächen werden trockener, obgleich sie vielfach noch von

Krusten bedeckt bleiben. Die Gegenden des stärksten Juckens, vor allem Stirn und Wangen, werden mit Aufbietung aller Kräfte mit den Händen und durch Scheuern des Kopfes am Kopfkissen oder der Brust der Wärterin gekratzt, die Haut ist stark gerötet, trieft von Blut und Serum und bedeckt sich nach jedem Juckanfall mit dünnen, blutigen Krusten. Durch das andauernde Kratzen wird die Verhornung stärker, die seröse Exsudation geringer, und so entsteht das hartnäckige crusto-callöse Ekzem der Säuglinge, dessen Behandlung etwas compliciert ist.

Zuerst werden die Arme des Kindes an den Leib gewickelt, dann wird der Kopf mit Zinkschwefelpaste und Zusatz von Teer, Ichthyol (2—5%) oder Thigenol pur bestrichen oder mit Zinkichthyol- oder Zinkoxyd-Quecksilberoxyd-Salbenmull belegt, fest mit Mullbinden eingewickelt und diese Binden von außen mit Zinkleim bestrichen und wattiert. Je nach der Durchtränkung findet nach 24 oder 48 Stunden unter denselben Vorsichtsmaßregeln der Verbandwechsel statt. Die begleitenden Hand- oder Armeckzeme werden gleichfalls mit Salbeneinbindung und Einleimung behandelt.

Eine zweite Gruppe der callösen Ekzeme wird durch die multiplen Herde repräsentiert, die sich im Verlaufe länger dauernder Ekzeme von anderem Typus (meist seborrhoischem) an gewissen Prädispositionsstellen bei vorhandener Keratophilie der Haut herausbilden. Die betreffenden Stellen, z. B. am Handrücken, Vorderarm, Handgelenk, Ellbeugen, Kniekehle, Fußgelenk, Gesicht werden dann trockener, härter und pruriginöser als früher, die besonders durch Kratzen sich entwickelnde Hyperkeratose verdrängt die früheren Symptome des seborrhoischen Ekzems. Im Gesichte bildet das callöse Ekzem plattenförmige, von geradlinigen Furchen durchzogene, etwas gerötete Verhärtungen.

Diese meistens die Extremitäten befallende multiple Form weicht zweckmäßiger Behandlung leichter als die genito-anales. Mit erweichenden Salben, wie Ung. Hebrae oder caseini mit Teer, Seife, Chlorecalcium oder Salicylsäure und mit schwach schälenden Mitteln, wie Ung. resorcini comp. unter impermeabler Bedeckung beseitigt man die Callosität, mit nachfolgender Applikation von Zinkschwefelpaste den Ekzemrest.

Eine besondere Abart dieser Gruppe bilden gewisse trockene, sehr hartnäckige Ekzeme der Augenlider, des Hodensackes, der Vorhaut, wo die Oberhaut sehr dünn, die Cutis dünn und stark verschieblich und das Hypoderm fettarm ist. Es sind die flachsten und unscheinbarsten Formen des callösen Ekzems, trotzdem aber sehr hartnäckig. Die Farbe ist gewöhnlich bräunlich bis rotbraun, die Oberfläche trocken, kaum schuppig. Die Haut ist in eine harte, dünne, schwer faltbare Platte verwandelt, die z. B. dem Auge einen müden Ausdruck gibt, indem es mit einer gewissen Anstrengung den Bewegungen des Orbicularis folgt. Es besteht fortwährend ein leises Jucken, das sich zuweilen zu heftigen Anfällen steigert. Diese lästige und schwer heilbare Form bildet sich meist aus pityriasiformen Ekzemen des seborrhoischen Typus nach langem Bestande aus. Ung. resorcini comp., Resorcinguttaplast und Teersalben sind die empfehlenswertesten Heilmittel.

Endlich gehören noch zur Gruppe der callösen Ekzeme die umschriebenen hyperkeratotischen Ekzeme, die vereinzelter Ekzemschwielen, für die in Frankreich nach dem Vorgange von Brocq der Name der „lichenifizierten“ oder „lichenisierten“ Ekzeme eingeführt worden ist. Den ganzen Prozeß nennt man „Lichenifikation“ oder „Lichenisation“.

Diese neue Verquickung der Begriffe Lichen und Ekzem ist sehr wenig glücklich, da ein lichenisiertes Ekzem von einem wahren Lichen

planus histologisch und klinisch himmelweit verschieden ist. *Brocq* dachte bei der Namengebung auch mehr an die Bezeichnung *Vidals* für diese Formen des callösen Ekzems: „*Lichen chronicus simplex*“. Später führte er einen dritten Namen ein: *Neurodermitis circumscripta chronica*, womit er zum Ausdruck bringen wollte, daß diese eigentümlichen Schwielen nicht auf der Grundlage eines ekzematösen Anfangstypus sich entwickeln, sondern allein durch ein primäres, umschriebenes Jucken der Haut mittelst jenes *Circulus vitiosus* des Kratzens und der Hyperkeratose zustande kommen. *Unna* konnte dagegen meist bei solchen Formen ein ekzematöses Vorstadium nachweisen. Immerhin kommen diese Ekzemschwielen zuweilen in der Tat an solchen Orten vor, die nicht gerade Lieblingsstellen der Anfangstypen des Ekzems sind, so an den vorderen Achselfalten, der Schulterhöhe, über der Achillessehne, mitten auf der Vorderfläche der Oberschenkel, über dem Hüftbeinkamm u. s. w.

Diese Schwielen sind sehr trocken und dunkel gefärbt, nach langer Dauer braun, reibeisenähnlich höckerig, hart. Sie jucken oft heftig. Man beseitigt sie mittelst Salicylguttaplast oder Kaliätzungen.

Unter den regionären Höhetypen der Gruppe I ist zunächst zu erwähnen:

8. Eczema intertriginosum.

Dieser Begriff umfaßt die Ekzemformen, denen durch ihr Vorkommen an den Contactstellen zweier Hautflächen besondere Charaktere aufgeprägt werden. Im weitesten Sinne gehören zu diesen Regionen nicht nur die Cruroscrotal-, Crurolabial- und Analfalte, die Falten hinter dem Ohr und zwischen Vorhaut und Eichel, die Achselhöhle und der Nabel, sondern auch die Haut unter hängenden Brüsten, die Bauch-, Hals- und Kinnfalten fettleibiger Erwachsener und Kinder, sämtliche Interdigitalfalten an Händen und Füßen und schließlich auch solche Hautduplicaturen, welche erst durch anderweitige pathologische Prozesse geschaffen wurden, wie z. B. die Falten zwischen Finger und Hand, Vorderarm und Oberarm, Oberschenkel und Rumpf bei Contracturen, zwischen Haut und hängenden Geschwülsten usw.

Vorläufer des intertriginösen Ekzems ist stets die sogenannte „*Intertrigo*“, von der man zwei Stadien unterscheiden kann, das inoffensive und das offensive. Das erstere, bestehend in stärkerer Sekretion der Hautdrüsen, größerer Feuchtigkeit der Duplicaturen und leichter Maceration der Hornschicht, kann bei gewöhnlicher Reinlichkeit zeit lebens ohne Beschwerden getragen werden. Erst das zweite Stadium erfordert ärztliche Hilfe. Dann ist die Haut im Bereiche der Contactstellen dunkelrot, beständig feucht, heiß und leicht schmerzend, besonders bei Bewegungen wie in der Afterkerbe, der Cruroscrotalfalte. Die macerierte Hornschicht hat einen fötiden Geruch, der allerdings nie so stark wird wie der bei *Hyperhidrosis pedum*. Vom Ekzem unterscheidet sich aber die reine *Intertrigo* dadurch, daß die Feuchtigkeit der Hauptsache nach kein Produkt seröser Entzündung, sondern gesteigerter Drüsensekretion und mangelnder Schweißverdunstung ist, die Röte kein Ausdruck hochgradiger Entzündung, sondern höherer Wärme der Contactstellen, fortdauernder Maceration und Verdünnung der Hornschicht. Sodann ist die Affektion nur wenig von Jucken, dagegen fast immer

von Hitze und Schmerz begleitet, breitet sich nicht in Prurptionen auf die Nachbarschaft aus und zeitigt vor allem nicht die dem Ekzem eigentümlichen Symptome der Bläschenbildung, des profusen Nässens und der Akanthose. Wo diese auftreten, ist ein Ekzem auf dem durch die Intertrigo präparierten Boden entstanden, das seine eigenen Wege geht und nur durch den Contact der Hautflächen umgeprägt wird zum „intertriginösen“ Ekzem.

Dieses zerfällt in zwei Zonen, eine im Contact und eine außer Contact befindliche. Nur die erstere stellt das eigentliche spezifische intertriginöse Ekzem dar, das durch sieben Symptome charakterisiert wird: 1. eine dunkle, diffuse Rötung, 2. eine sehr dünne Hornschicht, 3. die Abwesenheit von Schuppen und Krusten, 4. die Abwesenheit von stärkerem Jucken und Kratzeffekten, 5. größere oder geringere Berührungsempfindlichkeit, brennendes Schmerz- und Hitzegefühl, 6. eine relativ gute Einfettung, welche zuweilen sogar der Oberfläche spiegelnden Glanz verleiht und 7. Abwesenheit von ekzemfreien Hautstellen innerhalb der Zone des Contactes. Erst außerhalb derselben läßt sich der bestimmte Charakter des Ekzems erkennen und feststellen, ob es sich um seborrhoische, nässende, verrucöse Ekzeme handelt, welche Typen am häufigsten aus der Intertrigo sich entwickeln.

Unter den intertriginösen Ekzemen seborrhoischen Ursprunges sind wieder die genitalen Ekzeme der Säuglinge die häufigsten, doch sind auch die in der Falte hinter dem Ohre der Säuglinge lokalisierten und mit seborrhoischen Ekzemen des behaarten Kopfes in Zusammenhang stehenden recht häufig. Sie zeichnen sich meistens durch eine durch die gewöhnlichen Mittel schwer heilende Rhagade gerade am hinteren und oberen Rande der Ohrwurzel aus. Man heilt diese Form am raschesten durch Einbinden mit Zinkichthylsalbenmull. Die genitalen intertriginösen Säuglings-ekzeme werden hauptsächlich durch den Contact mit nassen Windeln unterhalten, verbreiten sich weit über die Contactflächen der Haut bis zum Nabel und über das Kreuzbein hinauf und bis zu den Knien hinunter, genau bis zu den Grenzen der feuchten Einpackung mit Windeln. Die erste therapeutische Regel ist daher Beseitigung der Feuchtigkeit. Man läßt nach den Stuhlgängen die Reinigung zuerst nur mit einem gut ausgedrückten Schwamm vornehmen, der dann in Olivenöl oder Leinöl oder Linimentum oleo-calcareum getaucht und noch einmal zum Reinigen benutzt wird. Nach jeder Reinigung wird der beschmutzte Schwamm unter der Wasserleitung mit Seife ausgewaschen und für die nächste Reinigung bereitgelegt. Im Sommer und in der gut geheizten Stube läßt man die Windeln überhaupt fort und in bestimmten Zwischenräumen die Bettunterlage auf Durchfeuchtung prüfen. Nach jeder Reinigung wird die Haut mit Pasta Zinci sulfurata (Rp. 4) oder Pasta Zinci mollis (Rp. 13) reichlich bestrichen, so weit das Ekzem reicht. Wo Eiterpasteln concurren, setzt man der Zinkschwefelpaste 5% Ichthyl zu. Später werden die Pasten mehr und mehr durch Vaseline, Borsalbe oder Gelanthereme (Rp. 16) ersetzt.

Auf gleiche Weise werden die intertriginösen Ekzeme der Erwachsenen behandelt, wo man die seborrhoischen Formen an den Oberschenkeln, in der Umgebung der Mamma, hinter den Ohren trifft. Aufhebung des Contacts durch Suspension der Brüste und des Hodens mittelst Mullschärpe und Suspensorium, durch Einlegen von Zinkichthylsalbenmull in die Afterkerbe und Ohrfalte ist erstes therapeutisches Erfordernis. Nach Beseitigung der entzündlichen Reizung kann man stärkere Mittel, wie Ung. resorcin comp., abwechselnd mit Zinkschwefelpaste, brauchen lassen.

Den Übergang der Intertrigo in nässendes Ekzem beobachtet man besonders häufig an der Achselhöhle und am Hodensack, seltener am After, den Beinen und der Vulva. Auch eine schlimmere Form der Balanitis ist nichts weiter als ein nässendes intertriginöses Ekzem. Während dabei das innere Vorhautblatt gewöhnlich nur die Zeichen hochgradiger Intertrigo, Rötung und eine dicke Schicht macerierter Epithelien zeigt, bildet sich an einigen Stellen der Glans die Spongiose der Stachelschicht so weit aus, daß recht hartnäckiges Nässen und leichtes Rezidivieren nach der Heilung die Folge ist. In diesen Fällen ist eine schwache, 1–2%ige Pyrogallol-Caseinsalbe oft von rascherer Wirkung als die Zinkschwefelpaste. Auch eine Pinselung mit spirituöser Höllensteinlösung und nachfolgende Applikation von Zinkpaste wirkt gut.

Nicht ganz selten ist eine Erkrankung der Haut der Interdigitalfalten an Hand und Fuß, ein Übergang der Intertrigo in ein palmares Ekzem eigener Art. Die Falten jucken etwas, werden rot, feucht, mit rasch sich erneuernden Lagen rein weißer, macerierter Hornschicht bedeckt, nach deren Abfall die Interdigitalfalte dunkelrot und empfindlich erscheint. In der nächsten Umgebung, nach dem Rücken der Finger und der Hand zu, aber noch innerhalb der Grenze der dicken Hornschicht, schießen periodisch kleine Bläschen in Gruppen auf, die ziemlich stark jucken und entweder bald eintrocknen oder ihre Hornschicht abstoßen. Die langwierige, allmählich alle Interdigitalfalten ergreifende Krankheit erfordert eine energische Behandlung durch Pinselungen mit 10%iger Chromsäure oder Jodtinktur oder spirituöser Höllensteinlösung mit nachfolgender Applikation von Zinkpuder oder Zinkpaste.

9. Eczema palmare et plantare.

Das palmare und plantare Ekzem stellt einen eigenen, durch die Lokalisation bedingten Höhetypus dar, welcher genau in derselben Weise bei keinem Ekzem an anderen Orten wiederkehrt, selbst nicht bei solchen mit pathologischer Schwielenbildung. Wohl fehlt auch beim callösen Ekzem ebenso wie beim palmaren Krustenbildung und Nässen, wohl wird es von dem gleichen beständigen Jucken begleitet. Doch ergeben sich andere wesentliche Unterschiede. So finden wir beim palmaren Ekzem nichts von der groben Oberhautfelderung des *E. callosum*. Sie ist vielmehr verwischt oder normal. Die beim callösen Ekzem nur wenig abschuppende Hornschicht zeigt beim palmaren eine sich aus dem vielschichtigen, gleichmäßig lamellösen Bau der palmaren Hornschicht erklärende großblättrige Abstoßung. Ferner ist hier die Rhagadenbildung viel häufiger, weil die Hornschicht im Verhältnis zur örtlichen Mächtigkeit der Stachelschicht gar nicht übermäßig ausgebildet ist, dagegen aber abnorm stark entfettet und sehr unelastisch ist, daher bei jeder raschen Bewegung der Hohlhand leicht einreißt und stets mehr oder minder tiefe und meistens sehr schmerzhaft Fissuren zeigt. Sie sind typisch für das Ekzem der Hohlhand („*E. rimosum*“ *McCall Andersons*).

Nicht zu verwechseln hiermit ist das „*Eczéma fendillé*“ von *Devergie*, eine Ekzemform der Arme und Beine, wo ohne jede Hornschichtverdickung im Zickzack verlaufende Rhagaden eine eigentümliche grobe Felderung wie bei spröder Haut hervorrufen. *Unna* fand dieses Bild nur bei sehr reinlichen Leuten, die ihre chronischen Ekzemflecke durch mehrmaliges tägliches Waschen zu bessern suchten.

Endlich kommen im Unterschiede vom callösen Ekzem beim palmaren häufig Bläschen vor, und zwar besonders schön ausgebildete, verhältnismäßig große, klare Bläschen, die unter der dicken, aber durchsichtigen Hornschicht der Hohlhand wie unter einer Glastafel erscheinen, lange bestehen bleiben und sich vergrößern, ohne aufsteigen und eintrocknen zu können, und daher meistens auch nicht über die Oberfläche hervorragen.

Jedoch kann auch das callöse Ekzem sich in Gestalt von derben Ekzemschwielen von höckeriger Oberfläche und großer Hartnäckigkeit auf die Hohlhand fortpflanzen.

Die höheren Grade des palmaren Ekzems sind sehr schlimm. Die Hohlhand und die palmare Fläche der Finger ist mit Fetzen teils macerierter, teils trockener Hornschicht in unregelmäßigster Weise bedeckt, zwischen denen tiefere, mehr oder weniger gerötete und weiche, durch Bläschenbildung wie durchlöcherter oder wurmzerfressene Hornschichtlagen sichtbar sind. Die zwischen diesen Inseln übrig gebliebene, noch unversehrte Hornschicht zeigt Unterminierungen durch Bläschengruppen,

durch die sie auch stellenweise höckerig aufgetrieben ist, und an allen Falten seichte oder tiefgehende Rhagaden. Sie ist aufs äußerste gespannt und wird aus Furcht vor weiteren Einrissen in halber Krümmung gehalten, wodurch allein jede Arbeit mit den Händen ausgeschlossen ist.

An den durch dicke Hornschicht ausgezeichneten Lippen, öfter an der Unter- als an der Oberlippe, kommt eine dem palmaren Ekzem analoge Affektion vor, die durch eine großlamelläre kontinuierliche Abschuppung, Jucken, Trockenheit und Rhagaden in der Medianlinie charakterisiert ist und durch antieckzematöse Therapie beseitigt wird.

In der Behandlung des palmaren und plantaren Ekzems muß vor allem die Hauptklage der Patienten, die erhöhte Spannung und ihre Folge, die Rhagadenbildung, berücksichtigt werden. Das Ekzem entzieht der Fußsohle, mehr aber noch der unbedeckten Hohlhand den fettigen Schweiß, auf den diese Regionen angewiesen sind. Daher ist impermeable Bedeckung, durch welche das natürliche Hautsekret an der Verdunstung gehindert und gestaut wird, wichtigstes Erfordernis. Am besten bedeckt man die Hände an den ekzematösen Stellen mit den zu besprechenden Salben und bindet sie mit zwei Stücken eines impermeablen Zeuges (Valoleum, Guttaperchapapier) und einer Mullbinde derart ein, daß wie in einem Fausthandschuh der Daumen den übrigen Fingern opponiert werden und also jede gröbere Arbeit (Essen, Anziehen, grobe Hausarbeit) verrichtet werden kann. Für ganz beschränkte palmare Ekzeme genügen kleinere Verbände, z. B. für die Fingerspitzen Gummifinger. Die Wirkung des impermeablen Verbandes auf die Spannung, Risse und Schmerzhaftigkeit ist eine so rasche, daß viele tiefe Rhagaden nach 24 Stunden bereits geschlossen sind.

Zweitens müssen alle Reinigungsproceduren direkt vor der nächtlichen Einbindung vorgenommen werden, damit die Haut nicht nachher wieder trocknet. Morgens behält man den Handverband solange bei wie möglich und entfernt ihn nach Bedarf nur durch einfaches trockenes Abwischen. Auf jede Reinigung bei Tage muß sofort eine Einfettung mit trockenem Abwischen folgen.

Drittens richtet man sich bei der Behandlung nach dem Befunde an den außerhalb der Palma gelegenen Ekzemherden. Haben diese den papulo-vesiculösen, krustösen oder nässenden Typus, so wählt man für die Behandlung als Salbe am besten die eintrocknende Zinkschwefelpaste mit oder ohne Zusatz von Ichthyol. Beim erythemato-squamösen oder callösen Typus benutzt man zum nächtlichen Verbands erweichende Salben, wie Ung. Hebrae, Ung. Caseini, Ung. calcii chlorati mit oder ohne Zusatz von Seife und Salicylsäure, bei verrukösem oder psoriatischem Typus nimmt man am besten das Ung. chrysarobini oder pyrogalloli comp., eventuell mit Vaseline verdünnt, oder die *Wilkinsonsche* Salbe (Rp. 23, S. 372). In leichten Fällen genügt statt der nächtlichen Fettverbände die Anwendung von Zinkoxyd-, Zinkoxyd-Teer-, Zinkoxyd-Quecksilberoxydguttaplasten, die medikamentöse Wirkung und Impermeabilität vereinigen. Bei veralteten, derben, schwierigen palmaren Ekzemen ist vor fortgesetzter Salicylbehandlung zu warnen, da diese künstlich eine neue Akanthose und Hyperkeratose produziert. Dagegen wirkt eine einmalige gründliche Abschälung mit dem Salicyl-Cannabis- oder Salicyl-Seifenpflastermull vorzüglich. Man muß aber sofort impermeable Salbenverbände und erweichende Mittel darauf folgen lassen. Auch die Natronsuperoxydseife (1—20%), mit der vor Anlegung dieser

Verbände alle callösen Partien bis zum Beginn des Wundgefühles ge-
seift werden, ist in diesen Fällen sehr nützlich.

10. Eczema pilare.

Die Tatsache, daß die Haarbälge sowohl vom Lanugotypus wie die des Bartes, des Kopfhaares u. s. w. an ihrer Mündung, dem Haar-
balgtrichter, an dem Deckepithel participieren, legt die Frage nahe, ob
diese Berührungspunkte des Deckepithels mit dem Follikel-epithel bei
gewissen Ekzemen in charakteristischer Weise miterkranken und da-
durch dem Ekzem einen eigenen Habitus verleihen, oder ob regelmäßig
an eine solche Miterkrankung sich ein tieferes, eigentlich follikuläres
Leiden anschließt, also das Ekzem nur eine Art Complication der

Fig. 55.



Eczema pilare pustulosum (Sykosis coccogenes).

Folliculitis (Sykosis etc.) ist und keine selbständige Bedeutung hat.
Auch die das Ekzem der Haarbälge regelmäßig begleitenden oberfläch-
lichen Impetigines der Haarbälge legen die Frage nahe, ob ihre Er-
reger mit denen des Ekzems identisch oder von ihnen verschieden
seien. Unna neigt ersterer Anschauung zu und spricht sich für An-
nahme eines besonderen „Eczema pilare“ aus. Nach ihm machen
klinische Beobachtungen es wahrscheinlich, daß in der Tat gewisse
Ekzeme ohne weiteres und ohne Eintritt einer Complication die großen
Haarbälge regelmäßig mit oberflächlichen Impetigines inficieren, die
zum Bilde des Ekzems gehören, es beständig begleiten, mit ihm kommen
und aufhören. Sehr lehrreich ist z. B. eine häufig vorkommende Auf-
einanderfolge folgender Art. Seit vielen Jahren besteht bei Männern
im mittleren Lebensalter ein seborrhoisches pityriasiformes oder papulo-

vesiculöses Ekzem der Kopfhaut, sodann, vielleicht schon von Jugend auf, ein schuppiges oder krustöses Ekzem der Augenlidränder, Atrophie der Cilien, Rötung der Conjunctiva, Rhinitis chronica, abwechselnd stärkere Secretion von Nasenschleim und Schleimhautschwellung mit Verstopfung der Nase. Dazu gesellt sich nun seit einiger Zeit ein papulo-vesiculöses, stark gerötetes, subnasales Ekzem mit Impetiginen an den Schnurrbarthaaren und von hier aus Verbreitung eines erythemato-squamösen Ekzems im ganzen Barte, das überall zu Bläschen und Pusteln an den Haarbalgtrichtern führt. Hier gehören die erst hellen, serösen, dann leukoserösen und selbst zum Teil eiterigen Impetiginen der Barthaare, die als solche abheilen und keine tiefen Furunkel bilden, entschieden zum Bilde des Ekzems. Doch muß die Frage noch durch genaueres bakteriologisches Studium geklärt werden. Dr. Warde fand dieselben Kokken in den serösen und den eiterigen Impetigobläschen. Es ist also wahrscheinlich, daß ein Teil der bisher zur Sykosis gerechneten, die coccogenen Fälle einer selbständigen Gruppe des Eczema pilare angehören.

Im Lichte dieser Anschauung gewinnen gewisse, bisher isoliert stehende Fälle, eine einfache Erklärung. Es handelt sich um Erkrankungen der Haut der Arme und Beine, aber auch der Gesichtshaut, bei denen erythemato-squamöse Ekzeme auf den nackten, aber mit starker Lanugo behaarten Regionen sich kontinuierlich und ziemlich rasch ausbreiten und dabei jeden Haarbalg derart infizieren, daß der Haarbalgtrichter sich in eine gelbliche Impetigo mit rotem Halo verwandelt. Die Haare stehen etwas erigiert vom Körper ab, ihre Berührung ist empfindlich.

* * *

Die zweite große Gruppe der Ekzemtypen umfaßt diejenigen, welche eine klinische Einheit und daher eine einheitliche Art des Ekzems bilden, weil alle Formen einerseits sich am selben Individuum zeitlich folgen oder örtlich nebeneinander vorkommen und ineinander übergehen, andererseits bei verschiedenen Personen sich in dieser zeitlichen und örtlichen Reihenfolge vertreten können. So kann man aus dem Vorkommen einer einzelnen Form das der anderen derselben Gruppe an einer anderen Stelle oder zu anderer Zeit des Lebens voraussagen. Die wichtigste solche einheitliche Ekzemart ist das seborrhoische Ekzem.

11. Eczema seborrhoicum.

Das seborrhoische Ekzem wurde 1887 zuerst von *Unna* beschrieben und ist seitdem von den meisten Dermatologen als eine klinische Einheit anerkannt worden. Hier ist der Reichtum der Formen, ihre Familienähnlichkeit eine große und ebenso eine bestimmte örtliche und zeitliche Reihenfolge der Formen leicht nachweisbar. Dieser Zusammenhang der so polymorphen Formen des seborrhoischen Ekzems verbürgt die klinische Einheit der Affektion.

Die Gesetzmäßigkeit des örtlichen Verlaufes, der Ausbreitung über die Körperfläche beim seborrhoischen Ekzem beruht in einem meist langsamen, aber stetigen Fortschritt der Prurptionen von lange bestehenden Brutstätten aus und, da die Hauptbrutstätte sich auf dem behaarten Kopfe findet, in einem Fortschritt vom Scheitel nach abwärts. Etwa 90% aller seborrhoischen Ekzeme nehmen diesen Verlauf von oben nach unten. Der Rest verteilt sich auf solche seborrhoi-

sche Ekzeme, die ihren Ursprung von den Genitalien, der Achselhöhle, dem Sternum und der Fußsohle nehmen.

Eine zweite auffällige Gesetzmäßigkeit des seborrhoischen Ekzems ist es, daß die Ausbreitung der Ekzemherde von diesen Centren, meist behaarten Regionen, mit abnehmender Intensität vor sich geht und schließlich, ehe die Körpergrenze erreicht ist, stille steht. Meist gelangen die vom Kopfe ausgehenden Prurptionen nur bis zur Mitte

Fig. 56.



Eczema seborrhoicum capitis et dorsi papulatum et crustosum (Absteigen vom Kopfe).

des Rumpfes, die von der Fußsohle aufwärts kriechenden nur bis zur Mitte der Oberschenkel.

Drittens halten sich die Prurptionen des seborrhoischen Ekzems meistens an gewisse Prädispositionsrichtungen und Prädispositionsorte, so am Kopfe an die Gegend hinter dem Ohre, an die seitliche Wangen- und Halsgegend, am Rumpfe an die hintere und vordere mediane Schweißrinne (hinten bis zum Kreuzbein, vorne bis zum Nabel). Prädispositionsorte sind die Ciliargegend, der Gehörgang, die mittlere Nasen- und Wangenpartie, die Mitte des Sternums, die Achselhöhlen, Ellbeugen, der Handrücken zwischen den Metakarpalknochen des Daumens

und Zeigefingers, der Nabel, Genitalien und After, Kniebeugen und Unterschenkel, also vielfach Stellen mit vielen und großen Knäueldrüsen und der physiologischen Sättigung der Hornschicht mit fettigem Schweiß. Andere Prädilektionsstellen wie Gesichtsmitte und Handrücken verdanken ihre Bevorzugung der häufigen Gelegenheit der Übertragung beim Stützen des Kopfes, Reiben der Gesichtshaut, Gebrauch von Taschentuch und Handtuch, Beschäftigung mit der Frisur bei erkrankter Kopfhaut.

Viertens wird das seborrhoische Ekzem durch seine Neigung zu serpiginöser Ausbreitung und centraler Spontanheilung charakterisiert. Damit hängt die Neigung zur Confluenz mit Bildung von polycyklischen Rändern zusammen, die oft wie mit Zirkel abgesteckt über verschiedene Regionen hinlaufen, während ihr Eruptionsscharakter sich ändert. So können oft die fettig-borkigen, intensiv roten, papulösen Ränder einer Corona seborrhoica der Stirnhaut unmittelbar in die blassen, flachen, schuppigen, trockenen Ränder der behaarten Haut übergehen. Oder ein aus der Cruroscrotalfalte hervorkommender großer Fleck zeigt an seinem äußeren Rande eine Aufteilung in schuppige, gelbrote Papeln, während er innerhalb der Contactstelle zu einem diffusen intertriginösen Ekzem confluiert. Gerade dieses concentrische Fortschreiten der Efflorescenzen sichert den parasitären Charakter der seborrhoischen Ekzeme.

Der zeitliche Verlauf des Eczema seborrhoicum ist viel unregelmäßiger als der örtliche, der Prozeß kann auf jeder Etappe stille stehen, sogar zum Teil rückgängig werden, aber auch durch hyperämische und sekretorische Reize verschlimmert werden und rascher fortschreiten, besonders ist letzteres in der heißen und kalten Jahreszeit (wegen der dann getragenen wollenen Unterkleider) der Fall. Es wechseln gewöhnlich Remissionen mit stärkeren Schüben Jahre hindurch ab. Wichtig ist für die Diagnose die Aufsuchung und Verwertung der initialen und restierenden Brutstätten und der Übergänge von seborrhoischen in andere Höhetypen. Die Hauptrolle unter den Brutstätten spielen einerseits die drei Anfangstypen: der gelbe Fleck, die seborrhoische Borke, der weiße schuppige Fleck, andererseits unter den Höhetypen die besonders indolenten, dauerhaften, wie die Alopecia seborrhoica und Rosacea seborrhoica. Der Übergang in andere Höhetypen betrifft hauptsächlich feuchte Typen, wie das intertriginöse, krustöse und nässende, seltener das palmare, pilare, callöse, verruköse Ekzem. So bildet das seborrhoische Ekzem eine beständige Brücke zwischen allen trockenen und feuchten Höhetypen ohne seborrhoischen Charakter. Nur die Berücksichtigung dieser anderen nicht seborrhoischen Höhetypen, wie der krustösen und nässenden Ekzeme des Kindeskopfes, der krustösen Blepharitis ciliaris, der diversen intertriginösen Ekzeme sowie die Beachtung der in den anscheinend ekzemfreien Intervallen restierenden pityriasiformen und anderen Brutstätten gibt eine Gesamtübersicht über den Ekzempfozeß des Individuums, die durch Untersuchung und Anamnese der Familienmitglieder, besonders der Eltern, bei denen sich meistens gleiche Symptome zeigen noch vervollständigt wird.

Die allgemeine Symptomatologie des seborrhoischen Ekzems wird beherrscht und bestimmt durch den abnorm hohen Fettgehalt. Er zeigt sich dem klinischen Beobachter in der wachsartigen

Plastizität der Schuppen und Borken, dem öligen Schweiß der befallenen Hautstellen und in der spezifisch gelben Farbe der seborrhoischen Effloreszenzen, endlich auch indirekt in der Beeinflussung der übrigen Ekzemsymptome, z. B. der Abschwächung des Nässens durch die Überfettung, der geringen Ausbildung der Spongiose und Bläschenbildung. Umgekehrt schwächt jede durch Reize hervorgerufene Steigerung des Nässens den Fettgehalt ab oder hebt ihn vollständig auf. Dagegen fördert der Fettgehalt die Neigung zur Akanthose, wofür die „Rand-akanthose“ der seborrhoischen Eruptionen charakteristisch ist, und läßt die Parakeratose unbeeinflusst, weshalb das Schuppen nie aufgehoben wird. Das Jucken wird durch die Überfettung wesentlich gemildert, wie überhaupt die seborrhoischen Stellen gegen starke Reize weniger empfindlich sind, daher auch starke Medikamente vertragen.

Da die Symptome des fettigen Katarrhs von der Gegenwart der Talgdrüsen unabhängig sind und in typischer Weise auf der Planta und Palma vorkommen, da die ölige Hyperhidrosis des Gesichtes, der Achselhöhlen und des gesamten Körpers überhaupt bei der Entstehung des seborrhoischen Ekzems die größte Rolle spielt, so ist der von *Besnier* vorgeschlagene Name „*Steatidrosis*“ für dieses Symptom passender. Jedoch ist für die Affektion selbst vorläufig der Name „seborrhoisches“ Ekzem festzuhalten, da er historisch ausdrucksvoll ist und sofort verrät, daß es sich dabei in erster Linie um jene „trockenen Seborrhoen“ einer früheren Zeit handelt, in denen jetzt ein entzündliches, ekzematöses Element wie bei anderen Ekzemen nachgewiesen ist, und in zweiter Linie um andere ähnliche trockene Hautkatarrhe mit fettiger Beimischung (und von pityriatiformem oder psoriatiformem Habitus), die daher auch zum Ekzem in eine nähere Beziehung getreten sind.

Die Steatidrose des seborrhoischen Ekzems ist nicht genau die bekannte Seborrhoe des talgdrüsenreichen Kopfes und der knäueldrüsenreichen Hohlhand, nicht eine einfache Hypersteatidrosis, sondern eine krankhafte Parasteatidrosis.

Das seborrhoische Ekzem ist vielleicht keine ätiologische Einheit, da verschiedene Mikroorganismen von *Moberg*, *Warde*, *Unna*, *Sabouraud* u. a. in verschiedenen Formen gefunden wurden. Doch ist diese Frage noch nicht geklärt. An der klinischen Einheit der Affektion ändert das nichts, wenn sich dadurch auch die Polymorphie derselben zum Teil erklärt.

Diese verschiedenen Formen des seborrhoischen Ekzems hat *Unna* übersichtlich in zwei Gruppen eingeordnet, die Anfangs- und Höhetypen.

Unter den Anfangstypen erwähnen wir zuerst:

a) Gelbfärbung der Haut (Vergilbung, gelber Fleck). — Sehr häufig findet sich als Anfangstypus eines seborrhoischen Ekzems im Gesichte solcher Personen, die deutliche Symptome desselben am Kopfe zeigen (*Pityriasis capitis*, *Eczema seborrh. psoriatiforme nummular et annulare capitis*) eine diffuse, sich allmählich in die normale Hautfarbe verlierende eigentümliche Gelbfärbung der Haut, meist in der Mittelpartie des Gesichtes um Nase und Mund, so daß die daselbst befindlichen Nasal-, Nasolabial- und Labiomentalfalten ein blaßgelbes bis gesättigtgelbes Kolorit bekommen. Am schärfsten tritt die gelbe Farbe hervor, wo sie von der normalweißen Haut durch eine rote Zone getrennt wird, wie z. B. beim *Eczema seborrhoicum petaloides*. Dieser rote Hof

des gelben Fleckes ist selbst ein Anfangstypus des seborrhoischen Ekzems, das „E. seborrh. erythematopityrodes“, und erhält durch Beimischung der charakteristischen gelben Farbe eine besonders helle, frische rote Nuance. Der gelbe Fleck selbst zeigt keinerlei Röte, er ist im Gegenteil anämisch, die venösen Kapillaren der Nasolabialfalten sind verschwunden. Die Oberfläche der gelben Zone ist nur bisweilen glänzend, wie eingeölt und gibt viel Fett an Seidenpapier ab, meist aber ist sie matt und ohne Glanz, selbst wenn die angrenzende Haut der Nase eine fettglänzende Oberfläche hat. Es handelt sich also bei dieser „Vergilbung“ wohl nicht um eine äußerlich anklebende Fettschicht, auch nicht, wie die Diaskopie erweist, um eine Zelleninfiltration in der Cutis, sondern wahrscheinlich um die diffuse Einlagerung eines eigenartigen, mattgelben Stoffes in die obersten Hautschichten. Da die Vergilbung sich stets in der Nähe besonders fettreicher Regionen findet, ist diese Substanz wohl ein pathologisches Derivat der Fettsubstanz, eine Art Lipochrom.

Außer an den Nasolabialfalten findet sich der seborrhoische gelbe Fleck mit Vorliebe in der Umgebung der Achselhöhle, besonders auf der auf dem Pectoralis major vorgeschobenen Hautfalte, auf dem Sternum, in der Interscapulargegend, der Ellen- und Kniebeuge, der Leistenbeuge, der Regio analis, am Nabel und den Fußknöcheln, kurz dort, wo große Knäueldrüsenpakete oder voluminöse Talgdrüsen vorkommen.

Auch bei den verschiedenen seborrhoischen Höhetypen kommt die Vergilbung ubiquitär in direktem Anschlusse an die Efflorescenzen vor und verleiht ihnen eine eigentümliche Buntfarbigkeit. Jedes stärkere Nässen bringt die Vergilbung zum Schwinden.

Zur Behandlung der seborrhoischen Gelbfärbung der Haut bedient man sich milder reduzierender und eintrocknender Mittel wie bei allen leichten seborrhoischen Affektionen: Puder und Pasten, die Zinkoxyd, Schwefel, Kieselgur enthalten, sodann Entfettung durch Seifenwaschungen und alkoholisch-ätherische Einreibungen.

b) Fettige Kruste (Crusta sebacea). — Lieblingssitz der fettigen Kruste ist der behaarte, besonders der schwach behaarte und blond behaarte Kopf des Säuglings, wo die mehr oder weniger dünnen und dicken, fettigen und trockenen, im allgemeinen wachstartig knetbaren und dunklen bis braunschwarzen Plättchen mehr den Eindruck einer Unreinlichkeit als einer Krankheit machen, beim Volke im Rufe der Unantastbarkeit stehen und als Zeichen besonderer Gesundheit gelten, die möglichst lange konserviert werden müssen. In Wirklichkeit bergen sie stets eine Ekzemgefahr. Es sind schwierig zu entfernende Schuppen mit viel Talgdrüsenfett und einem den Horn- und Talgzellen anhaftenden diffusen, körnigen Pigment der Oberhaut. Diese ist unter ihnen bereits katarrhalisch erkrankt, so daß die Schuppen sich nach der Entfernung sofort wieder bilden, nur in der mehr trockenen Form pityriatischer Schuppen. Der Übergang in Ekzem zeigt sich durch Rötung, Jucken und Übertragung der Affektion (durch Kratzen) auf alle Teile der Kopfhaut und weiter auf Schläfen, Stirn, Augenbrauen, Wangen, Ohren und Nacken. Dann entstehen aus fettigen Krusten die serösen Krusten des krustösen und nässenden Ekzems allein durch stärkere Accentuation der Spongiose gegenüber der anfangs allein vorhandenen Parakeratose und Parasteatidrose.

Bei älteren Kindern kann die Affektion in den Cilien beginnen. Die fettigen Borken des Ciliarrandes verwandeln sich in seröse, die Conjunctiva wird hyperämisch, die Reizung schreitet auf dem Wege des Tränennasenkanals fort, erreicht die Nasenschleimhaut, Lippe und Gesichtshaut und erzeugt durch die vermehrte Sekretion und Auflockerung der Hornschicht zusammen mit dem Kratzen der Finger und dem Wischen des Taschentuches ein papulo-vesiculöses oder krustöses Ekzem des Gesichtes.

Bei Erwachsenen geht die seborrhoische Kruste meist in die trockenen Formen des psoriatischen, nummulären und annulären Typus, in Rosacea und Alopecia seborrhoica über, sie dehnt sich in multiplen Herden über den Scheitel aus, ehe stärker entzündliche Symptome wahrnehmbar werden, was meist beim Erreichen der Haargrenze (Corona seborrhoica) der Fall ist.

Bei älteren Leuten kommt bisweilen eine Form der Crusta sebacea im Gesicht, auf dem Kopf, den Genitalien und am Rumpf vor, die nicht zu ausgebreiteten Ekzemen, sondern nur zu umschriebenen, juckenden und feuchten Ekzemscheiben führt, die Ausgangspunkte von Carcinomen werden können.

Die nicht leichte Entfernung der fettigen Kruste wird durch abwechselnde Ölbäder und Seifenwaschungen herbeigeführt, worauf die kranken Hautstellen noch lange mit Zinkschwefelpaste behandelt werden müssen, um ein Rezidiv zu verhindern.

c) Pityriasis maculata et areata (klein- und großfleckige Pityriasis). — Dieser Anfangstypus des seborrhoischen Ekzems ist eine herdförmige Abschuppungsanomalie des behaarten Kopfes (Pityriasis capitis) und der Gesichtshaut (P. alba). Sie bildet umschriebene, kreisrunde oder ovale Herde, die bei guter Beleuchtung einen zarten, aber doch scharfen Contour erkennen lassen, der durch die Grenze zwischen gesunder, glatter und kranker, schuppiger Hornschicht erzeugt wird. Die pityriatischen Flecke sind also flach und nicht hyperämisch. Ihre Farbe ist im Gesicht grauweiß oder graugelblich, an Hals, Rumpf und Extremitäten dunkler, gelbgrau bis braun. Histologisch stellen sie die schwächste Form des parasitären Hautkatarrhs, die bloße Parakeratose ohne Akanthose, Spongiose, Parasteatidrose und Dermatitis superior dar. Das Jucken ist gering. Die Größe der Flecke beträgt auf dem behaarten Kopfe, im Gesicht und am Halse 6—10 mm Durchmesser, am Rumpf und den Extremitäten 1—2 cm, nach langsamem, peripherem Wachstum sogar 5—6 cm. Sie konfluieren gern mit polycyclischen Contouren und bedecken dann große Flächen, z. B. die ganze Kopf- oder Gesichtshaut, die obere Hälfte der Brust u. s. w. in durchaus gleichmäßiger Weise, ohne centrale Abheilung, ohne Andeutung einer Ringform oder serpiginösen Bandform.

Die Abschuppung auf der ganzen Fläche ist einförmig, fein, oft der bloßen Rauigkeit sich nähernd. Gerade diese Form des parasitären Katarrhs kommt neuerdings in ausgedehnten Epidemien vor, was man von anderen Ekzemarten nie gesehen hat. Auch findet man konstant eine bestimmte Kokkenart, den „*Trichomasterium tenuis*“. Bemerkenswert ist der klinische Verlauf der Pityriasis von oben nach unten, vom Kopf auf Gesicht, Hals, Schultern und Arme, worin sie den übrigen seborrhoischen Ekzemen gleicht. Anämische Häute und Hautregionen sind zur Entwicklung des Leidens prädisponiert. Wenn die Pityriasisformen

ihren Charakter ändern, gehen sie fast regelmäßig zunächst in einen seborrhoischen Höhetypus über und von diesem aus eventuell später in einen anderen Höhetypus des Ekzems.

Unter den Pityriasisarten unterscheidet man zwei Hauptformen, die kleinfleckige und die großfleckige.

Die erstere (*P. maculata*) ist farblos, weißlich, befällt Kopf, Gesicht und Hals. Erst sekundär confluieren die anfänglich getrennten kleineren Flecken. Es spricht für das Vorhandensein einer seborrhoischen Pityriasis, wenn am Stirnrande und rasierten Kopfe die maculöse Beschaffenheit der Affektion hervortritt, wenn das Gesicht an Stirn und Wangen Flecke der Pityriasis alba zeigt, wenn die Schuppen mikroskopisch reichlich Flaschenbazillen und bei der Kultur den *Trichomasterius tenuis* aufweisen. Die asbestförmige Pityriasis (*Alibert*), bei der ganze Haarbüschel von dicken Hornlamellen verklebt sind, und die röhrenartige Schuppen aufweisende Form, bei welcher jedes einzelne Haar manschettenartig von einem kreideweißen Hornröhrchen des Follikelausganges umfaßt wird, enthalten jene Organismen nicht und sind daher wohl von der Pityriasis maculata zu trennen.

Die meist in der Kindheit beginnende kleinfleckige Pityriasis hat einen sehr chronischen Verlauf, besonders in der Pubertät wird die Abschuppung sehr stark, so daß die Schuppen beständig Kragen und Kleider bedecken, läßt später wieder nach, um sich bei einigen Individuen in den psoriatiformen Typus oder in die Alopecia seborrhoica zu verwandeln. Die toxische Wirkung der Pityriasiskeime muß in den letzten Jahrzehnten bedeutend zugenommen haben, da auch das früher fast immune weibliche Geschlecht in immer mehr zunehmendem Umfange davon ergriffen wird, ebenso bei Männern die Alopecia seborrhoica in einer viel früheren Lebensperiode einzusetzen beginnt. Man kann Knaben schon in der Pubertät alopecisch werden sehen.

Auch die Pityriasis maculata des Gesichts ist in den letzten Jahren entschieden häufiger geworden. In Hamburger Volksschulen trat sie neuerdings epidemisch auf, so daß ein Drittel aller Schüler und Schülerinnen binnen wenigen Wochen daran erkrankten, hauptsächlich blasse, fettarme, dunkelhäutige, schlecht genährte Individuen. Gerade bei ihnen beobachtete man Confluieren der Affektion im Gesicht und Übergang auf Hals, Arme, Rumpf und sogar Beine.

Bei der unsicheren Prognose der Pityriasis maculata muß die Behandlung stets sehr energisch und konsequent in Angriff genommen werden. Für den behaarten Kopf genügen einfache Schwefelpomaden (5–10%) abwechselnd mit Seifenwaschungen, später Ung. resorcini comp. (besonders nachts). Bei der Pityriasis maculata der nackten Haut wirken oxydierende und die Oberhaut durchfeuchtende Mittel besser, so feuchte Dunstverbände, Glycerin und Chlorcalciumsalbe nach der Formel:

Rp. 42. *Adipis lanæ* 25·0,
Ung. Hebrae 25·0,
Sol. calcii chlorati (25%) 50·0.
M. f. ung. S. Außerlich.

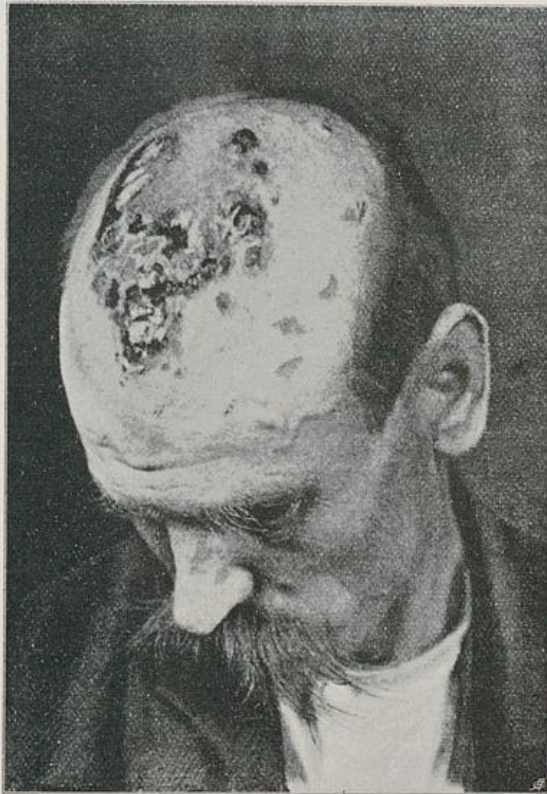
ferner Säuren, wie Benzoësäure, Salzsäure in Wischwässern, Kühsalben und Dunstverbände; schwache Alkalien wie Borax, Ammon. carbon. in Lösungen und Salben, die Oxydationsmittel H_2O_2 und Na_2O_2 als Lösung und Seife. In der Armenpraxis genügt oft schon die beständige Anfeuchtung mit glycerinhaltigem Spiritus, dem etwas Benzoësäure zugesetzt wird.

Die großfleckige Pityriasis unterscheidet sich von der kleinen durch die Größe der einzelnen Herde (mark- bis kinderhandgroß), die dunklere Färbung, die Vorliebe für

Rumpf und Extremitäten, die geringere Zahl der Efflorescenzen und deren geringere Neigung zur Confluenz und zum Übergang in andere Ekzemtypen, durch ihr häufigeres Vorkommen bei jugendlichen Erwachsenen als bei Kindern. Lieblingssitz der Affektion ist der Schultergürtel, die Außenseite der Arme und die obere Partie der Brusthaut vorn und hinten mit Einschluß der Achselhöhle. Sie umgibt den Hals bisweilen wie ein breiter, nach unten fallender Kragen.

Die Behandlung erfordert stark reduzierende Mittel, wie Ung. chrysarobini compositum.

Fig. 57.



Eczema seborrhoicum papulatum et crustosum.

Unter den verschiedenen Höhetypen des seborrhoischen Ekzems erwähnen wir zunächst das:

d) Eczema seborrhoicum papulatum, guttatum et confluens. — Unter Papulierung versteht *Unna* die akanthotische Erhebung der Haut unabhängig von den Follikeln. Sie gesellt sich mit Vorliebe zu den pityriatischen Formen des seborrhoischen Ekzems in Gestalt von erbsen-, linsen-, markgroßen flachen Erhabenheiten von gelblicher bis gelbroter Farbe, trockener, feinschuppiger Oberfläche, oft mit einer feinen Hornfranse am Rande versehen, die eine mehr oder minder starke Vergilbung aufweist. Diese meist vom behaarten Kopf

oder Gesicht subakut unter günstigen Bedingungen (heiße Jahreszeit etc.) in Form trockener, schuppiger, mäßig juckender Scheiben den Körper überziehenden Ausschläge werden meistens als akute, atypische Psoriasisformen betrachtet. Sie unterscheiden sich aber von den wirklich psoriatischen Ekzemen, in die sie bei längerem Bestande übergehen können, durch die trockene, feine Beschaffenheit der Schuppen, die geringere Hyperämie und das raschere Kommen und Gehen.

Das seborrhoische Eczema papulatum tritt in der tropfenförmigen und confluierenden Form auf. Die erstere findet sich meistens bei Erwachsenen mit feiner, weißer, gut durchbluteter, akantrophiler Haut und mit Vorliebe an den Armen, Oberschenkeln und Rumpf. Sie wird daher nicht selten mit der ähnlichen Pityriasis rosea Gibert verwechselt, die jedoch durch die zart rote, oft geradezu pfirsichbläuliche Farbe der Efflorescenzen, ihren Ausgang vom Rumpf, im Mangel seborrhoischer Symptome (gelbe Farbe, fettige Schuppen, Ausbreitung von oben nach unten) und im subakuten Verlauf sich von dem E. seborrh. papulatum guttatum unterscheidet. Letzteres wandelt sich nicht selten in ein psoriatisches Ekzem um mit Neigung zu Serpiginosität und Ringbildung.

Milder und weniger auffällig verläuft die confluierende Form des E. seborrh. papulatum. Sie kommt am ausgeprägtesten bei Kindern mit blasser, leicht pigmentierter Haut vor und entwickelt sich ebenfalls aus einer Pityriasis maculata. Die kleinen, zuerst senfkorngroßen, nicht follikulären Papeln confluieren alsbald zu schmalen, ovalären, kleinen Herden, die sich wieder zu ausgedehnten, papulierten, feinschuppigen, gelblichen Netzen verbinden und als solche, gemischt mit anderen Ekzemytypen, wie dem papulovesiculösen, ganze Körperregionen bedecken können, so den Schultergürtel, den Rücken, die Seitenteile des Bauches. Charakteristisch bei diesen blassen, gelblichen Netzen ist es, daß innerhalb derselben immer noch kleine Hautinseln gesund bleiben, auch bei längerem Bestande des Ausschlags. Oft werden die Herde wegen ihrer geringen Erhabenheit übersehen und bilden dann wohl die Grundlage auffälligerer Höhetypen von speziell verrucöser, aber auch nässender Form.

Die Behandlung des papulierten seborrhoischen Ekzems richtet sich besonders gegen die hartnäckigere tropfenförmige Form. Hier sind stark reduzierende Mittel indiciert. Aber dabei muß jede die Ausbreitung der Eruptionen befördernde Reizung vermieden werden. Deshalb empfiehlt sich abwechselnder Gebrauch des Ung. resorcini compos. und der Zinkschwefelpaste. Bei den confluierenden Formen kommt man mit einfach eintrocknenden Mitteln aus.

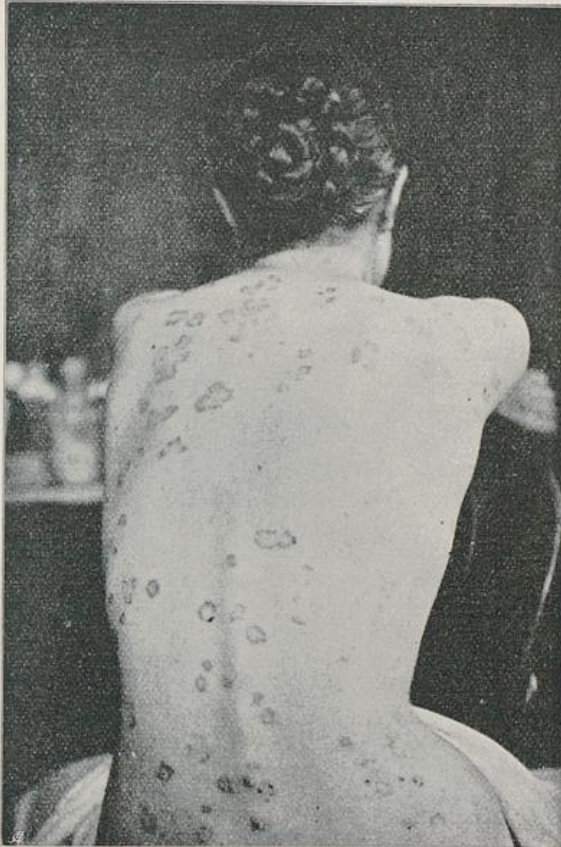
e) Eczema seborrhoicum psoriatisches, nummulare et confluens. — Das psoriatische seborrhoische Ekzem bildet den Übergang vom Ekzem zur Psoriasis. Die Psoriasis ist nach *Unnas* Auffassung nur eine extreme, und zwar extrem fettlose Modifikation des sehr variablen psoriatischen Höhetypus des seborrhoischen Ekzems. Fast in jedem Falle eines solchen findet man einzelne Efflorescenzen, die in bezug auf die Trockenheit, den Luftgehalt und den silberigen Glanz der Schuppen sowie auf das Blutungsphänomen den strengsten Anforderungen an eine typische Psoriasis papel gerecht werden, z. B. an den Ellenbogen.

Die Hauptform des psoriatischen seborrhoischen Ekzems ist die nummuläre, münzenförmige, aus der sich die seltenere, annuläre, ringförmige, durch concentrische Ausbreitung und centrale Abheilung entwickelt. Die nummuläre entsteht aus kleinen, senfkorngroßen Flecken vom erythemato-pityriatischen Typus, die sich rasch über die Oberfläche erheben, sowie sie etwa Erbsengröße erreicht haben, sich mit losen, deutlich fettigen Schuppen bedecken und eine frische rote Farbe annehmen, besonders an schuppenlosen Randpartien. Dabei nimmt die umgebende Haut meistens eine gelbliche Farbe an. Meist geht die Aus-

breitung sehr rasch — gewöhnlich von oben nach unten — vor sich, alle Regionen können ergriffen werden, auch Hohlhand und Fußsohle und Nägel.

Bei voller Ausprägung des Typus sind die einzelnen Papeln regelmäßig rund oder oval, scharf von der gesunden Haut abgesetzt, mit der Schuppe 1–2 mm über dieselbe erhaben, von gelbroter Farbe und tragen eine lose aufsitzende, leicht abstreifbare, weißgelbliche, fettige Schuppendecke, die sich zwischen den Fingern kneten läßt. Der Fett-

Fig. 58.



Eczema petaloïdes et psoriatisforme des Rumpfes.

gehalt ist verschieden. Nach Abhebung der Schuppen tritt bei den meisten Papeln eine glatte, frischrote Fläche zutage, seltener ist dieselbe feucht und dunkelrot punktiert. In diesen Fällen pflegen die Schuppen beim Druck zu einem feuchten Brei zu zerfallen. Die münzenförmigen Papeln vergrößern sich entweder durch periphere Ausbreitung oder durch Aussaat kleinerer Tochterherde, die mit dem Mutterherde oft wieder zusammenfließen. Beim Übergang von der behaarten Kopfhaut auf die Stirn stehen die Proruptionen gewöhnlich längere Zeit still, ordnen sich in eine Reihe und zu einem rosenkranzförmigen Bande, dem „seborrhoischen Diadem“ (Corona seborrhoica).

Nur selten beobachtet man centrale Abheilung der Papeln und Bildung annulärer Typen und serpiginöser Bänder. Sie ist wohl Zeichen einer geringeren Disposition der Haut.

Häufiger sieht man Übergang in nässende, krustöse, intertriginöse Ekzeme, besonders an den Contactstellen. Histologisch wiegt beim psoriatischen Ekzem die Akanthose und Parasteatidrose vor.

In der Behandlung des psoriatischen Ekzems müssen zunächst alle Reizungserscheinungen durch Zinkschwefelpaste beseitigt werden. Dann nimmt man die kombinierte Chrysarobin-Pyrogallolkur (sog. „große Kur“) vor. Der Kopf, die Hände und die Genitalien werden mit Ung. pyrogalloli comp. (Rp. 40), der ganze übrige Körper, soweit die Haut erkrankt ist, mit Ung. chrysarobini comp. (Rp. 39) zweimal täglich eingerieben, nach einigen Tagen bei Eintritt von Rötung und Schwellung der gesunden Umgebung wird unter Applikation von Zinkschwefelpaste und Bädern die Abstoßung der mortifizierten Oberhaut abgewartet, um dann einen neuen Cyklus mit den starken Mitteln zu beginnen. Mit 3 bis 6 solchen Cyklen bringt man die ältesten und ausgedehntesten Fälle zum vorläufigen Schwund. Man bevorzugt bei diesen späteren Kuren die nachhaltigere Pyrogallolsalbe vor dem Chrysarobin. Eine längere Nachkur in Gestalt von täglichen Bädern oder Abseifungen und systematischer Fahndung auf eventuelle Recidive an den Rändern der alten Scheiben ist stets notwendig. Diese oft nur punktförmigen Reste müssen mit Ung. resorcin. compos. oder bei indolenter Haut mit stärkeren Mitteln, z. B. einer Salbe mit je 10% Salicylsäure, Pyrogallol und Chrysarobin oder entsprechenden Guttaplasten entfernt werden. Ohne diese Nachbehandlung erlebt man ständige Recidive und Übergang in typische Psoriasis.

f) Eczema seborrhoicum petaloides et circumeisum. — Bei excessiver Ausbildung der Parasteatidrose und Zurücktreten der Akanthose und Spongiose entstehen eigentümliche, zierliche, buntfarbige Synantheme, von denen man zwei Formen unterscheiden kann, eine blumenblattähnliche (petaloides) und eine umschnittene (circumeisum). Prädispositionsstelle beider ist die Sternal- und Interescapulargegend, von wo weitere Ausbreitung auf die obere Rumpfhälfte erfolgt. Aber auch an anderen Körperteilen, im Gesicht, an den Armen und Beinen bis hinab zur Fußgegend und zum Handgelenk, in der Kreuzbeingegend und am After können sie auftreten, meist mit den verschiedensten anderen Typen des seborrhoischen Ekzems kombiniert oder später in dieselben übergehend.

Die häufigere Form ist der blumenblattähnliche, petaloide Fleck. Es sind maculöse oder flachpapulöse, linsengroße, gelbrote, mit fettigen Schuppen bedeckte Efflorescenzen, welche auf ihrem Lieblingssitze, dem Stamme, häufig jahrelang ein latentes Dasein führen, besonders an behaarten Stellen. Reize, wie Schwitzen und Tragen eines Wollhemdes rufen langsame excentrische Ausbreitung hervor. Aus den Papeln werden einseitig offene Ringe, deren erhabene, hyperämische Ränder etwa zwei Drittel eines Kreises betragen und nach der convexen Seite rasch gegen die gesunde Haut abfallen, während sie nach der entgegengesetzten offenen Seite des Ringes allmählich abblässen, niedriger werden und zugleich die spezifische Gelbfärbung aufweisen. Gewöhnlich stoßen zwei, drei und mehr derartige offene Halbringe zu einer polycyclisch ausgebuchteten größeren ringförmigen Figur zusammen und es entsteht eine gewisse Ähnlichkeit des einseitig rot geränderten, am Rande breiten, erhabenen, nach dem gemeinsamen Centrum sich verschmälernden, abflachenden und gelbgefärbten Synanthems mit einer bunten, geränderten, mehrblättrigen Blume, daher die Bezeichnung. Es entstehen auch durch unregelmäßiges Zusammenstoßen der Einzelefflorescenzen bunte Bilder, in denen aber immer noch als charakteristisches Wahrzeichen dieser petaloiden Form das einseitige, serpiginöse Fortschreiten der roten Ränder mit Bevorzugung der Follikelöffnungen und Hinterlassung flacher, gelb gefärbter Hautpartien deutlich hervortritt. Histologisch findet man als charakteristisches Symptom eine auf

die roten Ränder beschränkte Akanthose mit Hyperämie und unbedeutender zelliger Infiltration.

Der umschnittene, circumcise Typus unterscheidet sich vom petaloiden dadurch, daß 1. die Vergilbung nicht so stark hervortritt, 2. die ebenfalls sich serpiginös ausbreitenden Läsionen concentrisch, nicht excentrisch sich ausbreiten, in Form allseitig geschlossener Ringe, 3. daß im Centrum dieser Ringe die Haut feinschuppig und weniger gelb ist, 4. daß der Rand mit einer feinen, leistenartigen, zirkelrunden Kruste oder nach Abstoßung dieser mit einer entsprechenden feinen Ringfurche allseitig besetzt ist (daher der Name „circumciseus“), 5. daß die Ausbreitung

Fig. 59.



Eczema seborrhoicum petaloides des Halses.

am Rande nicht sprungförmig, die Follikelmündungen bevorzugend und daher mit unregelmäßigen Protuberanzen vor sich geht, sondern ohne Rücksicht auf die Follikel in wie mit dem Zirkel gezogenen Kreislinien und 6. überhaupt nicht sehr weit fortschreitet, so daß die Flecke meist Linsengröße nicht viel überschreiten.

Beide Formen des seborrhoischen Ekzems heilen rasch auf Applikation der Zinkschwefelpaste. Nur muß eine sorgfältige Nachbehandlung besonders der folliculären Brutstätten mit Seifen (Schwefel-, Schwefelresorcin-, Resorcin-Salicylseifen) die leicht eintretenden Recidive verhüten.

g) *Rosacea seborrhoica, simplex et pustulosa*. — Das genauere Studium des seborrhoischen Ekzems hat die früher isolierte *Rosacea* als eines der wichtigsten Glieder dieser Affektion kennen gelehrt und damit auch die Therapie erfolgreicher gestaltet. Die *Rosacea* ist mit Ausnahme der sehr seltenen rein angioneurotischen (Frost-) *Rosacea* eine seborrhoische Erkrankung, die Resultante zweier auf dem Mittelgebiete des Gesichtes in Schmetterlingsform sich treffender Reize, einer das Gesicht überhaupt, hauptsächlich aber Nase und Wangen betreffenden arteriellen Gefäßlähmung, die mit periodischen Wallungen zum Kopfe allgemeiner Natur zusammenhängt (Klimakterium, normale Verdauungsperiode, Ingesta, Herzpalpitationen), und einer Infektion desselben mittleren Gesichtsteiles von anderen Herden des seborrhoischen Ekzems, speziell vom behaarten Kopfe her.

Die *Rosacea* entwickelt sich gewöhnlich aus unter dem Einflusse der Gefäßlähmung sich stärker rötenden Flecken der *Pityriasis alba faciei*, die zunächst den Charakter eines mehr diffusen Ekzema erythemato-pityrodes annehmen. Von ihnen geht dann eine allgemeine capillare Rötung aus, die über die einzelnen Efflorescenzen hinaus eine regionäre Ausbreitung in der vorgezeichneten Schmetterlingsform gewinnt. Innerhalb der zuerst capillären Hyperämie treten alsbald venöse, gewöhnlich sternförmig ausstrahlende, an der Nasalfurche radiär und senkrecht zu dieser angeordnete Angiektasien hervor, welche der Hautoberfläche ein buntscheckiges Aussehen verleihen, unter dem die primären Ekzemflecke verschwinden und höchstens an einer leichten Abschuppung kenntlich sind. Später erweitern sich die tiefen Hautgefäße ebenfalls und der Farbenton geht aus einem hellen in ein bläuliches Rot über. Bei langem Bestande der *Rosacea* gesellen sich zwei schwere Folgezustände hinzu, eine pustulöse Affektion und eine Fibromatose. Wegen der ersteren hat man die *Rosacea* von alters her völlig unpassend „*Acne Rosacea*“ genannt und dadurch in einen völlig ungerechtfertigten Zusammenhang mit der juvenilen Comedonenacne, der echten Acne, gebracht. Die Pusteln bei der *Rosacea* enthalten keine Horneysten, wie die Comedonen bei der juvenilen Acne, und sind Complicationen durch spezielle Eitererreger der *Rosacea*. Im Gegensatz zur juvenilen Acne pustulosa ist die meist klimakterische *Rosacea pustulosa* eine schwieriger zu beseitigende Complication.

Die Fibromatose der *Rosacea*, das „*Rhinophym*“, führt zu höchst auffälligen, unschönen, gelappten Tumoren der Nase allein, die, je mehr sie sich mit Talgdrüsenhypertrophie combinieren, ein desto durchscheinenderes, gelberes, an Orangenschale erinnerndes Aussehen erhält, im Gegensatz zu der auch bei alten Acnefällen vorkommenden Fibromatose, *Acne tuberosa*, welche nur kleine, perifolliculäre, höckerige, über die ganze Wangen- und Nasenhaut zerstreute Verhärtungen der Haut hervorruft.

Das histologische Bild der *Rosacea* wird bestimmt durch die Gefäßerweiterung, die Neubildung von collagenem Gewebe, Bildung von Plasmazellen und Talgdrüsenhypertrophie zur Folge hat. Beim *Rhinophym* handelt es sich um eine ganz excessive Epithelhypertrophie und consecutive Hypertrophie der übrigen Hautschichten.

Die Behandlung der seborrhoischen *Rosacea* muß stets diejenige der übrigen begleitenden seborrhoischen Affektionen miteinbegreifen, besonders diejenige des behaarten Kopfes, der Lidkante, des

äußeren Gehörganges. Bei hochgradiger Rosacea kommt man am schnellsten mit einer wiederholten Schälung mittelst 50%iger Resorcinpaste (Rp. 9, S. 359) zum Ziele. Ein Cyklus der Schälkur dauert gerade eine Woche, wobei 3—4 Tage hindurch die Schälpaste 2mal täglich eingerieben wird und die dadurch erzeugte Resorcinschwarte sich in wiederum drei Tagen als zusammenhängende Membran abstößt. Bei jeder einzelnen Schälung verschwinden viele Gefäßerweiterungen und verjüngt sich die Haut. Die stärksten Gefäße verödet man am besten vor der Schälung durch Überstreichen mit dem Mikrobrenner und läßt die kleinen Brandeschorfe erst unter Ichthyol abheilen. In schwächeren Fällen kommt man mit Pasta Zinci sulfurata rubra (Rp. 5, S. 357) bei Nacht und einem Ichthyol und Resorcin (aa. 2%) enthaltenden hautfarbenen Puder bei Tage aus. Letzterer beseitigt überhaupt a limine jede eben beginnende Rosacea. Bei stärkeren Blutwellungen gibt man innerlich Ichthyol (täglich 0.5—2.5). Der Mikrobrenner beseitigt auch am besten die Pusteln, man sticht ihn einmal tief in jeden Follikel ein. Eventuell kann man statt dessen auch Hg-Carbolguttaplast und Alkoholdunstumschläge anwenden.

Das Rhinophym erfordert operativen Eingriff, bei starker Ausbildung in Narkose. Das von Unna mit ausgezeichnetem Erfolge eingeschlagene Verfahren ist das folgende:

Ehe man an die Beseitigung der Neubildung geht, unterrichtet man sich über die frühere Gestalt der Nase und den Sitz der Knorpel durch eingehende Betastung, am besten unter der Kontrolle von Photographien aus früherer Zeit. Dann trägt man, von der Nasenwurzel anfangend, durch Flachschnitte alle Lappen des Tumors ab, indem man mit dem linken Zeigefinger in der Nase die Tiefe der Schnitte kontrolliert und sorgfältig darauf achtet, daß oberhalb des Knorpels noch eine etwa $1\frac{1}{2}$ —2 mm dicke Hautschicht überall erhalten bleibt, um sicher zu sein, daß sofort nach der Operation überall proliferationsfähiges Epithel reichlich vorhanden ist. Würde man mit dem Schneiden tiefer gehen, nahe oder ganz bis zum Perichondrium, also alle Talgdrüsengrundriß mit abtragen, so wäre das der größte Fehler, den man begehen könnte. Es würde dann an dieser Stelle eine Granulationswucherung des Perichondriums mit einer Überhornung von der Seite statt der Tiefe her stattfinden, wobei eine nachträgliche Schrumpfung des Bindegewebes unvermeidlich folgt. Hätte man z. B. auf der rechten Seite die Neubildung bis auf den Knorpel, links bis $1\frac{1}{2}$ mm von demselben abgetragen, so würde später die Nase nach rechts herumgezogen werden und hier unnatürlich glatt und narbig erscheinen. Dieser Umstand muß erwähnt werden, da man ja instinktiv bei den malignen Neubildungen der Nase (Carcinom, Lupus) lieber zu viel als zu wenig abträgt. Deshalb bedient Unna sich prinzipiell bei den flachen Abtragungen des Rasiermessers statt des Skalpells, weil damit die beiden Bedingungen, flach und gleichmäßig abzutragen, leichter zu erfüllen sind.

Die Blutstillung ist leicht durch Kompression zu erreichen. Doch bedient man sich zweckmäßig auch des vorzüglichen alten Blutstillungspulvers:

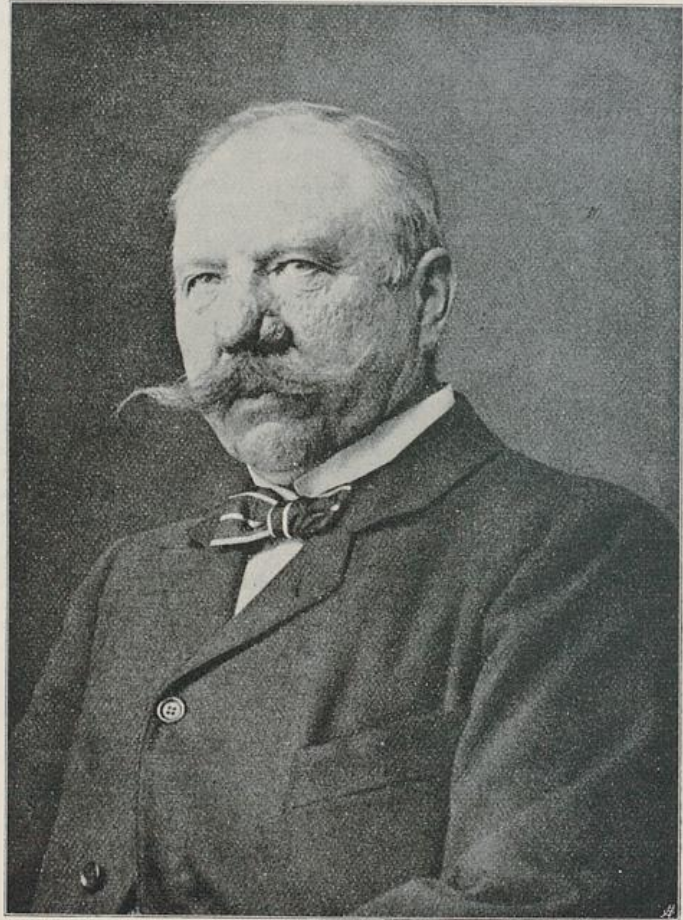
Rp. 43. *Acid. tannici,*
Alumin.,
Colophonii,
Gummi arabici aa.
M. f. pulvis.

Es wirkt zugleich antiseptisch, sicher blutstillend und beschränkt die Granulationen, ohne dieselben (wie Eisenchlorid) zu schädigen, so daß man direkt nach Abnahme des ersten Verbandes die Behandlung mit leicht reduzierenden Mitteln (Zinkschwefel, Zinkichthyolpaste etc.) beginnen kann. Sollte versehentlich bei den Operationen etwas Tumorgewebe stehen geblieben sein und eine zweite Abkappung nicht gewünscht werden, so kann man direkt an die Heilung eine Resorcinschälkur anschließen, um das Resultat zu verbessern.

In schwach ausgeprägten Fällen von Rhinophym, beim Vorhandensein von wenigen einzelnen Lappen und Buckeln kann man auf die Chloroformnarkose verzichten und sich

der Anästhesie durch Vereisung mittelst Äthylchlorid bedienen. Das Tumorgewebe wird dann sogar noch besser schneidbar. Auch bei diesen partiellen Abtragungen gilt als Maxime, daß ca. $1\frac{1}{2}$ —2 mm der hypertrophischen Cutis über dem Knorpel zurückgelassen werden. Nach allen partiellen Abtragungen sind eine oder mehrere Abschälungen der Nase mittelst der Resorcinpaste empfehlenswert, um eine einheitliche, natürliche Glätte der Nasenoberfläche zu erzielen.

Fig. 60.



Rhinophyma.

(K. M., 57 Jahre alt, bei der Aufnahme in die Klinik am 17. August 1903.)

h) Eczema seborrhoicum exfoliativum malignum. Dieser seltene und gefährliche Ausgang des seborrhoischen Ekzems entwickelt sich am häufigsten aus dem psoriatischen Typus, seltener aus den anderen Formen. Besonders wenn durch erfolglose Behandlung mit starken Heilmitteln, wie Chrysarobin, Pyrogallol, Teer, die überreizte Haut stark und diffus hyperämisch geworden ist, die Oberhaut sich un-

aufhörlich in feineren oder gröberen Lamellen abschuppt und zu immer neuer Regeneration gezwungen wird, so entsteht allmählich ein Zustand, der als „exfoliative Dermatitis“ oder auch als „Pityriasis rubra“ beschrieben wird und nicht leicht wieder rückgängig zu machen ist. Er besteht in potenziertem Zusammenwirken aller vier Grundfak-

Fig. 61.



Rhinophyma.
(Derselbe, nach vierwöchentlichem Aufenthalt in der Klinik, einer Operation und drei Schälungen.)

toren: der Parakeratose, Seborrhoe, Akanthose und Hyperämie. Je nachdem die Parakeratose oder die Akanthose vorwaltet, entstehen zwei Hauptformen des exfoliativen malignen Ekzems. Die erstere zeichnet sich durch das Übermaß großer, lamellöser, fettgetränkter Schuppen, den leichten Übergang in ein Eczema madidans, das geringe Jucken, die helle, gelbrötliche Farbe der Haut und den besonders starken Ge-

ruch nach Fettsäuren aus. Histologisch ist besonders die starke interpapilläre Entwicklung der Stachelschicht und die sehr lockere, grob zerklüftete, vollständig in Schuppen aufgegangene Hornschicht bemerkenswert. Das sind die Fälle, die auf Schritt und Tritt einen feinen Regen von fettigen Schuppen um sich her verbreiten, der beim Ausziehen der Kleider oder Aufstehen vom Bette zu einer dichten Schuppenmasse gesammelt erscheint („Dermatitis exfoliativa“ der Engländer und Franzosen).

Bei der zweiten Form waltet die Akanthose vor. Die Schuppen sind feiner und der tägliche Verlust an Hornschicht ist viel geringer, wenn auch beim Aufstehen aus dem Bette stets Wolken davon sichtbar werden. Das Jucken ist stärker und der kratzende Nagel zieht auf der dicken, weichen Oberhaut tiefe Kratzfurchen und Erosionen. Die Hautfarbe ist dunkler, mehr bläulichrot, da die erweiterten Blutgefäße durch eine dickere Stachelschicht hindurchschimmern. Der Geruch nach Fettsäuren ist geringer und es besteht vielerwärts ein Übergang zum verrucösen Ekzem, besonders an den Beugestellen der Extremitäten. Die Kranken leiden an einem permanenten Kältegefühl und zeigen beim Ausziehen eine Neigung zu Frostschauern. Histologisch ist die superpapilläre Stachelschicht mächtiger entwickelt, die Hornschicht dicker und fester, weniger zerklüftet und durchfettet. Man bezeichnet diese Fälle in Frankreich und England allgemein als „Pityriasis rubra“, obgleich *F. Hebra* ganz reine Fälle von Rötung und Abschuppung darunter verstanden wissen wollte.

Entweder führen in beiden Formen des exfoliativen Ekzems der große Verlust an Oberhautzellen, der beständige Wärmeverlust durch die allgemeine Gefäßlähmung der Haut, das Jucken und die dadurch bedingte Schlaflosigkeit marastisch zum Tode oder sie gehen bei sehr langem Bestande in höherem Alter in eine dritte atrophische Form über. Abschuppung und Epithelienbildung lassen nach, die Oberhaut verdünnt sich in extremer Weise, was histologisch durch enorme Atrophie der Stachelschicht und Cutis zum Ausdruck kommt.

Bei kurzer Dauer des exfoliativen Ekzems kann man bei vorsichtiger Behandlung mit sehr milden Mitteln noch Heilung erreichen, am besten durch täglich zweimalige Einreibung von Vaseline adustum oder auch Ichthyolsulfon und Thiol. Intercurrent bewähren sich einfache Zinkpasten und Tintebäder. Schwefel- und Resorcinmittel werden meist nicht vertragen. Die Behandlung muß mit rücksichtsloser Konsequenz monatelang fortgesetzt werden, wenn man Erfolg haben will.

12. Eczema pruriginosum.

Auch beim pruriginösen Ekzem haben wir es mit einer ganzen Serie zusammenhängender, gut charakterisierter Ekzemytypen zu tun, welche in ihrer sich stets wiederholenden Reihenfolge und regelmäßigen Entwicklung auseinander einen unter Umständen das ganze Leben hindurch dauernden Ekzemprozeß darstellen, so daß man auch hier mit Recht von einer „Ekzemart“ sprechen kann. Freilich sind es viel weniger Typen als beim *E. seborrhoicum*, was durch den Charakter des Grundfaktors, der Hyperkeratose, bedingt wird, die allein den äußeren Habitus des *E. pruriginosum* bestimmt. Im Gegensatz zu den einzelnen hyperkeratotischen Schwielen des callösen Ekzems stellt das

pruriginöse ein universelles Leiden dar. Die Ekzemschwiele ist ein lokales Produkt des Kratzens, das pruriginöse Ekzem das allgemeine Produkt einer Keratophilie der Haut. Das callöse Ekzem trifft man in ausgeprägter Form nur bei Erwachsenen und bei älteren Leuten stärker ausgebildet als bei jugendlichen; das pruriginöse findet sich schon vollkommen ausgebildet bei Säuglingen und nimmt mit dem Alter eher an Heftigkeit ab.

Die dem Kindesalter eigenen Anfangstypen äußern sich in zwei ein gemeinsames papulöses Element aufweisenden, sonst aber wesentlich verschiedenen Formen:

a) *Eczema papulo-squamosum*. — Es treten an den verschiedensten Körperteilen der Säuglinge trockene, schuppige, juckende Ekzemstellen von meist bräunlicher oder gelbgrauer Färbung auf, die keine Neigung zur Bläschenbildung und zum Nässen zeigen, dagegen eine ausgesprochene Tendenz zur Papelbildung. Diese nur zum Teil an die Follikelmündungen gebundenen Papeln sind hauptsächlich der Sitz des Juckens, werden zerkratzt und bedecken sich mit kleinen Blutbörkchen. Diese papulo-squamosen Herde kommen außer am Rumpf und den Extremitäten auch am Gesichte vor, zeigen aber keine Ausbreitung von hier nach dem Halse und Rumpfe, überhaupt keinen Gang von oben nach unten wie das seborrhoische Ekzem der Kinder, keinen Ausgang von Brutstätten des behaarten Kopfes, keinen Zusammenhang mit intertriginösen Ekzemen. Meist sind anämische, schlaffe, fettarme, stärker als gewöhnlich pigmentierte, magere, kurz schlecht genährte Kinder betroffen, die gewöhnlich auch an Appetitlosigkeit, Verstopfung und unruhigem Schläfe leiden. Sie kratzen sich an den befallenen Stellen, doch nicht so heftig wie bei der zweiten Form (unter b). Dann röten sich die Stellen, werden teilweise erodiert, aber nässen selten. Bei längerem Bestande tritt die für den Höhetypus charakteristische stärkere Verhornung der Oberfläche mit gröberer Oberhautfelderung und Rhagaden an viel bewegten Stellen ein. Die gewöhnlich fünfzigpfennig- bis markstückgroßen, an Zahl geringen, runden oder ovalen, gut abgesetzten Herde sitzen mit Vorliebe an der Stirn und den Seitenteilen des Gesichts (Gegend hinter dem Ohre, wo sich an die Flecke regelmäßig Fissuren der Ohrfalte anschließen), an den Hüften, am Nabel, an den Beugeseiten der Extremitäten. Auf dem behaarten Kopfe machen sie den Eindruck großer einzelner Flecke von *Pityriasis maculata* und unterscheiden sich nur durch die stellenweise papulöse Beschaffenheit und borkigen kleinen Kratzeffekte. Histologisch tritt die Parakeratose, an den Papeln die Akanthose hervor.

Therapeutisch kommen stärker reduzierende Mittel in Salbenform in Betracht: Ung. resorcini comp., Ung. caseini mit Teer (Rp. 18, S. 366), Zinksalben mit Teer und gelbem Präcipitat, sowie Blei-Carbol, Zinkoxyd-, Quecksilberoxyd-Salbenmulle.

b) *Eczema papulo-urticatum*. — Es ist der durch die „urticarielle Papel“ charakterisierte schwerere Anfangstypus des pruriginösen Ekzems. Sie kommt im allgemeinen bei besser genährten, wenn auch durchaus nicht fetten, blühenden Kindern vor mit wenig pigmentierter, hellerer, strafferer Haut, die aber immer noch als eine anämische bezeichnet werden muß. Als präekzematöse Dermatose fungiert der sogenannte Lichen urticatus, die *Urticaria papulosa infantum*, als deren

Residuen unregelmäßig am Rumpfe und den Extremitäten zerstreute, mit Blutbörkchen bedeckte Papeln wahrgenommen werden. Zwischen diesen präekzematosen Efflorescenzen treten nun Ekzemherde von sehr unbestimmter Beschaffenheit und Form auf, die aber das Gemeinsame haben, daß sie trockenen, papulo-squamösen oder verrukösen Charakters sind, unregelmäßig am Rumpf und Extremitäten zerstreut vorkommen, aber stets am meisten in den von der Urticaria papulosa okkupierten Regionen, daß sie sehr heftig jucken und andauernd gekratzt werden, diffus sich ausbreiten, indem ausgedehntere Kratzeffekte ihnen den Weg anweisen, und endlich selbst mit urticariellen Eruptionen untermischt sind. Dadurch nimmt die Affektion universelleren Charakter an und ähnelt hierin und durch die Mischung mit Ekzemytopen verschiedener Art der Scabies.

Therapeutisch wirkt am raschesten eine reichliche Einreibung mit 5—10% Ichthyol und eventuell etwas Seife enthaltender Zinkschwefelpaste. Daneben sind die früher erwähnten Maßnahmen gegen die urticariellen Eruptionen heranzuziehen.

c) Eczema pruriginosum multiplex et universale. — Die multiple Form dieses Höhetypus des pruriginösen Ekzems entwickelt sich aus dem unter *a*, die universelle aus dem unter *b* beschriebenen Anfangstypus.

Bei der ersteren (E. pruriginosum multiplex) ist die ganze Haut pigmentiert, schlaff, sehr anämisch, trocken, fettlos und die entzündlich gereizten Stellen sind weit über den Körper zerstreut; bei der zweiten ist die Haut heller, straffer, vielfach erythematös und ödematös, von Urticariacquaddeln hier und da befallen; es sind mehr feuchte Ekzemstellen von teils verrukösem, teils nüssendem Charakter vorhanden, und die relativ gesunden Hautstellen tragen zahlreiche isolierte Papeln ohne und mit urticariellem Hofe, ohne und mit zerkratzter Spitze und Blutbörkchen. Die Unterschiede zwischen den beiden Formen verschwinden mehr und mehr, je mehr die allgemeine Hyperkeratose zur Ausbildung gelangt; die urticariellen Phänomene lassen nach, die Hyperkeratose culminiert mehr an den Streckseiten der Extremitäten. Hier verdickt sich die Hornschicht von Jahr zu Jahr, die Oberhautfelderung wird eine grobe, parallelfurchige oder quadranguläre, die Haut läßt sich immer schwerer von der Unterlage abziehen und in Falten aufheben, die Bewegungen der Extremitäten werden erschwert, in der Pubertät selbst das Wachstum derselben gehindert. Die Haut ist am ganzen Körper, besonders aber an Armen und Beinen, förmlich zu eng, lederartig hart und unelastisch, trocken, beständig juckend und überall von groben Kratzspuren bedeckt. Der Haarwuchs am Körper leidet auffallend, eine ordentliche Lanugo besteht nirgends und auch die langen Körperhaare sind spärlich, trocken, aufgesplittert und vielfach kurz abgebrochen. Die Inguinaldrüsen, Nacken- und Halsdrüsen sind meist mehr oder weniger stark geschwollen.

Dieser Höhetypus des pruriginösen Ekzems unterscheidet sich von der Prurigo gravis nur dadurch, daß er sich nicht auf die Streckseiten beschränkt und die Beugeseiten nicht in größerer Ausdehnung frei läßt, daß der Verlauf ein stärker wechselnder ist und auf Perioden von feuchterem Charakter und äußerst vehementem Juckreiz ruhigere Zeiten anscheinender Spontanheilung mit geringem Pruritus der übrigens immer

verdickt bleibenden Oberhaut folgen, daß endlich die charakteristischen Prurigopapeln fehlen.

Bisweilen tritt das E. pruriginosum erst im Jünglings- und Mannesalter im Anschlusse an andere Ekzemtypen, z. B. seborrhoische, auf.

Histologische Symptome des pruriginösen Ekzems sind: Verstärkung des Gefäßtonus der Haut, Enge der Papillargefäße, Ausgleichung des Papillarkörpers zur Fläche durch den Druck der wuchernden Stachel- und Hornschicht, mächtige Verdickung dieser letzteren.

In therapeutischer Hinsicht gewähren beim E. pruriginosum langdauernde, energische, universale Schmiekuren in Wollkleidung den besten Erfolg. Hierzu verwendet man Teer in Verbindung mit Ung. Hebrae, Ung. Caseini und Zusätzen von Salicylsäure, Seife und Chlorcalcium. Stark verhornte Partien werden vorher durch Salicylguttaplaste abgeschält, oder durch Dampf-, Sol- und Chlorecalciumbäder erweicht. Innerlich sind Ichthyol oder Natrium salicylicum von Nutzen. Die Nachbehandlung erfordert reichliche Anwendung von Fettsalben nebst Teer- und Salicylseifenwaschungen.

Anhang.

Die Psoriasis.

Die Psoriasis oder Schuppenflechte ist keine unabhängige Hautaffektion, sondern nur ein Anhängsel des Ekzems, eine besondere Form von trockenem seborrhoischen Ekzem auf einer eigens disponierten und strukturierten Haut. Die Übergänge und Zwischenformen zwischen beiden bilden bei weitem die Mehrzahl der Fälle. Es gibt kein Symptom und keine Eigenschaft der Psoriasis, welche nicht Abweichungen nach dem Ekzemtypus hin zeigt:

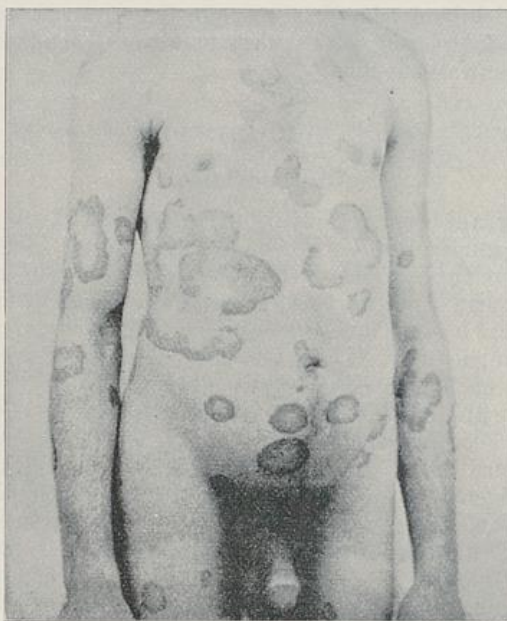
1. Übergänge in der Efflorescenzenbildung. — Die typische Schuppe der Psoriasispapel soll sich durch ihren Silberglanz und ihre Trockenheit, das heißt durch ihren Luftgehalt auszeichnen. Aber in vielen, im übrigen typischen Fällen sind die Schuppen nicht alle weiß und trocken, sondern teilweise gelblich und fettig, in anderen teilweise serofibrinös, borkig. Die typische Psoriasispapel soll nach Abhebung der Schuppen trocken, rot sein und blutende Pünktchen zeigen. Dieses Symptom ist ganz abhängig von der steileren Erhebung der Papel, d. h. von einer bedeutenderen Hypertrophie des gefäßhaltigen Papillarkörpers. Fehlt diese, so fehlt auch das Bluten der schuppenlosen Papel. Ja, hin und wieder findet man sogar unter der anscheinend trockenen Schuppe eine ganz feuchte, Serum absondernde Basis. Eine typische Psoriasispapel, mag dieselbe eine kleine, stecknadelkopfgroße Papel (Psoriasis punctata) oder infolge peripheren Wachstums eine Scheibe (Psoriasis nummularis) oder durch centrale Abheilung einen Ring (Psoriasis annularis) darstellen, soll sich weiter durch ihre scharfe Begrenzung und ihre steile Erhebung über die völlig normale Umgebung auszeichnen. Aber alle drei Eigenschaften finden sich auch bei umschriebenen trockenen Ekzemen, den verrukösen Ekzemen.

2. Übergänge der Lokalisation. — Am typischsten ausgeprägt sind bekanntlich die Psoriasispapeln der Ellbogen und Knie. Die Streckseiten sollen gegenüber den Beugeseiten überhaupt im Gegensatz zu den Ekzemen bevorzugt werden. Das trifft für viele Fälle zu.

Aber bei universellerer Ausbreitung (*Psoriasis universalis*) verschont die Psoriasis die Beugeseiten keineswegs. Ja, bei rascher erstmaliger Ausbreitung vom Kopfe nach abwärts über Rumpf, Arme und Beine werden ziemlich regelmäßig die Ellbogen und Knie übersprungen. Auf den Knien und Ellbogen finden wir andererseits bei Ekzemen hin und wieder umschriebene Flecke mit dicken Schuppenlagen, die Psoriasisflecken alle Ehre machen würden.

3. Begleiterscheinungen. — Bei der Psoriasis des Kopfes soll keine Neigung zum Haarausfall vorhanden sein wie beim Ekzem. Für einzelne Fälle gewiß, in anderen folgt aber Alopecie wie beim Ekzem und in wieder anderen fehlt auch bei trockenen Ekzemen des Kopfes

Fig. 62.



Psoriasis annularis et gyrata.

die Alopecie. Die typischen psoriatischen Veränderungen der Nägel sind selten, meist gleichen die krankhaften Veränderungen des Nagelbettes oder der Nagelmatrix auf ein Haar den analogen Veränderungen bei trockenen Ekzemen (vgl. Nagelkrankheiten). Im allgemeinen zeichnet sich die Psoriasis gegenüber den Ekzemen durch Mangel an subjektiven Empfindungen, vor allem durch Mangel des Juckens aus. Doch kommt auch heftiges Jucken, besonders während des akuten Ausbruches vor.

4. Übergänge beider Typen in situ. — Gar nicht selten sind die Fälle, in welchen die Ellbogen, Knie und Unterschenkel typische Psoriasisflecke tragen, während der Rumpf, besonders in der Gegend der Achselhöhle und Ohren feuchte Ekzeme, die Sternal- und Rücken- gegend und der Kopf fettige Ekzeme trägt. Regelmäßig kommen die

Hausärzte dann mit der sehr berechtigten Frage zum Spezialarzt, was denn hier eigentlich vorliege, Psoriasis oder Ekzem? Solche Fälle tun die Unhaltbarkeit der Trennung beider Affektionen zur Evidenz dar.

5. Übergänge in tempore. — Recht häufig wird aus einem anscheinend gewöhnlichen, universellen Ekzem im Laufe der Behandlung zum Erstaunen des Arztes und des Kranken allmählich eine Psoriasis. Oder der Patient berichtet, daß er früher stets von Zeit zu Zeit Rückfälle gewöhnlicher Psoriasis gehabt habe, aber in diesem Jahre beginne

Fig. 63.



Typische Psoriasis der Beine.

der Ausschlag zu nassen und stärker zu jucken. Die Hausärzte, die in Familien praktizieren, wo Flechten zu Hause sind, wissen aber noch viel bedeutsamere Daten mitzuteilen, daß sie nämlich bei demselben Individuum in der ersten Kindheit krustöse Ekzeme und im Mannesalter Psoriatiden zu behandeln hatten; daß ferner von mehreren Geschwistern alle an Ekzemen litten, bis auf eins, das statt dessen Psoriasis hatte, und endlich, daß die Kinder psoriatischer Eltern an Ekzemen, diejenigen ekzematöser Eltern an Psoriasis litten. Dieser vollgültige Ersatz beider Typen bei Mitgliedern derselben Familie

sowie der Übergang der Typen im Verlaufe des Lebens am selben Individuum beweist die Zugehörigkeit der Psoriasis zur Klasse der Ekzeme.

6. Identität der Therapie. — Universelle trockene Ekzeme und Psoriatiden bedürfen eigentlich der gleichen Behandlung mit den gleichen Mitteln (Schwefel, Teer, Quecksilberpräparate, Pyrogallol und Chrysarobin).

Es ist eine besondere Disposition der Haut, die zur psoriatiformen Umprägung des Ekzems führt. Es sind besonders „schöne“ Häute, wie wir sagen, pigmentarme, helle, blutreiche, mit gutem Pannikulus versehene.

Auch histologisch ist der anatomische Aufbau der Psoriasis und der trockenen Ekzeme nahezu der gleiche. In ihm spielen die Parakeratose und die Akanthose die Hauptrolle. Zu diesen beiden Grundveränderungen gesellt sich aber noch eine dritte hinzu, die Gefäßerweiterung, die die rote Farbe unter der parakeratotischen Schuppe hervorruft, ebenso das nicht konstante Symptom der Blutung. Die Parakeratose (Schuppenbildung) geht, wie die klinische Beobachtung lehrt, der Rötung stets voran, während die Akanthose nur in einigen Fällen der Rötung voraneilt, in anderen ihr folgt. Die Eigentümlichkeit der Haut Psoriatischer (im Gegensatz zur Haut Ekzematöser) besteht darin, daß es sich einerseits um einen schwachen Gefäßtonus handelt, welcher bei lähmenden Einflüssen die Kapillaren der Haut leicht unter hohem Blutdruck kommen läßt, andererseits aber auch um eine feste, dem Andrang serösen Exsudats gut widerstehende Oberhaut.

Die Psoriasis gehört als eine Abart des Ekzems in die Klasse der parasitären Affektionen der Oberhaut. Schon *Köbner* wies vor langer Zeit nach, daß es bei Psoriatikern im Eruptionsstadium genügt, die Oberhaut zu ritzen, um, wie bei der Einimpfung eines Keimes auf die Oberfläche eines Nährbodens, eine strichförmige Kette von Psoriasis-papeln nach einiger Zeit zu erzeugen. Das Vorkommen der Psoriasis bei Eltern und Kindern oder Gliedern derselben Familie beweist nicht die Heredität der Psoriasis als solcher, sondern nur die Vererbung der gleichen Hautdisposition, die ja bei der Genesis der Psoriasis eine gewisse Rolle spielt. Im übrigen beweist der ganze klinische Verlauf die parasitäre Natur des Leidens. Die Psoriasis weicht auch nur einer konsequenten antiparasitären Behandlung. Eine konstitutionelle Allgemeinbehandlung hat bei der meist gesunden, blühenden Körperbeschaffenheit der Psoriatiker gar keinen Sinn und Erfolg.

Die angeblich ungünstige Prognose der Psoriasis, ihre aus der allerdings sehr gewöhnlichen Tatsache der häufigen Recidive geschlossene Unheilbarkeit ist nur Folge mangelnder Konsequenz in der Behandlung und zu frühen Aufhörens der letzteren. Etwas anderes ist die einfache, oberflächliche Reinigung der Haut von den Efflorescenzen der Schuppenflechte, etwas anderes die radikale Heilung der Psoriasis. Letztere gelingt nur durch eine konsequente Nachbehandlung nach jener ersten vorläufigen Reinigung der Haut, durch eine jahrelange Beaufsichtigung des Psoriatikers, die ständig nach etwaigen zurückgebliebenen Resten und Brutstätten zu fahnden hat, in denen parasitäre Keime der Psoriasis zurückgeblieben sind.

Als Paradigma der Reinigungskur bei Psoriasis dient am besten die Psoriasis universalis eines 5jährigen Knaben, der sich in poliklinischer Behandlung befindet.

Jeden Abend, wenn die Tagesarbeit vorüber und der Herd noch warm ist, wird (statt der Badewanne) ein Kübel zum Teil mit heißem Wasser gefüllt, im Winter in der Nähe des Ofens, der Knabe hineingestellt und von der Mutter vom Kopf bis zum Fuß mit Schmierseife und Flanellappen oder, wenn die Schuppenmengen bedeutend sind, sogar

mit einer Bürste abgeseift, wobei er gelehrt wird, die vordere Seite des Körpers selbst mit zu reinigen. Dann erfolgt Abspülung mit Wasser, Abtrocknen und Einsalben. Ehe die Einsalbung vor sich geht, muß schon eine praktische Bedeckung bereit liegen. Bei Wohlhabenden ist dieselbe durch die *Jägersche* Hemdhose nebst Wollhaube und Wollstrümpfen gegeben. Bei armen Leuten wird sie durch irgend einen baumwollenen, flannelenen oder wollenen Anzug ersetzt, den die Mutter aus abgelegten Unterzeugen des Vaters zurechtnäht und der den ganzen Körper bedecken muß. Dieses Zeug dient zunächst als Nachtzeug und gleichzeitig als einziges Unterzeug bei Tage, so daß der Knabe von einem Abend bis zum anderen in demselben Anzug bleibt.

Die Salbe kann eine Teersalbe sein. Um die Kur zu beschleunigen, ist es aber ratsam, nach Analogie der großen Kuren in Kliniken, zwei stärkere Salben zu verordnen, die relativ billige Chrysarobinsalbe der Pharmakopoe für den Körper, Arme und Beine und eine Pyrogallolsalbe, etwa nach folgender Formel:

Rp. 44. *Pyrogallol 5,*
Salicylsäure 5,
Vaselin ad 100.

für den Kopf und die Hände, falls diese letzteren befallen sind. Der Kopf muß nach Abscheren der Haare immer mitbehandelt werden, auch wenn er nur einige Schüppchen zeigt; denn die Keime der Krankheit haften hier am längsten. Der Ersatz des Chrysarobins am Kopf und den Händen durch Pyrogallol hat bekanntlich den Sinn, die Gegend der Augen aus der Chrysarobinbehandlung auszuschalten; die Chrysarobinconjunctivitis entsteht meistens durch Reiben der Augen mit dem chrysarobinbeschmutzten Handrücken, ist aber bei der angegebenen Salbenverteilung leicht zu vermeiden. Toxische Allgemeinwirkungen hat Chrysarobin bekanntlich nicht, wohl aber Pyrogallol, und es ist trotz der geringen Quantität, die an Kopf und Händen gebraucht wird, immerhin ratsam, die Mutter auf den Urin des Knaben aufmerksam zu machen und bei Schwärzung desselben das Pyrogallol zeitweise auszusetzen.

Am Morgen wird dem Kleinen, ohne an der Haut zu rühren, ein einfaches Oberzeug angezogen, und abends kommt wieder Abwaschung und Einsalbung. Es ist kein Schade, wenn einmal notgedrungen beides einen Abend unterbleibt, wohl aber tritt sofort ein Rückschritt ein, wenn aus äußeren Gründen abgewaschen wird, ohne die Einsalbung folgen zu lassen. Ist nach einigen Wochen hierunter die größte Menge der Efflorescenzen unter allgemeiner Bräunung der Haut verschwunden, so ergibt eine genauere Inspektion in fast allen Fällen, daß an drei Regionen noch Reste der früheren Efflorescenzen übrig geblieben sind. Diese drei Regionen sind: der behaarte Kopf, die Gegend der Ellbogen und Vorderarme, die der Knie und Unterschenkel. Wenn man examiniert, erinnern sich die Angehörigen nun auch häufig, daß von einer dieser drei Regionen der allgemeine Ausbruch seinen Ausgang nahm, nachdem daselbst schon lange vorher einige Schuppenhügelchen bestanden. Das sind die Schlupfwinkel der überwiegenden Mehrzahl aller Psoriasisfälle. Ein soweit gebesserter Fall von Psoriasis gilt bei den meisten Laien schon als „geheilt“ und bei den meisten Ärzten schon als „gereinigt“. Und doch ist noch nichts geschehen als eine ganz oberflächliche Beseitigung der besonders sichtbaren und be-

sonders leicht zu beseitigenden Flecke. Auf diesem Punkte beginnt erst die eigentliche, die radikale Kur, da es sicher ist, daß in diesen Resten der alten Efflorescenzen die parasitären Keime des nächsten Psoriasisausbruchs schlummern.

Diese Reste zu beseitigen ist nun nicht so leicht wie den Körper bis auf diese Reste zu reinigen. Hier fangen unsere vortrefflichen Mittel gewöhnlich an zu versagen, auch wenn die Geduld der Patienten noch nicht versagt. Die Keime müssen hier offenbar tiefer sitzen; für die behaarte Region des Kopfes ist das leicht begreiflich; an Knien und Ellbogen, an Vorderarm und Unterschenkel ist es wohl die dickere Oberhaut dieser Regionen und die geringere Reaktionsfähigkeit für unsere Mittel, welche den Keimen besonderen Schutz gewährt. Unsere Mittel müssen also verstärkt werden und können das auch ohne Schaden für den Patienten, da es sich nunmehr nur noch um eine regionäre Behandlung handelt. Außerdem ist zu bedenken, daß das Chrysarobin, so zauberhaft es im Anfang wirkt, gegenüber den Resten der Krankheit von dem tiefer greifenden Phenol, dem Pyrogallol, an Wirksamkeit übertroffen wird. Immerhin kann man auch Chrysarobin gegen die Reste benutzen, die Salbe muß aber sehr verstärkt werden. Diesen Weg hat *Dreuw* eingeschlagen, indem er eine Chrysarobinsalbe aus sehr viel Chrysarobin, grüner Seife, Salicylsäure und Teer zusammensetzte:

Rp. 45.	<i>Chrysarobini,</i>	} <i>D. S. Unguentum Dreuw.</i>
	<i>Olei Rusci aa. 20,</i>	
	<i>Acidi salicylici, 10,</i>	
	<i>Sapon. Kalini,</i>	
	<i>Vaselini aa. 25.</i>	
	<i>M. f. ung.</i>	

Die Seife und Salicylsäure befördern hier das Eindringen des Mittels in die Hornschicht, wobei sie sich allerdings wie immer gegenseitig teilweise neutralisieren. Mehr Bedenken erregt zunächst die Verbindung der stark alkalischen Seife mit Chrysarobin, da bekanntlich Chrysarobin dadurch in das hier unwirksame chrysophansaure Alkali schon in der Kruke verwandelt wird. Diese Neutralisation eines Teiles des Chrysarobins wird aber überreichlich aufgewogen durch den relativ sehr bedeutenden Gehalt (20%) an Chrysarobin. Die Mischung ist also keine beständige, aber doch eine sehr starke und praktische. Der Teer, den man chemisch als ein schwaches Pyrogalloliniment betrachten kann, hat in dieser Komposition außerdem die sehr nützliche Funktion eines fest haftenden Firnisses.

Ihm verdankt die *Dreuw*sche Salbe es, daß die Chrysarobinwirkung genau auf die Stelle der Applikation beschränkt bleibt und die Umgebung so gut wie gar nicht gereizt wird. Ein kleiner Nachteil, der bei ambulatorischer Behandlung allerdings irrelevant ist, ist es, daß nach mehrtägiger Applikation des Ung. Dreuw sich eine dicke, schwarze Schwarte bildet, die sich nur sehr langsam abstößt.

Zur Beeinflussung sehr hartnäckiger Psoriasisstellen benutzt *Unna* einen durch Salicylsäure schälenden Kollodiumfirnis:

Rp. 46. *Acidi salicyl. 10·0,*
Anaesthesini,
Spirit. aetherei aa. 5·0 (10·0),
Collodii ad 100·0.
M. f. Collodium lepismaticum.
S. Äußerlich.

Das Anästhesin bewirkt die Schmerzlosigkeit der Applikation. Dieser Firnis wird auf alle verdickten und harten Stellen aufgespritzt, und dann wird die ganze Region mit einer Pyrogallolsalbe, z. B. dem Ung. Pyrogalloli comp., oder obiger Pyrogallolsalbe eingerieben, welche durch die Kollodiumhäutchen hindurch wirksam sind. Die letzteren blättern alle paar Tage ab und hinterlassen die verdickten Stellen jedesmal verdünnter und reiner.

Mit diesen Mitteln werden bei dem oberflächlich gereinigten Knaben die genannten drei Regionen oder andere nachweisbare Brutstätten der Psoriasis behandelt.

Die Anfänge eines Psoriasisrecidivs sind sehr charakteristisch. Die neuen Papeln sitzen nämlich auf dem Umkreis früherer, gewöhnlich größerer und zeichnen besonders häufig einen Punkt der alten Randpartie aus. Sie bilden selbst die Centren neuer Scheiben und Ringe, die mit den alten nichts zu tun haben. Eine solche Form des Recidivs ist unvereinbar mit einer auf dem Blut- oder Nervenwege der Haut zugeführten Schädlichkeit, sie ist nur verständlich, wenn wir annehmen, daß entsprechend diesen Punkten Keime der Psoriasis zurückgeblieben sind, die sich nun wieder selbständig ausbreiten.

Endlich ist es gelungen, den Knaben nach einigen weiteren Wochen wirklich hautrein zu machen, scheinbar jede Spur der Krankheit zu tilgen. Dann muß der Mutter streng eingeschärft werden, zur Verhütung späterer Recidive von unsichtbaren Keimen aus die täglichen Abseifungen fortzusetzen und dabei den Körper, besonders an den drei Regionen, täglich genau zu inspizieren und bei der Entdeckung der kleinsten Papel das Kind sofort wieder zum Arzt zu bringen. Nach jeder Abseifung wird die Haut mit einem einfachen Fett (Vaselin, Adeps lanae) eingefettet, denn je geschmeidiger sie ist, um so eher bleiben die Recidive beschränkt.

Knaben sind leichter zu behandeln als Mädchen, wenn bei diesen der behaarte Kopf auch nur in mäßigem Grade befallen ist. Soll das so viele Keime bergende lange Haupthaar erhalten bleiben, so wird Einsalbung, Waschung, Inspektion auf das Doppelte bis Dreifache erschwert. Zudem bewirkt das beste Mittel für die Psoriasis des Kopfes, das Pyrogallol, eine häßliche Verfärbung des blonden Haares. Die meist am Kopfe gebrauchte weiße Präcipitatsalbe wirkt nicht so sicher wie Pyrogallol, man nimmt bei blondem Frauenhaar 5% Salicylsäure hinzu oder ersetze sie noch besser durch eine 10%ige Salbe von salicylsaurem Quecksilberoxyd. Bei Psoriasis des Erwachsenen, z. B. eines vielbeschäftigten Geschäftsmannes, ersetzt man den Wasserkübel durch ein in der Morgenstunde zu nehmendes Halbbad in der Badewanne, nach welchem durch einen Wärter die Einsalbung vorgenommen wird, und zwar am Tage nur an den bedeckten Körperstellen, so daß Gesicht, Hände und vor allem der behaarte Kopf bei Tage entweder gar nicht oder doch sehr ungenügend behandelt werden und man bei Nacht für diese Partien nur auf die milderen Mittel angewiesen ist. Selten ist eine ordentliche klinische Kur, bei der Tag und Nacht alles eingeschmiert wird — die schon von älteren Autoren, wie z. B. *Hans Locher* verlangte systematische Schmierkur (z. B. Teerschmierkur) bei Psoriasis — im Hause durchzuführen. Jedenfalls sollte die erste grobe Reinigung in eigens dafür eingerichteten Kliniken vorgenommen werden. Die dann folgende Hauptaufgabe ist die Radikalkur der Reste, die fast stets

durch Unterbrechungen, wie Geschäftsreisen, gesellschaftliche Verpflichtungen etc. unterbrochen und gestört wird, wodurch der irrige Glaube an die „Unheilbarkeit“ der Schuppenflechte erzeugt wurde, während die Möglichkeit einer allmählichen Sanierung der Haut von den Keimen der Psoriasis durchaus feststeht.

Unter den weiteren Hilfsmitteln in der Radikalkur der Psoriasis seien zunächst die Badereisen erwähnt. Diese haben nur dann Zweck und Dauererfolg, wenn sie mit einer Chrysarobin- oder Pyrogallolkur verbunden werden. In diesem Falle bewähren sich Schwefelbäder (Aachen, Nenndorf, Eilsen, Schinznach, Gurnigel usw.) und Schwefelduschen sowie Kochsalzthermen (Kreuznach) und Gipsbäder (Bad Leuk) recht gut.

In den Wintermonaten bedient man sich zweckmäßig der physikalischen Heilmethoden neben der Schmierkur. So wirken bei ausgedehnten und durch unzureichende Behandlung gereizten Psoriatiden einige Priessnitzsche Einwicklungen besser als eine erneute Chrysarobinkur. In dieser guten Wirkung auf ausgedehnte, mit dicken Schuppen bedeckte psoriatische Flächen sind sich aber alle Schwitzprozeduren gleich; sie führen eben nur eine subjektive und objektive Besserung herbei, nicht einmal eine wirkliche Reinigung von den Efflorescenzen. Sie haben nur das Gute, daß sie in Combination mit einer medikamentösen Kur eine mildere Anwendung der letzteren ermöglichen. So ist es entschieden zu empfehlen, wenn der Patient, ehe er sich abseift und frisch einpinselt, auf einem der jetzt so viel verbreiteten, einfachen Schwitzstühle eine Viertelstunde transpiriert. Die medikamentöse Behandlung mit einem Teerpräparat wirkt dann unter Umständen schon so gut wie Chrysarobin oder Pyrogallol. Auch die so reinlichen und angenehmen elektrischen Schwitzbäder leiten zweckmäßigerweise die Kur bei einer stark schuppigen, vernachlässigten Psoriasis ein. Von den elektrischen Lichtbädern sieht man keinen anderen Erfolg, als dem damit erzeugten Schwitzen entspricht.* Nützlich ist ohne Zweifel, besonders in milden oder akut auftretenden Fällen von Psoriasis die Arseniktherapie, deren Wirkung man besonders bei psoriatischer Erkrankung der Nägel beobachten kann. Man gibt täglich steigend und fallend 5—10 keratinierte Arsenpillen (à 0.005).

Endlich besitzt das Naphthalan noch einen besonderen Wert für die Psoriasisbehandlung. Wenn nämlich durch unzureichende Anwendung der reduzierenden Mittel, vor allem des Chrysarobins, eine allgemeine und bleibende Hyperämie der Haut erzeugt ist, wenn die Gesamthaut des Körpers eine einzige schuppige Fläche darstellt („Pityriasis rubra“ oder „Dermatitis exfoliativa“), dann ist das Naphthalan indiciert, überhaupt bei jedem vorher ohne Erfolg und stark behandelten Fall. Danach tritt sofort ein Nachlaß der Schuppung, der Hyperämie und aller unangenehmen subjektiven Symptome ein. Ebenso günstig wirkt das Vaselinum adustum, d. h. angebranntes (trocken erhitztes) Vaseline.

Will man nach Beseitigung der entzündlichen Erscheinungen noch nicht gleich wieder zum Chrysarobin oder Pyrogallol zurückkehren, so

* Über die Röntgentherapie der Psoriasis vgl. Anhang am Schlusse des Werkes.

empfiehlt sich als milderer Surrogat dieser beiden das Pyraloxin, meist als Zusatz (1—5%) zum Vaselineum adustum oder Naphthalan. Die letzten übrig bleibenden Reste werden dann wieder mit Chrysarobin und Pyrogallol oder Teer zu Ende behandelt.

In Fällen, wo Chrysarobin gar nicht vertragen wird, ferner für die behaarte Kopfhaut und im Gesichte empfehlen *Blaschko* und *Mar Marcuse* die etwas energischer als die weiße Präcipitatsalbe wirkende *Rochardsche Salbe*:

Rp. 47. *Jodi puri 0·6,*
Calomelan. 1·8,
Vasellini ad 100·0,
Aether sive Spirit. gutt. X.
M. f. ungt. S. Außerlich.

Die allerdings nicht selten stark irritierende Salbe verdient, zumal da sie sehr viel billiger ist als das Chrysarobin, in der Psoriasistherapie entschieden einen Platz, namentlich auch da, wo Chrysarobin nicht mehr wirkt.

Anhangsweise ist noch eine seltene maligne, universelle Form des E. verrucosum zu erwähnen, die gewöhnlich als „Dermatitis exfoliativa“, noch öfter als „Pityriasis rubra“ (besonders in England) aufgefaßt wird, obgleich *F. Hebra* unter letzterem Begriffe ein vollkommen ekzemfreies Krankheitsbild verstanden wissen wollte. Es bildet sich diese Form aus einem universell gewordenen Ekzem im Laufe der Zeit dadurch aus, daß die Röte permanent wird, das Schuppen und die Vesiculation an den meisten Körperstellen vollständig aufhören und das Jucken geringer wird, während die Oberhaut flächenhaft sich verdickt. Schließlich ist der ganze Körper mit einer oberflächlich verdickten, aber nicht callösen, ziemlich gut beweglichen, wenn auch unelastischen, blauroten, fein abschuppenden Haut bedeckt; die Inguinaldrüsen sind stark geschwollen, es besteht ein beständiges Frostgefühl, Abmagerung, und schließlich stellt sich Kräfteverfall und Marasmus ein.

Therapeutisch kommen im Anfang milde Mittel: Vaselineum adustum saponatum, weiche Zinkpasten mit Ichthyol, Pyraloxinsalben oder Tintebäder in Betracht, bis die Röte nachläßt und die Hornschicht sich verdickt.

Daneben sind Eisen (Pul. kerat. ferri sesquichlorati), Chinin und Salzsäure innerlich zu geben. Später geht man mit Nutzen zu verdünntem Ung. resorcini oder chrysarobini comp. über. Doch hat nur konsequente, monatelange Therapie ohne häufigen Wechsel der Behandlung Aussicht auf Erfolg.

Dreizehntes Kapitel.

Spezielle Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten IV.

Infektiöse Entzündungen. (Trockene Hautkatarrhe.)

Pityriasis rosea Gibert. — Klinik und Histologie. — Parasitäre Natur. — *Lassars* Beobachtungen darüber. — Therapie. — Pityriasis rubra pilaris. — Klinische Symptome. — Histologie. — Therapie. — Lichen. — Ältere und neuere Definitionen. — Charakteristische Merkmale der Krankheitsgruppe Lichen. — Die polygonalen Papeln. — Die obtuse Lichenpapel. — Die flache Papel. — Die corneale (keratoide) und atrophische Papel. — Die ringförmige Papel. — Lichenplaques. — Lokalisation der Papeln. — Allgemeinerscheinungen beim Lichen. — Die Erythrodermie und der Lichen neuroticus. — Die Affektion der Mundschleimhaut beim Lichen. — Histologie der Lichenpapeln. — Die Farbe der Papeln. — Glanz und Trockenheit. — Das Jucken beim Lichen. — Klinischer Verlauf des Lichen. — Die Behandlung des Lichen. — Methoden der Arsen-therapie. — *Unnas* Carbol-Sublimatschmierkur. — Bäder- und Pflasterbehandlung. — Die Ichthyosis. — Charakteristische Symptome. — Verlaufsweise. — Formen. — Ichthyosis nitida. — Klinik und Histologie. — Ichthyosis serpentina. — Histologie. — Ichthyosis hystrix. — Therapie der Ichthyosis.

Das Eczema psoriatiforme bildet den Übergang von den infektiösen Hautentzündungen feuchten Charakters, den feuchten Hautkatarrhen, zu den trockenen Hautkatarrhen. Wir beginnen die Besprechung dieser letzteren mit der

Pityriasis rosea Gibert.

(*P. maculata et circinata* Duhring.)

Es handelt sich um eine subakut verlaufende Eruption zart rosa gefärbter Flecken und flacher Papeln, die, symmetrisch verteilt, hauptsächlich die seitlichen Partien des Rumpfes und die Gegend um die großen Gelenke (seitliche Partie des Halses, der Brust, unter der Achselhöhle, Unterbauch-, Inguinalgegend, Vorderseite der Oberschenkel), selten die Arme und Unterschenkel, fast nie die bloß getragenen Hautregionen (Gesicht und Hände) befällt. Meistens geht ein Primärfleck von etwas größeren Dimensionen auf den genannten Stellen 1—2 Wochen vorauf (*Brocq*), dann beginnt die Eruption ziemlich plötzlich. Die Flecke sind etwas erhaben, rosarot, unregelmäßig begrenzt, sinken unter Ausbreitung bis zu einem Durchmesser von 2 cm in der Mitte ein, indem sie sich hier mit einer feinen, festhaftenden Schuppe bedecken und