

ZB MED - Informationszentrum Lebenswissenschaften

Die Hautkrankheiten

Jarisch, Adolf

Wien, 1908

ZB MED - Informationszentrum Lebenswissenschaften

Shelf Mark: Ui VI 1757/2 -1-

Ekzem (nässende Flechte).

[urn:nbn:de:hbz:38m:1-124837](https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:hbz:38m:1-124837)

- Schiff E., Leistungen der Radiotherapie. Wien 1904.
Scholtz W., Über den Einfluß der Röntgenstrahlen auf die Haut im gesunden und kranken Zustande. Archiv. 1902, Bd. LIX.
Unna P. G., Die chronische Röntgndermatitis der Radiologen. Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen. 1904, Bd. VIII.
Williams, The Roentgen Rays in Surgery and Medicine. New York 1902.

Ekzem (nässende Flechte).

Als Ekzem bezeichnen wir eine in der Regel punktförmig auftretende, mit Jucken einhergehende, in wiederholten Nachschüben sich manifestierende, oberflächliche Entzündung der Haut, deren verschiedene Entwicklungsformen und Grade klinisch in Form von Knötchen, Bläschen, nässenden, verkrustenden oder schuppenden Stellen zum Ausdrucke kommen, und welches sich besonders dadurch charakterisiert, daß die Effloreszenzen kein peripheres Wachstum zeigen, die Ausbreitung und das Diffuswerden des Prozesses vielmehr durch neue Knötchen und Bläschennachschübe in den bisher freigebliebenen Zwischenräumen herbeigeführt werden, so daß es schließlich im Höhestadium zu Konfluenz derselben, zu ausgedehnter Abschwemmung der Hornschicht, zum Nässen und endlich unter Schuppenbildung zur Abheilung mit vollständiger Restitutio ad integrum kommt.

Krankheitsbild und Verlauf. Das Ekzem ist, wie wir bei der Besprechung der Ätiologie desselben auszuführen haben werden, lediglich ein klinischer Begriff, und dieser läßt sich am besten durch die Betrachtung und Beobachtung eines mittelstarken, akuten Ekzems erfassen. Wir sehen dasselbe, gleichgültig, ob durch äußere oder innere Ursachen hervorgerufen, mit der Bildung von kleinen, eben wahrnehmbaren, bis stecknadelkopfgroßen entzündlichen Flecken und Knötchen beginnen. Die Knötchen, welche zumeist auf einem klinisch nicht weiter veränderten Boden auftauchen, gelegentlich aber, und höheren Graden der Erkrankung entsprechend, auf einem erythematösen Grunde aufschießen (*Eczema erythematosum*), stehen zerstreut, da und dort scheinbar ohne bestimmte Anordnung; sie sind mehr oder weniger lebhaft rot gefärbt, sukkulent, zart, in ihren Rändern steil abfallend, und erweisen sich dadurch als in den obersten Hautschichten gelagerte Krankheitsherde. Ihr Ausbruch ist meist von heftigem Jucken begleitet und demzufolge sind viele derselben zerkratzt und mit kleinen Blutkrüstchen besetzt.

Der weitere Verlauf kann sich nun insoferne verschieden gestalten, als einmal die vorhandenen und die weiterhin nachkommenden Knötchen keine weitere Entwicklung und als isoliert stehende Knötchen ihre Rück-

bildung erfahren, indem sie sich abflachen und unter Schuppenbildung verschwinden, das andere Mal deren Weiterentwicklung zu Bläschen erfolgt. So finden sich dann in gewissen Entwicklungsphasen, da die Eruption der Effloreszenzen nicht mit einem Schlage vollendet ist, sondern sukzessive erfolgt, eben entstandene Knötchen neben Bläschen und den verschiedenen Übergangsformen beider. Neben vollentwickelten Effloreszenzen finden sich ältere, schon in Rückbildung begriffene, welche eingesunken und schuppig erscheinen, oder insofern es sich um Bläschen handelte, kleinste rundliche Krüstchen, oder nach Abfall derselben kleinste Substanzverluste der Hornschicht, welche an ihrem Rande einen abstehenden Epidermissaum, in dem das Krüstchen eingefalzt war, zeigen.

In weiterer (keineswegs obligatorischer) Entwicklung des Krankheitsprozesses und teilweise auch als Ausdruck größerer Intensität kommt es infolge fortgesetzter Nachschübe von Knötchen und Bläschen zu Konfluenz derselben und diffuser Hauterkrankung in Form mehr oder weniger ausgedehnter, nässender Stellen, indem durch Abhebung der Hornschicht das entzündete, vom Exsudatstrom reichlich durchsetzte, intensiv rote, nässende Rete Malpighii zutage tritt. Unter dem austrocknenden Einflusse der Atmosphäre bedecken sich die nässenden Partien jedoch alsbald mit Krusten. Infolge allmählicher Abnahme der Intensität des Prozesses versiegt endlich der Exsudatstrom an der freien Oberfläche, das Nässen hört auf, die etwa vorhandenen Krusten fallen ab und es tritt an Stelle derselben eine meist kleinförmige Schuppung auf, indem die oberflächlichen, unter dem störenden Einflusse der fortbestehenden Entzündung mangelhaft verhornenden Oberhautzellen vertrocknen, untereinander fester kohärieren und nun als Schüppchen, welche der noch mehr oder weniger geröteten Haut aufsitzen, zutage treten.

Man hat die durch die geschilderten Entwicklungsphasen repräsentierten Formen der Erkrankung als *Eczema papulosum*, *vesiculosum*, *madidans*, *rubrum*, *crustosum* und *squamosum* bezeichnet, und versteht unter diesen Benennungen nur, daß im Krankheitsbilde, entweder während des ganzen Bestandes der Krankheit oder nur zu gewissen Perioden, eine bestimmte Effloreszenzform oder Entwicklungsphase dominiert; denn ein durchaus einheitliches Bild ist selbst bei den akutesten Ekzemen nicht anzutreffen, da die Entwicklung der einzelnen Effloreszenzen sukzessive erfolgt und damit im Krankheitsbilde eines jeden progredienten Ekzems die verschiedenen Phasen seiner Entwicklung vorliegen. Dieses Nebeneinander der einzelnen Entwicklungsphasen des Ekzems ist von ausschlaggebender Wichtigkeit für die Diagnose desselben; nicht durch die Knötchen- oder Bläschenbildung, nicht durch das Nässen oder die Schuppung an sich ist der Artcharakter des Ekzems

gegeben, sondern durch den geschilderten Entwicklungsgang der Erkrankung. Nur darf man nicht erwarten, daß dieselbe all die aufgezählten Formen durchlaufen müsse. Bei mäßiger Intensität kann das Ekzem, wie schon angedeutet, schon in seinem ersten Stadium, dem Eczema papulosum, seine Rückbildung finden, indem die einzelnen Knötchen einsinken und unter Schuppung verschwinden, oder es kann auch noch als Eczema vesiculosum abheilen; den Höhepunkt seiner Entwicklung erreicht es allerdings als Eczema madidans und crustosum, dem das Eczema squamosum notwendig nachfolgt. Hat sich aber an einer Körperstelle ein nässendes Ekzem entwickelt, so müssen darum nicht alle anderen Körperstellen in der gleichen Form erkranken, im Gegenteil: das nässende Ekzem löst sich in seiner Peripherie regelmäßig in ein vesikulöses oder papulöses auf und läßt so seinen Entwicklungsgang noch deutlich erkennen.

Der im vorstehenden geschilderte Typus des Ekzems erfährt je nach dem Verlaufe, der Intensität, der Lokalisation des Leidens und der Wirkung sekundärer Einflüsse mannigfache Variationen.

Vor allem erscheint derselbe beeinflusst durch den akuten oder chronischen Verlauf in seinen verschiedenen Gradabstufungen.

Das akute Ekzem.

Das akute Ekzem ist charakterisiert durch die Intensität des Prozesses, durch die Raschheit, mit welcher die einzelnen Phasen durchlaufen werden, und durch die hochgradige Empfindlichkeit und Reizbarkeit der Haut. Im akuten Ekzem ist der Charakter des Ekzems am deutlichsten ausgeprägt und am wenigsten verschleiert, wie wir ja ein solches mäßigen Grades zum Ausgangspunkte unserer Erörterung gewählt haben. Doch ergeben sich auch innerhalb dieses begrenzten Rahmens wesentliche Differenzen, und diese hängen vor allem von der verschiedenen Intensität der Erkrankung ab.

In den intensivsten Fällen beschränkt sich der pathologisch-anatomische Vorgang nicht auf die oberflächlichsten Hautschichten, es partizipieren vielmehr auch die tieferen, insofern sich ödematöse Anschwellungen vorfinden, die sich besonders deutlich an Stellen mit lockerem Zellgewebe (den Augenlidern, Penis, Skrotum, Schamlippen etc.) markieren. Wie in dieser Hinsicht, so entfernen sich die intensivsten Fälle akuter Ekzeme vom normalen Typus öfters auch durch das primäre Auftreten eines diffusen Erythems an vereinzelten Hautstellen, auf welchem erst die Effloreszenzen des Ekzems in ihrem charakteristischen Entwicklungsgange und Gepräge zur Ausbildung kommen. Die einzelnen

Phasen der Erkrankung werden rasch durchlaufen, das Knötchenstadium tritt sehr in den Hintergrund, und es gewinnt den Anschein, als wäre die primäre Effloreszenz dieser Ekzeme ein Bläschen; infolge des stürmischen Verlaufes kommt es auch binnen kurzem zu ausgedehntem und intensivem Nässen.

Der reichlichen Exsudation verdanken gewisse akute Ekzeme, insbesondere an den Händen und Füßen und den Extremitäten überhaupt, die Eigentümlichkeit, daß es nicht bei der Bildung von miliaren oder linsengroßen Bläschen bleibt, sondern zur Entwicklung von Blasen bis zu Hühnereigröße kommen kann, die, dicht gedrängt stehend, entfernt an das Bild eines Pemphigus erinnern, sich von demselben aber auf den ersten Blick durch die beträchtliche entzündliche Schwellung der Haut unterscheiden. Neben den geschilderten Herden intensivster Erkrankung finden sich aber gleichzeitig alle Abstufungen und Vorstadien derselben in Form des vesikulösen oder papulösen Ekzems, sei es nur an der Peripherie derselben oder an entfernteren, durch ganz gesunde Haut vom Haupterkrankungsherde getrennten Stellen. Hierdurch findet zugleich die hohe Vulnerabilität der Haut von Ekzemkranken ihren beredten Ausdruck. Wenn es auch nicht in Abrede zu stellen ist, daß derartige Ekzemeruptionen infolge inneren Geschehens und, wie man sich unter Zugrundelegung einer Hypothese ausdrückt, auf reflektorischem Wege erfolgen, so lehrt uns doch die tägliche Erfahrung, daß für diese Krankheitsausbrüche in erster Linie äußere Einflüsse, teils mechanischer, wie Kleiderreibung etc., teils chemischer oder thermischer Natur etc., wie Einfluß der Sonne, des Schweißes, des Wassers etc., bestimmend sind und dieselben direkt, infolge erhöhter Vulnerabilität, hervorgerufen werden. Insoferne die erhöhte Vulnerabilität im klinischen Bilde durch die Lokalisation des Ekzems an Körperstellen, welche den genannten Einflüssen unterliegen, zum Ausdruck gelangt, erscheint es gerechtfertigt, ihrer bei Besprechung des Symptomenbildes zu erwähnen.

Auch das symmetrische Auftreten der sekundären Ekzemausbrüche findet gewiß, wenn auch nur zum Teile, in diesen Verhältnissen seine Erklärung, und wir werden bei Erörterung der Ätiologie des Ekzems auf dieselben des näheren zurückzukommen haben.

Den Erscheinungen an der Haut gesellen sich häufig, der Ausdehnung und Intensität des Prozesses entsprechend, Allgemeinerscheinungen hinzu. Des öfteren leiten sich akute Ekzeme, besonders des Gesichtes, mit Frost und Fieber ein, doch erreicht das letztere nur bei besonders großer Intensität und Ausdehnung höhere Grade und längere Dauer. Das Gefühl der Spannung der Haut und die Beschwerden, welche im Gefolge des intensiven Nässens und des Vertrocknens des Ekzemfluidums in den Kleidern und an der Wäsche verursacht werden, be-

lästigen den Kranken oft mehr als das Jucken, welches beim akuten Ekzem häufig nur mäßigen Grades ist. Nervöse Erscheinungen, Frösteln, Unruhe, Schlaflosigkeit begleiten die Erkrankung während der einzelnen intensiveren Ausbrüche.

Die Lieblingsstellen für das akute Ekzem sind: das Gesicht, die Hände und Füße und die Genitalien; sie bilden zugleich die Hauptherde bei den universellen Ekzemen, bei denen an den verschiedenen Körperstellen alle Entwicklungs- und Rückbildungsphasen der Erkrankung anzutreffen sind.

Der Verlauf der akuten Ekzeme ist in der Regel der, daß im Laufe von ein bis zwei Wochen die stürmischen Erscheinungen abnehmen, das Nachkommen neuer Effloreszenzen spärlicher wird, die Rückbildungserscheinungen überwiegen und so nach drei- bis sechs-wöchentlicher Dauer der Erkrankung die Haut wieder ihr normales Aussehen annimmt. Damit kann die Erkrankung für immer abgeschlossen sein, oder es kommt, was insbesondere bei den Ekzemen aus inneren Ursachen häufig der Fall ist, über kurz oder lang, nicht selten in regelmäßigen Intervallen, zu neuen Ausbrüchen mit denselben Erscheinungen und demselben Verlaufe.

Sobald diese Ausbrüche durch vollständig ekzemfreie Intervalle getrennt sind, ist der Charakter des akuten Ekzems (der typischen Form desselben [Auspitz]) gewahrt; schließen sich dieselben aber enge aneinander, dehnen sie sich auf längere Zeiträume aus und ist die Abheilung der gesetzten Läsionen durch immer wieder sich erneuernde Eruptionen gestört, dann ist die atypische (paratypische [Auspitz]) Form desselben und zugleich eine Art des chronischen Ekzems gegeben. Von chronischen Ekzemen spricht man nämlich noch in einem anderen Sinne, und zwar mit Rücksicht auf solche Hautaffektionen, bei denen es im Anschlusse an ein vorausgegangenes Ekzem zu einer Verdickung umschriebener Hautstellen und tiefer greifender Störungen, Verlängerung der Retezapfen und Papillen, Erweiterung der Lymphgefäße, Verödung der Talgdrüsen und Haarfollikel etc. kommt; während die Oberflächenveränderungen zumeist durch eine verdickte und schuppige Oberhaut repräsentiert werden, welche von vertieften Furchen durchzogen erscheint und selbst warzig-höckerige Prominenzen aufweisen kann. Exkorationen geben Zeugnis von dem heftigen Jucken, welches manchen dieser Formen eigen ist.

In dieser Form haben wir das eigentlich chronische, pachydermatische »Ekzem« vor uns, im Gegensatze zu der früher erörterten chronischen Ekzematose, d. h. den mehr oder weniger akut und häufig sich wiederholenden Ekzemausbrüchen (Neisser).

Das chronische Ekzem.

Die Polymorphie, welche selbst die akutesten Ekzeme zufolge des Entwicklungsganges der Erkrankung aufweisen, tritt natürlich in den Fällen chronischer Ekzematose, in denen sich den verschiedenen Entwicklungsphasen die Rückbildungsformen in ihrem differenten Gepräge, die Schuppung, Pigmentation und die Wirkungen sekundärer Einflüsse etc. hinzugesellen, in erhöhtem Maße zutage. Je nach Intensität, Dauer und Lokalisation ergeben sich im klinischen Bilde Differenzen, deren Erörterung sich am besten bei Besprechung der Ekzeme der verschiedenen Körperregionen einfügen wird. Hier sei nur im allgemeinen erwähnt, daß in gewissen Fällen von Ekzemen, besonders bei Kindern, die ekzematösen Veränderungen häufig von einer Reihe urtikarieller Erscheinungen begleitet werden, indem sich nicht nur neben den ersteren Quaddeln oder ödematöse Papeln vorfinden, sondern auch die Knötchen und Bläschen des Ekzems auf urtikariellen Knoten zustande kommen, wodurch die Beurteilung und Diagnose dieser Formen, die mit außerordentlichem Jucken einhergehen und vielfach auch unter der Bezeichnung »Eczema pruriginosum« verstanden werden, wesentlich erschwert werden können.

Als eine häufige Lokalisation des Ekzems ist die am behaarten Kopfe anzuführen, doch unterliegt es keinem Zweifel, daß Erkrankungen des behaarten Kopfes, sobald sie nur mit Nässen und Krustenbildung einhergehen, viel häufiger den Ekzemen zugezählt werden, als dies durch das klinische Bild und den Verlauf gerechtfertigt erscheint. Wir werden bei Erörterung der Diagnose auf diesen Punkt zurückzukommen haben.

Das Ekzem des Kopfes kann sich, entsprechend den Variationen der Intensität und des Verlaufes, in Form des nässenden oder schuppenden präsentieren.

Im Gefolge des Nässens kommt es zur Verkrustung, Verklebung und Verfilzung der Haare, infolge der Zersetzung der an die freie Fläche ergossenen und unter den Krusten festgehaltenen Entzündungsprodukte zu einem besonders die Kopfeckzeme begleitenden, höchst widerlichen Geruche. — Die unter diesen Verhältnissen sich ergebende Unmöglichkeit, die Haare zu kämmen, läßt es begreiflich erscheinen, daß namentlich bei den unbemittelten Klassen Ekzeme und Läuse so häufig nebeneinander vorliegen, ohne daß die letzteren stets in kausalem Verhältnisse zu ersteren stünden. Mit der Abnahme der Exsudation wandelt sich das nässende Ekzem des Kopfes in das squamöse um, bei welchem sich die gerötete Haut mit kleienförmigen Schuppen, die vielfach den Haaren ankleben und ein verstaubtes Aussehen derselben bedingen, bedeckt findet. Eine geringere oder stärkere Anschwellung der Nackendrüsen bildet eine ziemlich häufige Begleiterscheinung dieser Ekzeme.

Chronische Ekzeme der Kopfhaut haben, ebenso wie die akuten, häufig vermehrten Haarausfall zur Folge; nach Abheilung des Ekzems findet aber eine baldige Regeneration der Haare statt. Das Eczema capillitii greift zumeist auf die angrenzenden Hautpartien, die Stirne, den Nacken, die Ohren, über und läßt an diesen Stellen seine Charaktere weit besser erkennen, als dies an den behaarten Teilen der Fall ist.

Im Gesichte lokalisieren sich die chronischen Ekzeme mit Vorliebe und erscheinen in allen Formen und Graden. Besonders sind es die Ekzeme des kindlichen, vornehmlich des Säuglingsalters, welche neben ihrer Vorliebe, sich am behaarten Kopfe zu lokalisieren, auch im Gesichte und vornehmlich auf den Wangen, der Stirne und den Ohren auftreten. Das jeweilig anzutreffende Krankheitsbild entspricht den jeweilig vorhandenen, in buntem und oft raschem, Monate und Jahre währendem Wechsel alternierenden, progressiven oder regressiven Stadien der Erkrankung.

Bald präsentiert sich dieselbe als ein akutes Bläschenekzem, bald als Eczema madidans, bald erscheint das Gesicht über und über in einen gelben oder braunen und blutig tingierten Krustenpanzer eingehüllt, bald von einem schuppenden und die Spuren der kratzenden Nägel oder Rhagaden aufweisenden Ekzem besetzt.

Bei Frauen und Kindern mit zarter, empfindlicher Haut begegnet man nicht selten im Gesichte einem eigenartigen Ekzem, welches sich in Form zarter, ziemlich umschriebener, linsen- bis kreuzergroßer, roter oder blasser, fein kleienförmig schuppender Plaques repräsentiert, deren Zugehörigkeit zum Ekzem sich nur zeitweilig durch das Auftreten oberflächlicher und in ihrer Anordnung als Ekzemknötchen sich charakterisierender Effloreszenzen, die nicht oder nur ausnahmsweise in das Bläschenstadium übergehen, sondern als Knötchen unter Schuppenbildung zur Involution gelangen, ergibt.

An den Lippen lokalisiert sich das Ekzem in mehrfachen Formen. Hier ist vor allem jene Form bemerkenswert, welche besonders bei anämischen Frauen und im späteren Kindesalter (Besnier) beobachtet wird und sich als ein die Mundöffnung zirkulär umfassendes, teils nässendes, zumeist aber als trockenes, groß- oder kleinlamellös-schuppendes oder zur Bildung von dünneren Schuppengrinden führendes, radiär fissuriertes, insbesondere an den Mundwinkeln zu tiefen Rhagaden Anlaß gebendes Ekzem präsentiert, das sich durch seine besondere Hartnäckigkeit auszeichnet und häufig von einem Ekzem der oberen Augenlider begleitet ist, das zu mäßiger Verdickung derselben führt und deren Oberfläche schuppig und von einer Rhagade quer durchzogen, seltener nässend erscheint. — Das durch sein heftiges Jucken überaus lästige Ekzem der Augenlider kann übrigens auch selbständig und häufig in Begleitung einer Konjunktivitis auftreten.

Am Lippenrot kommt es oft zu einer sich fortwährend erneuernden Desquamation des Epithels, schmerzhaften Fissuren, der Bildung blutiger Krusten und stellenweisem Nässen. Dieser Zustand wird gemeinhin als Ekzem des Lippenrotes bezeichnet, doch erscheint es mir, da sich die Entwicklung dieses Zustandes nicht verfolgen läßt, durchaus zweifelhaft, ob diese Affektion, die von Rayer als Psoriasis oder Pityriasis des lèvres bezeichnet und die von Besnier in Beziehung zur Seborrhöe gebracht wurde, mit diesem Namen zu belegen sei.

Das gleiche gilt von dem sogenannten hypertrophierenden Ekzem der Oberlippe, welches sich am Lippenrot in Form von Desquamation und tiefer Rhagaden präsentiert und bei welchem sich im Gefolge eines lymphatischen Ödems mächtige Schwellung und Wulstung mit dem Ausgange in Elephantiasis entwickelt. Die Träger dieser Affektion sind meist skrofulöse Individuen, welche mit Koryza behaftet sind, die der Affektion vorausgehen scheint; ich habe wiederholt vom Lippenrot gegen die Nasenöffnungen hinziehende, härtliche (Lymphgefäß)-Stränge beobachtet. Wenn sich die Affektion auch aus einem primären (echten) Ekzem, was ich nicht für sichergestellt halte, entwickeln sollte, so verdankt sie doch gewiß anderen Faktoren, Koryza, Lymphangoitis etc., in erster Linie ihr charakteristisches Gepräge und ist nicht schlechtweg als Ekzem zu bezeichnen.

Am Naseneingange und den korrespondierenden Teilen der Oberlippe entwickelt sich unter dem Einflusse des mazerierenden Nasensekretes bei chronischer Rhinitis sehr häufig ein Ekzem in Form schärfer umschriebener, nässender oder verkrusteter, infiltrierter Herde, die zu tiefen, schmerzhaften Rhagaden unterhalb der häutigen Nasenscheidewand oder der Nasenflügel führen können. Bei Männern schließt sich, wie häufig auch anderwärts an behaarten Stellen, offenbar infolge des Eindringens von Eitererregern in die Follikel der Barthaare, dem Ekzem eine Perifollikulitis, Sykosis an und verrät sich dann durch die tiefergreifende entzündliche Infiltration und durch die Gegenwart zahlreicher, von Haaren durchbohrter follikulärer Pusteln, wie ja auch die Bildung von Furunkeln keine seltene Komplikation des Ekzems darstellt.

Am Ohr erscheint das Ekzem teils in diffuser Ausbreitung oder auf einzelne Stellen, die Ohrläppchen, den äußeren Gehörgang (und dann oft Schwerhörigkeit bedingend) beschränkt, zumeist in der stark nässenden oder schuppigen Form.

Mit Vorliebe findet es sich, die Rückbildung chronischer Ekzeme des behaarten Kopfes oft lange Zeit überdauernd oder neuen Ausbrüchen zum Ausgangspunkte dienend, in der Furche hinter dem Ohr und verrät sich hier oft nur durch eine tiefe, nässende Rhagade, als Residuum des vorangegangenen Prozesses.

Von den am Stamme lokalisierten Ekzemformen verdienen nur die sogenannten Intertrigines und das Ekzem der Brustwarzen besondere Erwähnung.

Als Intertrigo werden jene ekzematösen Hautentzündungen bezeichnet, welche sich auf Körperstellen entwickeln, die durch gegenseitige Berührung zweier Hautflächen der mechanischen und chemischen Reizung, durch Reibung und Sekrete, wie Schweiß, Schmer oder Exkrete, ausgesetzt sind. Wir sehen sie vor allem bei fetteren Kindern an den Falten des Halses, am Stamme, den Extremitäten zur Entwicklung kommen, und fettleibige Frauen mit Hängebauch und Hängebrüsten bieten sehr oft diese höchst lästige und häufig nur schwer zu bekämpfende Form des Ekzems dar; dieselbe kann aber auch bei weniger beleibten Individuen in der Afterkerbe, der Genito-Kruralfalte, der Glutäalfalte, an den Achselhöhlen etc. im Gefolge anstrengender Märsche (dann meist in akuter Weise beginnend) entstehen.

Die ersten Erscheinungen der Intertrigo bestehen in einem Knötchenekzem, welches sich teils auf normaler, teils geröteter Haut entwickelt, das aber auch zu diffuser Erkrankung im Bereiche der gereizten Hautstellen führt, so daß sich eine intensiv rote, teilweise oder in ihrer ganzen Ausdehnung nässende, geschwellte und schmerzhaftes Fläche präsentiert, welche an ihrer Peripherie, an jenen Stellen, welche nicht mehr dem Kontakte unterliegen und mazeriert werden, von einem Krüstchensaum umfaßt wird.

Häufig werden die Intertrigines von sehr schmerzhaften Rhagaden begleitet; eine solche findet sich mit großer Regelmäßigkeit bei Ekzemen der Afterkerbe über dem Steißbeine.

Gelegentlich kann die Intertrigo die Kontaktflächen überschreiten und sich in den verschiedenen Ekzemformen über die benachbarten Hautpartien erstrecken.

Im Anschlusse an die Intertrigo kann es im Säuglingsalter, vornehmlich bei schlecht genährten oder gepflegten Kindern, offenbar infolge sekundärer Infektion, zu Steigerung der Entzündung, diphtheroidem Belag der intertriginösen Stellung, Schmelzung und Gangrän der befallenen Partien und dem letalen Ausgange, im günstigsten Falle zur Heilung mit Narbenbildung kommen — ein Ausgang, der natürlich nicht dem Ekzem, sondern der eingetretenen Komplikation zuzuschreiben ist.

Das gleiche gilt bezüglich des bei Säuglingen im Gefolge eines akuten Ekzems beobachteten, plötzlichen, sogenannten Ekzemtodes (O. Wyß), bezüglich welchen es J. Bernheim auf Grundlage einer sorgfältigen bakteriologischen und histologischen Untersuchung wahr-

scheinlich gemacht hat, daß derselbe durch das Eindringen von Mikroben in den Körper und durch septische Intoxikation bedingt ist.

Im Anschlusse an die Intertrigo mag hier eine Affektion bei kleinen Kindern im Alter von 2—15 Monaten Erwähnung finden, welche unter gleichen Entstehungsbedingungen wie manche Fälle von Intertrigo (Beschmutzung mit Urin und Fäzes) auftreten und deren Stellung im Systeme noch zweifelhaft ist.

Besonders sind es französische Autoren, Jaquet, Sevestre, Schwartz, Besnier, welche die Aufmerksamkeit auf diese eigentümlichen, leicht zu Verwechslung mit syphilitischen Ausschlagformen Anlaß gebenden Affektionen gelenkt haben. (Besnier, »Syphilis infantile [Syphilides et Syphiloides]«, Jaquet, »Des Syphiloides post-érosives« und »Érythème papuleux fessier post-érosives«.)

Die Affektion entwickelt sich unter dem Einflusse diarrhöischer Stühle und des Urins in Form von Bläschen, welche sich sukzessive entwickeln und platzen.

Ein Teil derselben überhäutet, ohne zu weiteren Veränderungen zu führen, bei einem anderen Teile verhärtet die Basis und es bilden sich blau-bis braunrote, hanfkorn- bis bohnen große, harte, glänzende, in ihrer Mitte erodierte oder wieder überhäutete und daselbst leicht deprimierte Knoten, deren Epidermis in der Peripherie leicht gefaltet erscheint und welche sich in der Analgegend, an den Nates, dem Mittelfleische, Skrotum oder den Schamlippen lokalisieren.

Ihr Sitz, ihre zentrale Depression, ihr Glanz, ihre gelegentliche Härte und der Umstand, daß sie nicht selten zu kreisförmigen Linien aneinandergereiht sind, macht sie syphilitischen Effloreszenzen außerordentlich ähnlich, und in einem Falle meiner Beobachtung war die Diagnose eines Primäraffektes sehr nahegelegt.

Die Kenntnis dieser übrigens unter entsprechender Reinlichkeit und austrocknender Behandlung in der Regel innerhalb ein bis zwei Wochen abheilenden Affektion erscheint demnach von einiger Wichtigkeit.

In histologischer Hinsicht liegen nur die Untersuchungen von Menahem Hodara vor. Diesem zufolge kämen die Erosionen auf Grund eines vornehmlich parenchymatösen Ödems einzelner Schichten oder der ganzen Masse der Epidermis zustande, indem die ödematöse Schicht zu einer Schuppe vertrockne und abgestoßen werde, woraus, nachdem eine Proliferation der Stachelzellen nicht stattfinde, ein oft bis auf den Papillarkörper reichender Substanzverlust entstehe.

Die der Erosion benachbarten Teile des Papillarkörpers seien der Sitz einer hochgradigen Hyperämie und es fänden sich in den meisten der kleinen Gefäße leukocytaire und hyaline Thromben. Die größeren Gefäße der mittleren und tiefen Schichten enthielten niemals Ansammlungen weißer Blutkörperchen oder hyaline Thromben. In allen Präparaten waren entzündliche Veränderungen, die in »zunehmender Proliferation der perithelialen und intervaskulären Bindegewebszellen mit Hypertrophie des Protoplasmas, Ödem der Lymphspalten bestanden«. Dieser Proliferationsvorgang stelle den ersten Grad der Papelbildung dar und führe im weiteren Fortgang zur Bildung von Jaquets posterosiven Papeln.

Kutis und Epidermis waren vollkommen frei von Mikroorganismen, nur in den Schuppen fanden sich einzelne Ansammlungen von Kokken.

Die Lokalisation des Ekzems an den Brustwarzen und dem Warzenhofe bedingt eine der hartnäckigsten Formen desselben, welches entweder als stark nässendes oder verkrustetes Ekzem, das zu beträchtlicher Verdickung und Infiltration führen kann, meist an beiden Brustwarzen zugleich angetroffen wird. Tiefe, schmerzhaft Rhagaden an der Brustwarze ergänzen das Krankheitsbild, welches durch die mächtige Schwellung und Prominenz der Brustwarze und ihres Hofes zu einem ganz eigentümlichen gestempelt wird. Diese Lokalisation des Ekzems erscheint mit Vorliebe bei säugenden Frauen und hat, wie begreiflich, in diesem Falle ganz besondere Bedeutung, doch findet sie sich auch bei Mädchen ohne auffindbare, besondere Ursache.

Brustwarzen

Ein eigentümliches Krankheitsbild, welches sich insbesondere am Stamme lokalisiert findet und von französischen Autoren unter der Bezeichnung Eczéma craquelé oder Eczéma fendillé beschrieben wurde, mag hier Erwähnung finden, wiewohl mir dessen ausschließliche Beziehung zum Ekzem nicht ganz sichergestellt zu sein scheint. Es charakterisiert sich durch oberflächliche, rötliche Einrisse in die Hornschicht, die sich gegenseitig kreuzen und so zur Bildung rhombischer Felder führen, deren Hornschicht trocken, wie hyperkeratotisch erscheint.

Jedenfalls macht die Affektion ganz den Eindruck des Sekundären und findet ihre ausreichende Erklärung in der Elastizitätsverminderung der Hornschicht, von der es fraglich bleiben muß, ob sie nur als Folge des ekzematösen Prozesses zu gelten habe, oder, was mir weit wahrscheinlicher dünkt, nicht auch durch eine Reihe anderer, die normale Verhornung störender Einflüsse hervorgerufen werden könne.

Nach Seifeeinreibungen, nach Krätzkuren, unter Umständen, welche eine starke Entfettung der allgemeinen Decke herbeiführen, namentlich bei Individuen mit trockener ichthyotischer Haut, sieht man dieselben Bilder sich entwickeln, und die Angabe Dührings, daß die Affektion häufig mit schweren nervösen Erscheinungen einhergehe, spricht vielmehr auch zugunsten der Anschauung, daß das Krankheitsbild infolge mechanischer Einwirkungen auf die gelegentlich durch trophische Einflüsse ihrer Geschmeidigkeit und Elastizität beraubten Hornschicht zustande komme.

Das chronische Ekzem der Genitalien bildet eine sehr lästige Form dieser Erkrankung und produziert sehr differente Bilder, deren Natur nicht schwer zu bestimmen ist, sobald die einzelnen Entwicklungs- oder Rückbildungsphasen des vesikulösen oder nässenden Ekzems vorliegen.

Genitalien

Die eigentlich chronischen Formen zeigen diese aber in der Regel nicht; bei diesen ist die Haut insbesondere des Skrotums verdickt, die Furchen derselben vertieft; von nässenden Stellen findet sich nichts, nur in der Tiefe der Furchen erscheinen Einrisse in die verdickte, teilweise schilfernde und nur da und dort vereinzelte Bläschen oder deren Residuen aufweisende Oberhaut, so daß es schwer fallen dürfte, in diesen oft schon Jahre alten Formen die Diagnose aus den einzelnen Ent-

wicklungsphasen zu stellen. Doch ist die Erkrankung durch ihr ganzes Gepräge und durch das ganz besonders heftige, paroxysmenweise auftretende Jucken ausreichend charakterisiert, so daß deren Diagnose möglich erscheint, ohne die gelegentlichen intensiveren Ausbrüche mit ihren Bläscheneruptionen abzuwarten.

Das Ekzem des Hodensackes setzt sich häufig längs des Perineums auf das Mittelfleisch, die Analgegend und entlang der Afterkerbe fort, an welcher es, wie bei den Intertrigines erwähnt, häufig mit einer tiefen Rhagade oder dem Steißbeine endet. An den weiblichen Genitalien erscheint das chronische Ekzem besonders an den großen Labien lokalisiert, welche dann bedeutend verdickt, teils nassend, teils trocken, mit schilfernder Oberhaut und mit Exkorationen besetzt erscheinen, oder dasselbe greift auch auf die Schleimbaut der Vulva und Vagina über und führt dann zu beträchtlicher Schwellung der kleinen Labien, des Praeputium clitoridis, welche aus der Schamspalte herausragen und zu bedeutender Sekretion führen; besonders heftiges Jucken begleitet auch diese Lokalisation und demzufolge finden sich die Haare abgerissen und mehr oder weniger tiefgreifende Exkorationen.

Anal-ekzem

Ekzeme der Analgegend bilden zufolge des mit ihnen verbundenen heftigen und qualvollen Juckens ein höchst lästiges Leiden. Die Analfalten erscheinen gewulstet, nassend oder mit trockener, verdickter Epidermis besetzt, durch das Kratzen exkoriert und zwischen ihnen tiefe Einrisse, welche sich in die Analöffnung erstrecken und zu echter Fissura ani Anlaß geben können.

Hände ekz.

An den Händen und Fingern erscheint das chronische Ekzem in allen durch die verschiedenen Entwicklungsphasen und Intensitäten bestimmten Formen. Die torpid verlaufenden chronischen Ekzeme der Flachhände und Fußsohlen führen häufig zu schwieliger Verdickung der Hornschicht, welche die in der Tiefe erfolgenden Bläscheneruptionen vollständig versteckt und das Krankheitsbild häufig fast ausschließlich beherrscht: Eczema tyloiticum; nur durch das zeitweise Jucken und die ab und zu doch zum Vorschein kommenden Bläschen erweist die Affektion ihre Zugehörigkeit zum Ekzem — jedenfalls entwickelt sie sich oft aus einem typischen solchen.

Jede Form des Ekzems an den Händen, ganz besonders aber das letztgenannte, gibt Anlaß zu tiefen Einrissen, denen, wenn sie im Krankheitsbild überwiegen, durch den Namen Eczema rhagadiforme Rechnung getragen werden kann.

*Unterschenkel-
ekzem*

An den unteren Extremitäten, speziell den Unterschenkeln, lokalisiert sich das chronische Ekzem meist in Form des sogenannten Fluxus salinus als mehr oder weniger ausgebreitetes, nassendes Ekzem, bei welchem auch die tieferen Hautschichten partizipieren, oder in Form

squamöser, häufig mit beträchtlicher Infiltration einhergehender und zu pachydermatischer Verdickung führender Entzündung sämtlicher Hautschichten.

Mitunter dokumentiert sich die Ernährungsstörung der Papillarschicht und der Epidermis in besonders auffälliger Weise durch die Bildung papillärer oder warziger Exkreszenzen auf den alten umschriebenen Ekzemherden — und es resultiert jene Form der Erkrankung, welche man mit der Bezeichnung Eczema verrucosum belegt hat.

papilläre Veränderungen.

Die Nägel der Finger und Zehen zeigen bei Lokalisation des Ekzems an den Händen und Füßen mannigfache Ernährungsstörungen; sie erscheinen verdickt, höckerig, quer- oder längsgefurcht, mit Grübchen besetzt, werden brüchig, bröckeln ab und sind oft Strecken weit von ihrem Bette abgehoben. Diese Veränderungen dürften wohl in einem Ekzem der Nagelmatrix wurzeln — für die Annahme, daß sie auf »sympathischem« oder trophoneurotischem Wege zustande kommen, liegt keine Berechtigung vor.

Ob das Ekzem primär und selbständig auch an den Schleimhäuten auftreten könne, muß bezweifelt werden, doch ist die Existenz einer katarrhalischen Erkrankung an den der ekzematösen Haut angrenzenden Schleimhäuten, Konjunktiva, Nasenschleimhaut, Analschleimhaut und die Wahrscheinlichkeit eines Abhängigkeitsverhältnisses derselben zum Ekzem nicht in Abrede zu stellen (Sehlen).

Die **Anatomie** des Ekzems differiert bezüglich der Details, Ausdehnung und Intensität der Veränderungen je nach den verschiedenen Formen, Stadien und Graden der Erkrankung. Im allgemeinen und in erster Linie liegt denselben (mag die primäre Ursache auf die Epidermis [Unna] oder direkt auf die Gefäße wirken) eine Entzündung der oberflächlichsten Hautschichten und speziell des Papillarkörpers zugrunde. Die Gefäße des Papillarkörpers erscheinen beträchtlich erweitert und von einem mehr oder weniger dichten Infiltrat meist polynukleärer Leukocyten umschieden; eine reichliche seröse Transsudation verrät sich durch die Erweiterung der Lymphspalten und Anschwellung der Papillen. Mit diesen Vorgängen zugleich und im engsten Anschlusse entwickeln sich die Veränderungen in der Epidermis, welche für das klinische Bild bestimmend sind. Zunächst eine Schwellung und Verbreiterung des Rete, welche in erster Linie einem interstitiellen Ödeme ihre Entstehung verdanken; doch erscheinen die Retezellen selbst vergrößert und ödematös und weisen vielfach erweiterte Kernhöhlen auf. In die dilatierten Saftspalten der Epidermis wandern die Leukocyten in wechselnder Menge ein und in diesen Veränderungen, welche sich klinisch als Knötchen präsentieren, sind die Grundlagen der weiteren Primärläsionen, der Bläschen, gegeben. Nach Leloir kommt die Bläschenbildung hauptsächlich

dadurch zustande, daß sich um den Kern infolge Hydrops der Retezellen eine helle Zone ausbildet, welche sich allmählich auf Kosten des Protoplasmas vergrößert, den Kern an die Wand der Zelle drückt und schließlich letztere in eine elementare Blase umwandelt, die einreißt und mit auf gleichem Wege entstandenen mikroskopischen Hohlräumen zusammenfließt. Durch diesen Vorgang, welchen Leloir in seinen Anfängen als *Altération cavitaire* bezeichnet, käme es zur Bildung multilokulärer Hohlräume, die sich ineinander öffnen und so zur Bläschenbildung führen. Nach Unna wäre aber der *Altération cavitaire* nur eine sehr bescheidene Rolle bei der Entwicklung der Bläschen zuzuerkennen; diese entstünden vielmehr in der Art der Verdrängungsbläschen, interzellulär, durch exzessive Erweiterung der interspinalen Gänge. — Welche Art der Bläschenbildung nun auch die dominierende sein mag, schließlich kommt es zu gleich gebauten und einkammerigen, in den oberflächlichen Retschichten sitzenden und zum größten Teile mit seröser Flüssigkeit erfüllten Hohlräumen, die den größten Teil der Retezellen zu ihrem Grunde, die Hornschicht zu ihrer Decke haben und eine wechselnde Menge von Leukocyten enthalten.

Werden diese Vorgänge mehr diffus, so kommt es zur Ausbildung jenes Zustandes der Epidermis, welchen Unna als spongoide Umwandlung des Epithels bezeichnet, und welcher seine höchste Entwicklung bei den diffus nässenden Ekzemen erreicht. Er besteht in einer durch das interspinale Ödem hervorgerufenen, eigentümlichen Struktur der oberen Stachelschichten, welche durch Ausbildung von darmartig aufgeblähten oder selbst rosenkranzartigen Hohlräumen der eines Schwammes gleicht. Aus diesen erweiterten Lymphspalten tritt nun an den ihrer Hornschicht verlustigen Stellen das Serum zutage — *Eczema madidans rubrum* — oder gerinnt und vertrocknet samt den oberen Anteilen des spongoiden Bezirkes zu einer Kruste — *Eczema crustosum*. Nimmt die Intensität der Exsudation ab und kommt es zur Rückbildung des »Status spongoides«, nach Unna, indem der spongoid veränderte Bezirk von jungen Epithelzellen abgekapselt und ersetzt wird, oder ist der Prozeß gleich von vorneherein mäßigeren Grades, so tritt mehr die Anomalie der Verhornung an der abnorm durchfeuchteten Epidermis in Form von Schuppenbildung zutage. Diese Vorhornungsanomalie — *Parakeratosis* — ist nach Unna die Folge des größeren Saftgehaltes der Epithelzellen selbst, also eines parenchymatösen Ödems, und dokumentiert sich mikroskopisch zunächst durch eine Störung in der Keratohyalinausscheidung, welche zum Teile ganz unterbleibt. Die Verhornung vollzieht sich ohne diese und der Übergang des Rete Malpighii in die Hornschicht erfolgt unmerklich, d. h. dasselbe geht ohne weiteres in die mächtig verbreiterte und abnorm konstituierte basale Hornschicht

über (Leloir, Unna). Diese präsentiert sich an Osmiumpräparaten nicht in Gestalt eines homogenen schwarzen Streifens, sondern in Form eines hellen, oder nur bräunlich gefärbten Bandes, welches die Konturen und die Kerne der dasselbe konstituierenden Zellen deutlich erkennen läßt. Der Kern der Epidermiszellen bleibt auch in den oberen, in ihrem Mantel verhornenden, in ihrem Inhalte feuchteren und allmählich vertrocknenden Hornzellen erhalten und zufolge der größeren Kohärenz der parakeratotisch gebildeten Hornzellen kommt es zur Loslösung ganzer Komplexe von kernhaltigen Hornzellen, id est zur Schuppenbildung. Diese Vorgänge vollziehen sich jedoch nicht gleichzeitig und einheitlich im ganzen Bereiche der schuppenden, ekzematösen Stellen, sie wechseln vielmehr selbst im engsten Raume mit Restitutionsvorgängen ab, deren Resultat wieder die Ausbildung einer deutlichen und selbst mehrfachen Körnerschicht ist. So finden sich häufig keratohyalinhaltige neben keratohyalinlosen Stellen dicht nebeneinander, ein Verhalten, welches nach Unna für das Ekzem geradezu charakteristisch wäre und in so kleinem Raume bei keiner anderen Krankheit vorkomme.

Neben diesen Veränderungen kann aber die seröse Durchtränkung der Epidermis zu weiteren Vorgängen führen; es stellt sich, wie insbesondere in den chronischen Fällen, eine Epithelwucherung (Akanthose) ein, als deren Folge die Reteleisten und Papillen mächtig verlängert und verbreitert werden können. In engem Konnexen mit diesen Wucherungsvorgängen kommt es auch zu einer erheblichen Verlängerung der Papillen und damit zugleich zu jenen Veränderungen, welche den sogenannten verrukösen Ekzemen zugrunde liegen.

Die verschiedenen klinischen Bilder des Ekzems in ihren verschiedenen Graden, Bückbildungs- und Exazerbationsformen bestehen nun in nichts anderem, als in den mannigfachsten Kombinationen der in vorstehendem geschilderten Vorgänge, des interspinalen Ödems und spongoider Umwandlung des Epithels, der Parakeratose und der Wucherung der Stachelzellenschicht. Bei den eigentlich chronischen Ekzemen gesellen sich den entzündlichen Vorgängen im Papillarkörper auch solche der tieferen Hautschichten hinzu.

Von der dichten Infiltration, welche das oberflächliche Gefäßnetz bei jedem länger dauernden Ekzem umgibt, zieht nach Unnas Beschreibung das Infiltrat rasch abnehmend entlang den Blutgefäßen in die Tiefe. Je nach der Intensität des Prozesses bleiben die dazwischen liegenden Hautpartien entweder fast frei, oder es füllen sich auch die Zwischenräume mit jungen Bindegewebszellen, so daß schließlich die ganze Kutis ziemlich gleichmäßig von Zellen durchsetzt wird. Dann erhalten wieder die Umgebungen der Knäueldrüsen ein besonders dichtes Infiltrat. In diesem Infiltrate kommt es nicht zur Einschmelzung des

kollagenen Gewebes und auch das elastische Gewebe bleibt erhalten. Die Zellen des (chronischen) »ekzematösen« Infiltrates sind größtenteils protoplasmaarme, vielgestaltige, dicht aneinanderliegende Bindegewebszellen mit gut, aber nicht besonders stark tingiblem Kern.

Die Blut- und Lymphgefäße zeigen immer eine mehr oder weniger hochgradige Erweiterung. Neumann sah die Lymphgefäße der Papillen in exquisiten Fällen von *Eczema chronicum scroti* ampullenförmig erweitert. In sehr lange dauernden, exquisit chronischen Fällen kommt es im Gefolge der Sklerosierung des Gewebes zu Degeneration und Schwund der Haarfollikel und Talgdrüsen (Wedl). Auch die Schweißdrüsen degenerieren und können fast vollständig verschwinden (Riemer), womit die klinische Beobachtung (Auberts), daß die Haut im Bereiche chronischer Ekzeme nicht oder viel weniger schwitzt, gut übereinstimmt.

Ätiologie und Pathogenese. Es ist eine bei allen echten Ekzemen, mit Ausnahme der eine Sonderstelle beanspruchenden, eigentlich chronischen, täglich zu machende Erfahrung, daß sich die (noch gesunde) Haut eines Ekzemkranken in einen besonderen Zustand der Reizbarkeit und Widerstandslosigkeit — die freilich dem Grade nach entsprechend der Intensität der Erkrankung in weiten Grenzen schwanken — befindet, so daß früher ganz wirkungslos gebliebene alltägliche Hautreize, wie Kleiderreibung, Schwitzen, Einfluß von Sonne und Wind usw., Ekzemausbrüche hervorrufen.

Aber nicht die äußeren Reize allein sind es, welche unter diesen Verhältnissen neue Ausbrüche bewirken, diese erfolgen nebenbei auch ganz spontan und von innen her. Wir sehen dies besonders bei den akuten artifiziellen Ekzemen, bei denen nicht nur eine Ausbreitung per continuum erfolgt, sondern auch an entfernten, vom ursprünglichen Krankheitsherde durch normale Haut getrennten Körperstellen Ekzemerde auftreten.

Freilich leugnet eine Reihe französischer, englischer und amerikanischer Autoren die Existenz artifizieller Ekzeme überhaupt; diese seien artifizielle Dermatitis, die mit Ekzemen nichts zu tun haben, einen anderen, zur raschen Heilung tendierenden Verlauf zeigten, in ihrer Evolution sich unterschieden und nur durch die Läsion der Haut (Besnier) dem Ekzeme sich assimilierten.

Wenn wir uns nun auch ohne Rückhalt zu der Meinung bekennen, daß artifizielle Dermatitis, welche eine andere Entwicklung nehmen und ein anderes Aussehen haben als Ekzeme, von diesen zu trennen seien, so reklamieren wir doch diese Bezeichnung für alle jene Erkrankungen, welche den bestimmten Verlauf, die Anordnung der Effloreszenzen, die Art der Ausbreitung in die Fläche etc. zeigen, wie es die Ekzeme tun.

Was uns klinisch als ein Ekzem erscheint, das müssen wir als solches auch anerkennen, ganz unbekümmert um unsere mehr oder weniger vagen ätiologischen Vorstellungen und Kenntnisse.

Es muß auch hier wieder darauf hingewiesen werden, daß für die Wiener Schule niemals eine einzelne Läsion für die Diagnose maßgebend war, sondern daß sie sich immer zu der Anschauung bekannte, daß nicht in der Läsion an sich, sondern zugleich im Verlaufe derselben und der ganzen Krankheit, der Lokalisation, der Anordnung der Effloreszenzen etc., kurz in allen, im klinischen Bilde zum Ausdruck kommenden Wesenheiten des Charakteristikum der Krankheiten gelegen sei.

Und wenn Hebra gewisse artifizielle Dermatitiden zum Ekzem rechnete, so geschah es nicht in der Meinung, daß der Charakter des Ekzems durch die Läsion des Bläschens gegeben sei, sondern weil eben diese Dermatitiden in ihrem Gesamtbilde und Verlaufe dem entsprachen, was man unter Ekzem zu verstehen hat.

Die Trennung artifizieller Dermatitiden »ekzematoider« Natur von den »echten« Ekzemen erschiene praktisch auch gar nicht durchführbar. Ist es ja doch eine so häufig zu machende Beobachtung, daß nach Applikation von Hautreizen sich Dermatitiden von ekzematösem Gepräge nicht nur an den direkt betroffenen, sondern auch an den entfernten Hautstellen entwickeln.

Wollte man nun an der Meinung festhalten, daß es keine artifiziellen »Ekzeme« gäbe und daß nur von innen her bewirkte Hauterkrankungen ekzematösen Charakters diesen Namen verdienen, dann müßte man die an der Applikationsstelle auftretende Dermatitis, welche ja den Ausgangspunkt und die Ursache für die »springende« Erkrankung abgab, als eine andersartige Erkrankung ansehen und bezeichnen als die zufolge der durch die Hautreizung bedingten inneren Zustandsänderungen hervorgerufene, welche dann, der Voraussetzung innerer Ursachen entsprechend, als Ekzem anzusehen wäre.

Die Tatsache, daß sich an Hautreize echte Ekzeme anschließen, war nun allerdings auch von den Anhängern der Lehre, daß das Ekzem stets innere diätetische Ursachen habe, nicht aus der Welt zu schaffen, wurde aber so gedeutet, daß es sich in diesen Fällen eben schon um (potentiell) Ekzematöse handelte, bei denen der äußere Hautreiz die Manifestation der ekzematösen Diathese erst auslöste.

Besnier hat den Gedankengang, welcher die artifiziellen Dermatitiden »ekzematoider« Natur von den echten Ekzemen trennt, folgendermaßen formuliert: Es sind zwei Prozesse, welche objektiv analoge pathologische Vorgänge und Zustände an der Haut auslösen und das klinische Bild, welches wir eben dem Ekzem zurechnen, hervorrufen: die Ekzematisation und die Krankheit »Ekzem«. Die Ekzematisation, welche unter den differentesten Bedingungen (traumatische, chemische, bakterielle Ursachen etc.) sich entwickeln und die verschiedensten, wohl charakterisierten und individualisierten Hautkrankheiten (Psoriasis, Prurigo, Skabies etc.) komplizieren kann, ist ein allgemeiner Reaktionsmodus der Haut im physiologischen Zustande. Die Läsionen derselben heilen ab mit dem Aufhören der Ursache und mit der Elimination der geschädigten epidermidalen Elemente. Bei der Krankheit Ekzem befindet sich die Haut des Betroffenen nicht in gleichem physiologischen Zustande, sondern in einer Verfassung, derzufolge durch die früher genannten Einflüsse oder auch ohne solche sich zwar ein analoges klinisches Bild entwickelt wie bei der Ekzematisation, bei welchem aber die Krankheitserscheinungen nicht notwendigerweise mit dem Aufhören der äußeren Einwirkungen abheilen, sondern sogar an entfernten und symmetri-

schen Orten auftreten. Die krankmachenden Ursachen haben eben schon »Ekzematöse« betroffen und die Manifestationen der Krankheit Ekzem ausgelöst.

Wenn sich auch nicht leugnen läßt, daß dieses Raisonnement imstande wäre, über so manche Schwierigkeiten hinwegzuhelfen, so ist doch nicht zu übersehen, daß es es ein rein theoretisches und dogmatisches ist, indem es sofort mit einzelnen Tatsachen der Praxis in Widerspruch tritt. So ist es nicht richtig, daß die artifiziellen Dermatitis ekzematösen Gepräges, id est die der Ekzematisation entsprechenden Krankheitsphänomene mit dem Aufhören der Ursachen sofort abheilen, im Gegenteile können sich, wie die Erfahrung lehrt, wenn auch auf kurze Zeit zusammengedrängt, neue Ausbrüche entwickeln. Von den der »Ekzematisation« entsprechenden Fällen, welche leicht abheilen können, bis zu den durch viele Jahre und selbst das ganze Leben währenden Fällen der »Krankheit Ekzem« gibt es eine kontinuierliche Reihe und man ist nicht imstande zu sagen, wo die Ekzematisation aufhört und bei welchem Punkte das Ekzem beginnt. So sieht man beispielsweise bei der Beobachtung einer größeren Zahl von Skabieskranken, welche alle in gleicher Weise behandelt wurden, daß einzelne in ein bis zwei, andere in drei bis vier Tagen, andere in einigen Wochen und einige selbst nach Monaten noch Nachschübe solcher Krankheitselemente zeigen, welche in ihrer Morphologie, ihrem Verlaufe und klinischen Gepräge dem entsprechen, was die Wiener Schule eben als Ekzem bezeichnet. Die Unmöglichkeit, in diesem praktischen Falle zwischen Ekzematisation und Ekzem zu unterscheiden, läßt demzufolge diese theoretische Trennung als nicht akzeptabel erscheinen.

Czillag leugnet auf Grund seiner Experimente die Existenz der sogenannten Reflexekzeme. Er behauptet, daß, wenn ein durch äußere Reizmittel entstandenes Ekzem auf entfernt liegende Körperstellen überspringt, stets eine Übertragung des angewandten Reizmittels (z. B. Jodoformpulvers), wenn auch nur in minimalen Quantitäten, vorliegt. Dieser Ansicht widersprechen die Beobachtungen Kreibichs. Nach Török und Róna sind auch mechanische Reizungen der Haut, besonders Kratzen, nicht imstande, Ekzem zu erzeugen.

Wenn wir demnach an der von Hebra und der Wiener Schule vertretenen Anschauung festhalten, daß Erkrankungen, die wir zufolge ihres klinischen Gepräges als Ekzeme bezeichnen müssen, artifiziell hervorgerufen werden können, so leugnen wir darum nicht, daß für die Fortdauer des Ekzems innere Zustände bestimmend sind, halten aber daran fest, daß diese inneren Zustände gerade so gut und so wirksam durch ein primäres artifizielles Ekzem hervorgerufen werden können, als durch die ganze Summe der allgemein anerkannten und auch von der Wiener Schule niemals verleugneten inneren Ekzemursachen.

Gewiß spielt auch die große Unbekannte, die Individualität, wie in der ganzen übrigen Pathologie auch beim Ekzem eine wichtige Rolle. Alle Menschen sind für Ekzem mehr oder weniger empfänglich, »potentiell Ekzematöse«. Daneben mag ja auch eine besondere Disposition zu Ekzemen infolge innerer oder lokaler, in der Haut gelegener Zustandsänderungen existieren; ganz analoge Zustandsänderungen können aber wahrscheinlich auch durch äußere Reize und »artifizielle« Ekzeme hervorgerufen werden.

Die Frage der parasitären Natur des Ekzems oder »der Ekzeme« wurde namentlich von Unna ins Rollen gebracht. Er vermutete anfangs, daß der Morokokkus, welchen er zuerst beim seborrhöischen Ekzem fand, auch

Erreger der »meisten« Ekzeme überhaupt sei. Die am IV. internationalen Kongresse zu Paris eingehend diskutierte und schon vorher in einer Reihe von Arbeiten (Unna, Török, Sabouraud, Scholtz und Raab, Leredde, Brocq, Veillon, Kaposi, Kreibich, Kromayer, Jadassohn und Frédéric, Galloway u. a.) studierte Frage des parasitären Ursprunges des Ekzemes hat die ziemlich einhellige Beantwortung gefunden, daß die primären und frischen Ekzemeffloreszenzen amikrobisch sind, d. h. keinerlei bakterielle Keime enthalten und daß daher den in älteren Effloreszenzen und Ekzemherden anzutreffenden Bakterien wahrscheinlich nur die Bedeutung sekundärer Eindringlinge, welche zwar das Krankheitsbild zu beeinflussen, aber nicht hervorzurufen imstande sind, zukomme. Seither haben aber Bender, Bockhardt und Gerlich gezeigt, daß sich durch Staphylokokkentoxin, das durch Filtrieren von Bouillonkulturen gewonnen wird, stets ein akutes, papulöses oder vesikulöses Ekzem hervorrufen läßt, wobei natürlich sich die primären, jungen Ekzembläschen solcher artifizieller Ekzeme sich als steril erwiesen. Aus diesen Befunden schien zunächst hervorzugehen, daß ebenso wie andere bisher bekannte chemische Ursachen auch das Staphylokokkentoxin eine artifizielle Dermatitis erzeugen kann.

Nach Bockhardt ist das Ekzem »eine infektiöse Entzündung der Oberhaut. Die Erreger des Ekzemes sind Staphylokokken. Es entsteht und entwickelt sich auf folgende Weise: Die gesunden Hautfollikel eines prädisponierten Individuums können lebende, aber untätige Staphylokokken enthalten. Diese Staphylokokken können durch irgendeine außerhalb oder innerhalb des Körpers liegende Ursache, die den Nährboden der Kokken im Follikel verbessert, zu vermehrter Lebenstätigkeit gebracht werden. Eine Folge des nun lebhafteren Stoffwechsels der Kokken ist die Exkretion von Staphylotoxin. Sobald das Staphylotoxin aus dem Follikel in die Epidermis defundiert, veranlaßt es zufolge seiner serotaktischen Wirkung die Bildung von Papeln und Bläschen in der Oberhaut. Die Papel oder das Bläschen über dem Follikel enthält dann Serum und Staphylokokken. Die Papeln oder Bläschen in der unmittelbaren Nachbarschaft des Follikels enthalten klares Serum und zunächst keine Staphylokokken; sie bleiben eine Zeitlang steril. Nach einiger Zeit vermehren sich die Staphylokokken in dem Bläschen an der Mündung des Follikels. Dann wandern auch Leukocyten in dieses Bläschen ein. Später können diese Staphylokokken auf dem Wege der Saftspalten in der ödematösen Epidermis auch die sterilen Bläschen in der Nachbarschaft sekundär infizieren. In dem serösen Inhalt dieser Bläschen treten dann ebenfalls Leukocyten auf. Ob die Bläschen im späteren Verlauf pustulös werden oder ihren leukoserösen Inhalt bewahren, hängt von dem Plasmingehalte der Staphylokokken ab. Die eröffneten Bläschen und die nässende Ekzemfläche und ihre Umgebung können durch Staphylokokken von hohem Plasmingehalte infiziert werden. Dann entstehen die das Ekzem komplizierenden Eitererkrankungen der Haut, Impetigo staphylogenes und Furunkel. Geht das Ekzem nicht in Heilung über, wird es chronisch, dann entstehen unter anderem Gewebsveränderungen im Korium und im subkutanen Bindegewebe, die nicht direkt durch die Staphylokokken veranlaßt sind.«

Auch Veiel fand regelmäßig, in den Anfangsstadien ausschließlich, in späteren Stadien fast ausschließlich Staphylokokken, die mit den eigentlichen Eiterkokken identisch waren. Da er sie in den Frühstadien stets in Reinkultur antraf, glaubte er zu dem Schlusse berechtigt zu sein, daß die

Staphylokokken im chronischen Ekzem nicht als reine Saprophyten wuchern, sondern daß ihnen eine Bedeutung in der Pathogenese des Prozesses zukommt. Da sich in den Frühstadien des chronischen Ekzems außer Staphylokokken andere Bakterien nicht finden, ist nach Veiel ein anderer spezifischer Erreger des chronischen Ekzems mit Sicherheit auszuschließen. Veiel konnte übrigens experimentell mit Staphylokokken kein chronisches Ekzem erzeugen.

Jedes Ekzem, die eigentlich pachydermatischen Formen ausgeschlossen, denen eine Sonderstellung gebührt, geht daher mit einer eigentümlichen Disposition einher, derzufolge auf geringfügige Hautreize, oder auch spontan, neue Eruptionen erfolgen.

Welcher Art diese Disposition ist und worin sie begründet sein könnte, darüber sind freilich die Anschauungen nicht geklärt, und wir sind noch weit entfernt, auf diese Frage eine präzise Antwort geben zu können.

Doch ist es sehr wahrscheinlich, daß sie in nervösen Funktionsstörungen wurzeln und daß es vor allem die gestörte Innervation der Gefäße sei, welche den Ekzemen zur Unterlage dient.

Für das letztere spricht vor allem das kongestive Element und auch das sprungweise, »reflektorische« Auftreten mancher Ekzeme, die sich auf Hautreize hin entwickeln.

In der Erklärung der Phänomene weiterzugehen, verwehrt uns der Stand unserer Kenntnisse.

Mit Bezug auf ganz allgemeine Vorstellungen vom trophischen Einflusse der Nerven ginge es schließlich auch an, im Ekzem eine trophoneurotische Erkrankung zu erblicken, wie dies von Schwimmer, Bulkley, Kromayer, zum Teil auch von Malcolm Morris u. a. befürwortet wird, doch wäre es gewagt, unter dieser Bezeichnung eine spezifische Alteration spezifischer Nerven erblicken zu wollen.

Desgleichen wird man Anstand nehmen müssen, die supponierten Funktionsstörungen etwa auf neuritische Prozesse zurückzuführen, wie dies durch Colomiatti, der besonders bei akuten Ekzemen Veränderungen an den Hautnerven gefunden hat, etwa nahegelegt erscheinen möchte. Denn einerseits haben die Befunde Colomiattis nur durch Leloir und von diesem auch nur eine teilweise Bestätigung gefunden, anderseits müßte es aber, selbst wenn dieselben sichergestellt wären, immer noch fraglich bleiben, ob sie nicht als sekundäre, erst durch die Hautentzündung hervorgerufene anzusehen wären.

Immerhin wird man »mit der Einwirkung nervöser Einflüsse zu rechnen haben, auch wenn sich ihre Bedeutung darauf beschränken sollte, daß sie einer determinierenden Ursache den Boden vorbereiten« (Bettmann). Die Rolle, welche dem Nervensysteme in bezug auf Hautkrankheiten und speziell ekzematöse Erkrankungen zufällt, wurde durch eine Arbeit Bettmanns besonders hervorgehoben. Er beobachtete bei einem hysterischen Weibe eine chronische ekzemähnliche Hauterkrankung, die streng halbseitige, zosterförmige Anordnung besaß; während Sensibilitätsstörungen im analogen Ausbreitungsgebiete auf eine Läsion in den hinteren Wurzelgebieten des Zervikalmarkes hinwiesen. »Ob wir nun voraussetzen wollen, daß die Haut-

affektion ein direktes Symptom jener Wurzelläsionen darstellt oder daß sie sich sekundär auf dem von sensiblen und trophischen Störungen beeinflussten Boden entwickelt und ob demgemäß etwa von einem *Zoster chronicus* oder einem *Eczema zosteriforme* geredet werden darf, so führt uns der Fall unter allen Umständen die Abhängigkeit einer chronischen Hautaffektion von einer organischen Nervenerkrankung in ganz ungewöhnlicher Weise vor Augen.

Nach Kreibich ist auch das Ekzem eine Angioneurose. »Das Ekzem ist ähnlich wie die dilatatorische Reihe ein vasomotorisches Reflexphänomen, unterscheidet sich von diesem nur durch die Art des primären sensiblen Reizes. Dieser für die betreffende Haut ekzematophore Reiz trifft zunächst die sensiblen Fasern, welche reflektorisch in verschiedenem Maße den vasomotorischen Reflexbogen erregbar machen; durch das Kratzen wird erst ein dieser Erregbarkeit adäquater Gefäßreflex ausgelöst. Besteht bereits irgendwo Ekzem, so kann Ekzem auf eine symmetrische oder andere Körperstelle reflektiert werden, und vielleicht an dieser Stelle ohne Kratzen, direkt durch Reizung zentraler Zellen entstehen.« Bei seinen Experimenten erhielt Kreibich nach Kelenisierung des rechten Ulnaris und Erzeugung eines artifiziellen bläschenförmigen Ekzems am linken Vorderarm (durch ein aufgelegtes Jodoformpflaster) Ekzem auch des rechten Vorderarmes; an letzterer Stelle bestand bisher nur dilatatorisches Erythem infolge der Kelenisierung. Bei der histologischen Untersuchung fanden sich neben den Veränderungen des Erythems die gut gefärbten Epithelriesenzellen bereits in die dritte bis vierte Zellreihe emporgerückt, seröse Exsudation zwischen den Zellen und Bläschen vom Charakter des Ekzems, nirgends Kolliquation. Der Ekzemreiz der einen Seite hatte also bei diesem Versuche (sowie bei einem zweiten nach Zinkpflasterapplikation) zu einem symmetrischen Ekzem beider Seiten geführt. Für die Deutung dieser Dermatitis eczematosa als Reflexphänomen sprechen nach Kreibich folgende sechs Punkte: 1. Der Ekzemreiz gelangt durch zentripetale, also sensible Fasern ins Rückenmark; durch die sensiblen Erregungen werden indirekt die Vasomotoren der Gegenseite gereizt. 2. Die refraktometrische Untersuchung des Exsudates ergibt ähnliche Werte wie bei der Urtikaria, dies spricht für eine Dilatatorenerregung, die wohl auch hier eine zentrale und direkte sein dürfte. 3. Da dieselben äußeren Schädlichkeiten bald Erytheme, bald Ekzeme erzeugen, muß für das letztere eine andere Entstehungsart, also nicht direkte Wirkung auf die Gefäßwand, sondern Wirkung auf periphere Nerven angenommen werden. 4. Den ekzematophoren Reizen ist mit den urtikariogenen Reizen folgendes gemeinsam: die oberflächliche Einwirkung und eine damit verbundene Reizung mehr peripherer Nervenenden, weiters eine mehr langsam einschleichende Wirkung und endlich auch eine qualitativ verschiedene vielleicht, chemische Reizung der Nerven. 5. Zunächst werden wahrscheinlich die sensiblen Nervenendigungen durch den Reiz getroffen. Eine direkte Reizung der Vasomotoren ist unwahrscheinlich. (Das Ekzem war gewöhnlich am Pflasterrand stärker als unter dem Pflaster; bei direkter Einwirkung müßte dies eher umgekehrt sein.) 6. Für die primäre Erregung der sensiblen Fasern spricht weiters das Jucken. Nach Kreibich ist das Jucken des Ekzems nicht immer durch die Gewebsveränderung allein bedingt.

Dem Gesagten zufolge haben wir das Ekzem (scilicet die ekzematöse Hauterkrankung) zumeist als das Resultat zweier Faktoren anzusehen.

des von innen her wirkenden und des von außen an die Haut herantretenden, wenn sich auch im speziellen Falle das Ausmaß der Wirkung des einen oder anderen nicht ermessen läßt.

Wir haben hier ein ähnliches Verhältnis, wie wir dies bei der Urtikaria erörterten; wie bei dieser Ausbrüche von innen her, ohne äußere Beeinflussung, entstehen können, so ist dies auch beim Ekzem der Fall — häufig und zumal bei längerem Bestande spielen aber beide Faktoren gleichzeitig eine Rolle.

Die Ekzemursachen lassen sich sonach auch nicht ohne weiteres in primäre und prädisponierende (Bulkley, Neisser) einteilen, denn häufig wirken sie, wie bei den artifiziellen Ekzemen, nach beiden Richtungen zugleich: es sind unberechenbare Faktoren, die es bestimmen, warum sie in einem oder dem anderen Falle nur in der einen oder anderen Hinsicht wirksam werden. Hingegen muß die alte Hebrasche Einteilung der Ekzemursachen

1. in außerhalb des Organismus gelegene und
2. im Organismus selbst wurzelnde als die auch heute noch entsprechendste angesehen werden.

Die äußeren Ekzemursachen wirken teils zufolge ihrer chemischen, thermischen oder mechanischen Eigenschaften. Unter den chemisch wirkenden sind vor allem anzuführen: das Krotonöl, die Arnikatinktur, ätherische Öle, Terpentin, Karbolsäure, Jodoform, Sublimat, Graue Salbe (*Eczema mercuriale*) und viele andere.

Zufolge gewerbsmäßigen Hantierens mit den oben genannten Körpern, denen noch Kalk, Lauge, Seife, Gewürze etc. hinzuzureihen wären, kommen die sogenannten Gewerbeekzeme zustande, bei denen sich im Laufe der Zeiten eine solche Empfindlichkeit der Haut entwickelt, daß minimalste Quantitäten der genannten Stoffe genügen, um das schon verschwundene Leiden von neuem und mit großer Intensität wieder auszulösen. Hierher gehören die Ekzeme bei Anstreichern, Buchdruckern infolge Einwirkung von Terpentin, bei Kellnern, Wäscherinnen durch Wasser, Lauge und Seife, bei Gewürzkrämern durch die Gewürze, bei Ärzten durch Karbolsäure, Sublimatlösungen etc. Zu den aus chemischen Ursachen entstehenden Ekzemen dürfte auch das unter dem Einflusse der Sonne bei manchen Individuen sich entwickelnde *Eczema solare* zu zählen sein, nachdem, wie Veiel nachgewiesen, durch (rote) Schleier, welche die chemischen Strahlen abzuschwächen imstande sind, der Ausbruch verhindert werden kann; doch könnten hierbei auch die thermischen Strahlen von Bedeutung sein, wie aus einer von Wolters mitgeteilten Beobachtung hervorzugehen scheint.

Zu den durch chemische Einwirkung hervorgerufenen Ekzemen ist offenbar auch das sogenannte *Eczema sudamen* zu rechnen, welches

bei stark schwitzenden Individuen entsteht und meist in der Form des Eczema papulosum zur Beobachtung gelangt.

Unter thermischen Einwirkungen sehen wir Ekzeme bei Feuerarbeitern, Schmieden, Bäckern auftreten, wie auch die Kälte als ätiologischer Faktor mancher Ekzeme fungiert.

Mechanische Einflüsse sind als primäre Ekzemursachen selten zu beschuldigen, doch spielen sie bei schon bestehender Disposition eine wichtige Rolle, insoferne unter diesen Verhältnissen schon die Kleiderreibung genügt, um neue Ausbrüche hervorzurufen; das Kratzen bildet eine für das Auftreten von Nachschüben sehr wirksame Ekzemursache.

Den mechanischen Ursachen reihen sich Zirkulationsstörungen an den Unterschenkeln und am After an, welche zu Varikositäten und weiterhin zu Ekzem führen. Es sind hiermit die inneren Ursachen schon berührt. Diese wirken in einer Zahl und Mannigfaltigkeit, welcher die genaueste Beschreibung und Aufzählung kaum gerecht zu werden vermöchte.

Bald sind es Anomalien des Blutes und der blutbildenden Organe, Anämie, Chlorose, bald Stoffwechselerkrankungen, Diabetes, Gicht, Fettsucht (bei vielen infantilen Ekzemen [Bohn]) und wahrscheinlich Autointoxikationen unbestimmter Art, welche als Ekzemursachen zu beschuldigen sind, indem sie wenigstens die Disposition, beziehungsweise geringe Widerstandsfähigkeit erzeugen, oder auch als direkte Ursachen wirken mögen.

Dyspeptische Zustände, Magenkatarrhe, mangelhafte Funktion des Verdauungskanales überhaupt, wirken vielleicht auf dem Wege der Autointoxikation ekzemerzeugend; und Organerkrankungen, wie besonders solche der Nieren, der Leber, mögen vielfach in gleicher Weise, wenn auch nicht ausschließlich so wirksam werden. Übrigens ist, wie selbstverständlich, nicht jede Erkrankung innerer Organe, wenn sie mit Ekzemen koinzidiert, ohne weiteres als deren Ursache anzusprechen; bezüglich der Nieren hat Bruhns auf die Möglichkeit eines umgekehrten Verhältnisses, daß also ein Ekzem eine Nephritis erzeugen könne, aufmerksam gemacht, eine Erklärung, die, wie die Erfahrungen zeigen, freilich nur in den seltensten Fällen zutreffen dürfte. Physiologische oder pathologische Vorgänge am Uterus spielen eine unzweifelhafte Rolle bei der Genese der Ekzeme. Schwangerschaften sind häufig von Ekzemen begleitet; Hebra berichtet über Fälle, wo Frauen während mehrerer aufeinanderfolgender Schwangerschaften immer zur selben Zeit Ekzeme an der Haut erhielten, so daß sie in den folgenden Schwangerschaften durch das Auftreten des Ekzems von der erfolgten Konzeption früher in Kenntnis gesetzt wurden als durch das Ausbleiben

der Menstruation, und ebenso konnte Veiel eine in der achten Schwangerschaft stehende Frau beobachten, welche seit ihrer dritten Schwangerschaft regelmäßig im dritten Schwangerschaftsmonate ein Ekzem auf der Streckseite der Vorderarme bekam, das sich erst im Wochenbette zurückbildete. Die Beziehung zwischen Ekzem und Vorgängen in der Genitalsphäre des Weibes kommt auch deutlich bei den im Klimakterium auftretenden, meist auf Kopf und Ohren beschränkten Ekzemen zutage; deren Annahme wird übrigens auch bei den Ekzemen nahegelegt, welche mit verschiedenen Erkrankungen der inneren Genitalien (Sterilität) koinzidieren.

Die kausalen Beziehungen nervöser Erkrankungen zu den Ekzemen wurden schon von Hebra anerkannt und in der neueren Zeit besonders von Schwimmer und Bulkley betont; bald sind es Störungen rein funktioneller Natur, Neurasthenie, Neurosen, bald organische Erkrankungen des Nervensystems, welche in inniger Beziehung zu manchen Ekzemen zu stehen scheinen.

Auf reflektorische Vorgänge werden die zur Zeit der Dentition entstehenden Ekzeme oder deren Verschlimmerungen zurückgeführt und viele Autoren wollen auch das Zustandekommen von Ekzemen bei Uterinaffektionen, bei Magen-, Darmerkrankungen etc. auf reflektorischem Wege erklären. Die Vererbung scheint bei manchen Ekzemen meiner Erfahrung nach, welche mit der Veiels übereinstimmt, eine weit größere Rolle zu spielen, als dies gemeinhin zugestanden wird.

Überblicken wir die im vorstehenden nur teilweise angeführten Ursachen des Ekzems, so fällt uns auf, daß wir sie auch bei anderen Hautkrankheiten antreffen; vielen derselben sind wir auch bei der Urtikaria begegnet.

Darüber dürfte sich kaum ein Zweifel ergeben, daß sie sämtlich einen gemeinsamen Angriffspunkt haben, und wir haben bereits die Vermutung ausgesprochen, daß es das Gefäßnervensystem sei, welches als solcher erscheine. Wie es aber komme, daß in einem Falle unter dem Einflusse der verschiedenen Ursachen sich eine Urtikaria und immer nur eine Urtikaria, das andere Mal ein Ekzem entwickle, darüber müssen wir unsere volle Unkenntnis eingestehen; wie auch der Mechanismus, der zu der disseminierten Knötchen- und Bläschenbildung führt, in völliges Dunkel gehüllt bleibt.

Der längere Bestand vieler der unter den Ekzemursachen angeführten Einwirkungen und Anomalien läßt das Chronischwerden derselben begreiflich erscheinen. Die Fortdauer der Grundlage führt eben zur Fortdauer der Erkrankung und es erfolgt, auf größere Zeiträume verteilt, Eruption auf Eruption und dadurch jene Form des chronischen Ekzems, welches wir als chronische Ekzematose bezeichnen.

Für die eigentlich chronischen, die pachydermatischen Formen kommen wir aber mit dieser Erklärung nicht aus.

Bei diesen hat das Ekzem seinen Charakter so ziemlich eingebüßt; es hat aufgehört, sich auf die oberflächlichsten Hautschichten zu beschränken und erstreckt sich progressiv bis ins Korium und selbst in das Unterhautzellgewebe; die eigentümliche Reizbarkeit der Haut, welche sich bei der bisher besprochenen Form des Ekzems durch die bald da, bald dort, teils spontan, teils auf geringfügige Reize hin auftauchenden Ekzemausbrüche manifestierte, ist verschwunden, die Erkrankung hat mehr einen lokalen Charakter angenommen und dokumentiert denselben zugleich durch die scharfe Begrenzung der Entzündungsherde und, wie schon erwähnt, das Einnisten in tieferen Schichten der Haut. Dieser Wandel der Erscheinungen hat offenbar einen Wandel der Ursachen zur Grundlage; und es dürfte kaum zu gewagt erscheinen, wenn wir in dieser Beziehung das Eindringen von Mikroorganismen vermuten.

Liefert uns das sogenannte impetiginöse, mit Pustelbildung, reichlicher Eiterung und massiger Krustenentwicklung einhergehende Ekzem den Beweis, daß der ekzematöse Boden zur Brutstätte pyogener Bakterien werden kann, ja nach den bakteriologischen Untersuchungen von Scholtz und Raab, Sabouraud, Brocq-Veillon, Jadassohn-Frédéric, Kreibich, Galloway-Eyre u. a. regelmäßig wird, so erscheint es wahrlich nicht zu weit hergeholt, wenn wir zur Erklärung der Umwandlung im Krankheitsbilde in erster Linie sekundäre Infektionen beschuldigen.

Damit wäre aber unserer Meinung nach die theoretische Trennung dieser Formen vom Ekzem, die sich ja eigentlich schon durch die klinischen Erscheinungen und durch ihr verschiedenes Verhalten gegen therapeutische Eingriffe gebieten würde, notwendig; aber in praxi dürfte es oft genug sehr schwer fallen, dieselbe durchzuführen, da beide Formen nebeneinander bestehen und aus einander sich entwickeln können.

Diagnose. Wir haben im Ekzem eine oberflächliche Hautentzündung kennen gelernt, welche in einzelnen zerstreuten, keine bestimmte Anordnung und kein peripheres Wachstum verratenden, sukzessive auftretenden, entzündlichen Herden (den Knötchen und den sich aus diesen entwickelnden Bläschen) beginnt, und welche dadurch an Intensität und Extension zunimmt, daß immer wieder neue entzündliche Einzelherde auftauchen, wodurch die bisher verschont gebliebenen Zwischenräume zwischen den einzelnen Effloreszenzen eingeschränkt werden und endlich ganz schwinden, so daß eine flächenhafte Erkrankung resultiert, welche auf ihrer Akme die Folgen der Abschwemmung der Hornschicht, also Nässen und Krustenbildung, in ihren Rückbildungsphasen Schuppen aufweist.

Zunächst werden demzufolge vom Ekzem mit Leichtigkeit solche Krankheitsformen auszuschließen sein, welche eine bestimmte Anordnung der Effloreszenzen zeigen. In erster Linie die verschiedenen Herpesformen: der Herpes Zoster und Herpes facialis oder progenerialis werden schon durch die Gruppierung ihrer Ausschlagsselemente mit Leichtigkeit vom Ekzem unterschieden werden können. Die Läsion der Haut, das Bläschen, ist allerdings bei beiden Erkrankungen die gleiche (oder ähnliche), die Anordnung und Lokalisation der Effloreszenzen und deren Verlauf ist aber ein total verschiedener. Neben der Gruppierung der Bläschen fällt auch noch ihre höchst akute Entwicklung und demzufolge die Gleichalterigkeit innerhalb einer Gruppe auf; die Beschränkung der Eruptionsdauer auf wenige Stunden oder Tage und demzufolge eine höchst geringe, sich nur auf diese mäßigen Altersdifferenzen beziehende Polymorphie und bei Herpes Zoster die Anordnung der Bläschengruppen längs der Verteilung der Nerven begründen weiters höchst auffällige Differenzen, selbst gegenüber den akutesten Ekzemen, in denen die sukzessive Eruption die verschiedensten Entwicklungsphasen der Effloreszenzen nebeneinanderstellt. Durch die bestimmte Anordnung der Effloreszenzen unterscheidet sich vom Ekzem weiters der Herpes tonsurans vesiculosus. Auch bei diesem sehen wir eine oberflächliche Dermatitis, Bläschenbildung, Schuppen, Jucken; und doch verrät sich die Eigenart der Erkrankung durch die Aneinanderreihung der Effloreszenzen in der Peripherie der alten, durch das Weiterkriechen der ursprünglichen Krankheitsherde, welches durch die Rückbildungserscheinungen im Zentrum (Krüstchen- und Schüppchenbildung), durch die Entwicklungserscheinungen in der Peripherie (Bläschenkreise) zum Ausdrucke kommt.

Jede Erkrankung, die ein serpiginöses Fortschreiten verrät, muß vom Ekzem, dem diese Art der Ausbreitung fremd ist, getrennt werden, und demzufolge müssen auch die verschiedenen Formen der Impetigo und des Ekthyma (siehe diese), deren Effloreszenzen die Tendenz zum Auseinanderfließen und zur Entwicklung von Altersdifferenzen zwischen Zentrum und Peripherie zeigen, von demselben unterschieden werden. Diese Formen werden insbesondere häufig bei ihrer Lokalisation am behaarten Kopfe mit dem Ekzem zusammengeworfen, mit dem sie allerdings den Erguß an die freie Fläche und die Krustenbildung gemein haben, die sich aber oft schon auf den ersten Blick von demselben dadurch unterscheiden, daß die Grenzen der erkrankten Partien scharf gezeichnet sind und auch die disseminiert stehenden Pusteln und verkrusteten Plaques sich mit scharfen Rändern von der umgebenden, unveränderten Haut abgrenzen, ein Bild, welches sich von jenem des Ekzems deutlich differenziert. Es muß jedoch hervorgehoben werden, daß die Impetigo

das Ekzem nicht ausschließt, daß vielmehr beide Erkrankungen, wie ja mit Rücksicht auf die Natur der Impetigo leicht begreiflich wird, sehr häufig nebeneinander bestehen.

Die Art der Ausbreitung in der Fläche unterscheidet ferner gewisse oberflächliche Dermatitiden von den echten Ekzemen; es sind vor allem einzelne Manifestationen der Erkrankung, welche unter dem Namen des Eczema seborrhoicum begriffen wird, die schon aus diesem Gesichtspunkte vom Ekzem zu trennen ist, wie die mittels scharfen Randes auf die Stirne, Gesicht, Nacken übergreifenden oder die kreis- oder kleeblattförmigen und figurierten Formen über dem Sternum oder der Schweißrinne des Rückens, das Eczema folliculorum (Morris) etc.

Alle figurierten, scheibenförmigen, oberflächlichen Dermatitiden dürfen nur mit Vorsicht beurteilt werden, denn die Scheibenform ist dem Ekzeme nicht eigentümlich. Doch beginnen hier die großen, ja unüberwindlichen Schwierigkeiten in der klinischen Beurteilung dieser Formen, denen sicherlich vielfach parasitäre Ursachen zugrunde liegen, die aber so häufig ausgesprochener Charaktere ermangeln und deren sichere Kenntnis uns noch ganz verschlossen ist.

Der Mangel der einzelnen Entwicklungsphasen des Ekzems bei diesen durchwegs schuppenden Formen entscheidet nicht, denn selbe können auch bei den chronischen Formen des Ekzems (welche ja allein in Betracht kommen) in Perioden des Stillstandes fehlen; dadurch nehmen die älteren Ekzemherde eben auch eine schärfere Begrenzung an, und eine Entscheidung, ob diese noch die Annahme eines schuppenden Ekzems gestattet oder schon zur Diagnose eines »parasitären« Ekzems nötigt, wird natürlich im speziellen Falle kaum zu treffen sein.

Die Schwierigkeiten werden aber besonders dadurch gesteigert, daß diese Krankheitsformen sich vielfach mit echten Ekzemen kombinieren und komplizieren können, indem sie sich auch gelegentlich aus ihnen (höchstwahrscheinlich) infolge sekundärer Infektion entwickeln und dann das Gepräge der ursprünglichen ekzematösen Erkrankung wesentlich alterieren.

Der Übergang der einen Erkrankungsform in die andere beweist keineswegs deren Zusammengehörigkeit. Diese ist ja schon durch das verschiedene klinische Gepräge der reinen und selbständig entwickelten Formen und durch deren Reaktion auf therapeutische Eingriffe ausgeschlossen. Wir werden demnach für viele Fälle »chronischer schuppender Ekzeme« unsere vorläufige Unfähigkeit einer sicheren Diagnose einbekennen müssen, ohne damit theoretisch die innere Zusammengehörigkeit all der in Betracht kommenden Formen zuzugestehen. Für die ausgebildeten Fälle, in denen zahlreiche disseminierte und schlecht begrenzte, mit Knötchen und Schuppen besetzte Scheiben vorliegen,

wird die Unterscheidung allerdings nicht schwer werden; der eigenartige Charakter der Erkrankung tritt eben in der Wiederholung derselben Grundformen an zahlreichen Herden deutlich genug zutage — aber für die mangelhaft entwickelten Fälle, bei denen häufig noch mannigfache sekundäre Schädlichkeiten, Heilversuche etc. das Bild trüben, ist wie gesagt, vorläufig eine Entscheidung unmöglich.

Brocq und Besnier weisen zur Erklärung der scharfen, figurierten, scheibenförmigen Begrenzung mancher »Ekzeme« außer der sekundären Infektion auch auf die »Ekzematisation« primär mikrobischer Hautaffektionen, Seborrhöe, Pityriasis rosea, Trichophytie etc., hin, was aber wohl nur selten zutrifft.

Auch das *Eczema marginatum* (Hebra) wird sich durch seine figurierten, scharfen Begrenzungslinien dem Ekzem gegenüber als eigenartige Erkrankung leicht differenzieren lassen, und in jenen Fällen, in welchen die Affektion sich nicht als marginierte, d. h. durch einen scharfen Wall von der gesunden Umgebung sich abgrenzende präsentiert, werden die derben, glänzenden, tiefer sitzenden Knötchen die Unterscheidung vom Ekzem mit seinen zarten, weichen, oberflächlichen Knötchen leicht ermöglichen.

Dies gilt speziell auch von jener Krankheitsform, welche als eine zweite Art des sogenannten *Eczema pruriginosum* anzusehen ist, deren Beziehung zum Ekzem aber bestritten werden muß.

Es handelt sich um die Entwicklung unscharf begrenzter, intensiv juckender Plaques, welche besonders häufig an den oberen Partien der Backen, der seitlichen Bauchgegend, dem Nacken, der Kniekehle etc. angetroffen werden, und welche den Zustand der Lichenifikation darbieten, id est die betroffenen Stellen erscheinen bräunlich verfärbt, in den oberen Hautschichten verdickt und infiltriert, während deren Oberfläche, trocken und meist leicht schuppig, durch exzessive Ausbildung der Hautfurchen ein »quadrilliertes« Aussehen annimmt.

An der Peripherie dieser diffus erkrankten Stellen finden sich oft kleine, unregelmäßige, derbe, glänzende oder mit einem festhaftenden Schüppchen bedeckte, flache Knötchen, welche sich gegen die gesunde Haut zu allmählich verlieren. Eines der hervorstechendsten Merkmale bildet das höchst intensive Jucken; dieses Symptom wird von Brocq und Jaquet, Touton u. a. als das primäre aufgefaßt und der Affektion als *Pruritus localis* mit sekundärer Lichenifikation unter der Bezeichnung *Neurodermitis chronica circumscripta* Brocq eine Sonderstellung zugewiesen, wie dies auch schon von Vidal unter der Benennung »Lichen simplex chronicus« geschah.

Soweit meine Erfahrungen reichen, möchte ich mich, besonders mit Rücksicht auf den günstigen Effekt, den die Behandlung mit Unguentum contra scabiem, Pyrogallolsalben, wie beim »*Eczema marginatum*«, äußert, der Anschauung Neissers anschließen, welcher den mykotischen Charakter dieser Affektion für wahrscheinlich hält (*Streptokokkendermatitis*, *Epidermite chronique à Streptococcus Sabouraud*). In jedem Falle ist sie vom Ekzem auszuschließen.

Gewisse Entwicklungsstadien des Lichen planus, welche bei flüchtiger Betrachtung mit papulösen Ekzemen verwechselt werden könnten, werden sich bei nur etwas genauerer Analyse vor allem anderen durch die Derbheit und den Glanz der Lichenknötchen unterscheiden lassen.

Die Skabies, welche ja zum Teile als ein (eigenartiges) Ekzem anzusehen ist, wird sich vor allem durch die Lokalisation der Krankheitserscheinungen ausreichend charakterisieren; außerdem dürfte sich im allgemeinen der Umstand differentialdiagnostisch verwerten lassen, daß die Effloreszenzen bei Skabies nur selten so dicht stehen wie bei einem idiopathischen Ekzeme; das Disseminierte derselben auf Bauch, innere Schenkelflächen etc. bedingt auch eine Eigentümlichkeit im klinischen Bilde dieser Erkrankung.

Die Extreme im Entwicklungsgange und Verlaufe der Ekzeme können der Diagnose gelegentlich Schwierigkeiten bereiten. Das akute Ekzem des Gesichtes kann zufolge der beträchtlichen Rötung und Schwellung dem Bilde des Erysipels ähneln, wird sich jedoch durch den Mangel scharfer Begrenzung und durch das Auftreten zahlloser, besonders bei schiefer Beleuchtung deutlich werdender Bläschen von diesem leicht unterscheiden lassen.

Der Schwierigkeiten, welche der Beurteilung der eigentlichen chronischen Ekzeme entgegenstehen, haben wir bereits erwähnt; es erscheint fraglich, ob dieselben noch als Ekzeme oder als parasitäre Erkrankungen aufzufassen sind; jedenfalls ist deren Entwicklung aus echten Ekzemen sichergestellt, und ihre Genësis dokumentiert sich auch gelegentlich durch Nachschübe neuer Knötchen und Bläschen in der Peripherie der chronischen umschriebenen Krankheitsherde, wodurch der Grundcharakter der Erkrankung wieder deutlich wird.

Die **Prognose** des Ekzems ist im allgemeinen nicht zu bestimmen, sie schwankt je nach der Art der einzelnen Fälle und je nach den ätiologischen Faktoren derselben. Bezüglich des Lebens ist sie allerdings eine durchaus günstige, aber bezüglich der Dauer ergeben sich sehr weitgehende Differenzen. Soweit sich bestimmte Anomalien der Konstitution oder Organerkrankungen mit Sicherheit als Ursache desselben nachweisen ließen, ist die Prognose im allgemeinen abhängig von der Prognose dieser. Aber in der Mehrzahl der Fälle wird es ziemlich schwer fallen, den Konnex des Ekzems mit einer gleichzeitig vorhandenen anderweitigen Erkrankung mit Sicherheit zu erweisen, und für viele Fälle läßt sich bei dem heutigen Stande unserer Kenntnisse nicht einmal ein ätiologisches Moment auch nur vermuten. Die Prognose dieser Fälle wird von ihrem ganzen Charakter und ihrer ganzen Geschichte abhängen und in jedem Falle reserviert zu stellen sein. Zu ihnen gehören vor

allem die Ekzeme im Säuglings- und Kindesalter, ganz besonders wenn dieselben in der betreffenden Familie heimisch sind. Solche Ekzeme können (freilich in wechselnder Intensität) für das ganze Leben andauern. Nicht viel günstiger sind gewisse, im mittleren Lebensalter ohne nachweisbare Ursache auftretende und vielleicht auf nicht näher zu definierende, abnorme Stoffwechselvorgänge zu beziehende Ekzeme zu beurteilen, die trotz aller Sorgfalt der Behandlung durch viele Jahre widerstehen.

Unter dieselben Gesichtspunkte fallen jene Fälle, denen sich ein (essentielles) urtikarielles Element zugesellt und bei welchen sich, wie erwähnt, die Ekzemeffloreszenzen auf ödematösen Knoten entwickeln.

Das Ekzem heilt, wenn, wie wir schon hervorgehoben haben, demselben die Tendenz zur Heilung innewohnt, und es dauert trotz aller möglichen bis heute bekannten Heilmittel und -Methoden fort, wenn sich die zumeist nicht erfaßbaren ätiologischen Faktoren nicht von selbst erschöpfen.

Therapie. Wer die zeitweilig auch noch heute geäußerte Meinung hört, daß die Heilung des Ekzems gelegentlich zu schweren Störungen des Allgemeinbefindens führen könne, wird erwarten dürfen, daß wir gerade beim Ekzeme über besonders wirksame und spezifische Heilmittel verfügen. Der tatsächliche Stand unserer Ekzemtherapie wird ihn aber in dieser Hinsicht nicht wenig überraschen und enttäuschen.

Es kann am Eingange eines Kapitels über Ekzembehandlung nicht eindringlich genug betont werden, daß es keine spezifische Therapie des Ekzems und kein Mittel gibt, welches einen direkten Einfluß auf die Krankheit selbst zu äußern imstande wäre, und daß alle therapeutischen Maßnahmen, wenigstens in der Hauptsache, nicht mehr leisten, als daß sie durch Beseitigung gewisser Zustände und Hintanhaltung gewisser Schädlichkeiten die Bedingungen, unter denen das Ekzem heilen kann, herstellen. Ermangelt der Erkrankung die Tendenz zur Heilung, dann wird diese auch durch keines der gebräuchlichen Mittel und keine der wenigstens bis heute bekannten Heilmethoden erzwungen werden. Die Therapie des Ekzems ist in erster Linie eine rein symptomatische, und es muß bei der beschränkten Leistungsfähigkeit unserer Lokaltherapie fast wie Ironie klingen, wenn man die zu rasche Heilung des Ekzems als Quelle aller möglichen Übel beschuldigt. Daß wir aber in jenen Fällen, in welchen wir nicht nur symptomatisch behandeln, sondern auch in der Lage zu sein glauben, eine kausale Therapie einzuleiten, indem wir einen vorhandenen Diabetes, oder Magen- oder Darmkatarrh, eine Anämie oder Albuminurie etc. behandeln, zu schaden imstande seien, wird wohl niemand ernstlich behaupten wollen. Vor der gerade bei der Ekzembehandlung so schädlichen Vielgeschäftigkeit muß

besonders gewarnt werden. Dieselbe kann, wie wir schon angedeutet haben, eine kausale oder symptomatische sein; die erstere ist zumeist eine allgemeine und innerliche, die letztere vornehmlich eine äußere und lokale. Die kausale Therapie hat vor allem die Behandlung der Krankheitszustände zum Ziele, welche wir bei der Besprechung der Ätiologie als mögliche, direkte oder indirekte Ekzemursachen kennen gelernt haben. Für dieselben werden allgemein medizinische Grundsätze bestimmend sein. Hier haben wir uns nur mit jenen Maßnahmen näher zu befassen, welche ihrer Natur nach als rein empirische, doch meist in der dunklen Vorstellung, daß sie umstimmend und auf diesem Wege auf das Ekzem günstig wirken, getroffen werden.

Besonders ist es der Arsenik, welcher von diesen oder ähnlichen Gesichtspunkten aus gegen das Ekzem Verwendung findet. Aber man ginge wohl viel zu weit, wenn man demselben eine spezifische Wirkung auf den ekzematösen Prozeß zuschreiben würde, denn er läßt leider nicht nur sehr häufig und gerade in jenen Fällen, die einer Lokalthherapie nur schwer zugänglich sind, im Stiche, sondern ist wohl zeitweilig auch imstande, durch Zunahme der entzündlichen Erscheinungen und des Juckens zu schaden, wenigstens wird man sich gar nicht so selten dieses Eindruckes nicht erwehren können. Wenn der Arsenik demnach auch kein Heilmittel des Ekzems schlechtweg ist und seine Indikation nicht in diesem selbst findet, so ist er doch häufig von vortrefflicher Wirkung in solchen Fällen, in welchen, wie diese schon von Hardaway, Morrow u. a. betont wurde, der Allgemeinzustand, durch Darniederliegen der Ernährung, Anämie und Chlorose etc., dessen Anwendung erfordert. In dieser eigentlich mehr symptomatischen Anwendungsweise des Arsens ist die hauptsächlichste Quelle der oft vortrefflichen Wirkung dieses Medikamentes zu suchen, dessen Verordnung am besten in Verbindung mit Eisen geschieht.

Nach Jarisch verordnet man

Sol. Fowleri 2·0,
Tinct. ferri pomati,
Tinct. amaræ aa. 10·0.

Täglich dreimal allmählich steigend 10—15 Tropfen zu nehmen.

Oder in Pillenform:

Acid. arsenic. 0·03—0·05,
Ferri sulf.,
Sodæ bicarb. aa. 5·0.
Extract. nucis vomic. 0·5,

Pulv. et extr. gent. aa. q. suff. ut f. pill. No. 100.

Täglich 3—5 Pillen allmählich steigend zu nehmen.

Auch der Gebrauch von arsenhaltigen Wässern, wie von Roncegno, Levico, besonders des meist leicht vertragenen Wassers von Srebernica

in Bosnien, der sogenannten Guberquelle, zu 1—4 Eßlöffel steigend für Erwachsene oder eben so viele Kaffeelöffel für Kinder durch 6—8 Wochen hindurch, bewirkt oft recht zufriedenstellende Erfolge.

Das von Lewin empfohlene Ergotin, dessen Wirkung für die Mehrzahl der Fälle von sehr problematischem Werte ist, wird nur ausnahmsweise in Gebrauch zu ziehen und höchstens für jene Fälle zu reservieren sein, in denen das angioneurotische Element besonders stark in Erscheinung tritt; ich glaube unter diesen Verhältnissen eine günstige Wirkung vom Ergotin, welches bis zu 1 g pro die verabreicht wird, gesehen zu haben.

Wie weit die Regelung der Diät, die Enthaltbarkeit von Tee, Kaffee, Alcoholicis, von Fischen, Schweinefleisch, gesalzenen und gepfefferten Speisen etc., wie sie insbesondere von den französischen Fachmännern gefordert wird, unter die Gesichtspunkte einer allgemeinen und kausalen Therapie falle und für alle Ekzeme in Betracht komme, möchten wir wohl dahingestellt sein lassen. Wie aber in rebellischen Fällen der Wechsel des Wohnsitzes der Kranken oft eine auffällig günstige Wirkung zu äußern vermag, so wird sich die Regelung der Ernährung der Kranken a priori auch nicht als für alle Fälle bedeutungslos bezeichnen lassen. Ich habe es wiederholt erlebt, daß Kranke, welche, ermüdet von der fachmännischen Behandlung, aus eigenem Antriebe sich dem Vegetarianismus ergaben, eine entschiedene, wenn auch immer nur vorübergehende Besserung ihres Zustandes erfuhren. Ohne den modernen, übertriebenen und schablonenmäßigen Naturheilmethoden das Wort zu reden, wird man doch aus solchen Experimenten, welche die Kranken an sich selbst anstellen, etwas lernen dürfen und jeden exklusiven Standpunkt aufgeben. Berichtet doch auch Neusser in seinen hämatologischen Mitteilungen über einen von fachmännischer Seite vergeblich behandelten Ekzemfall, der durch Vegetarianismus (und Ichthyol, welches an dem günstigen Erfolge wohl unschuldig sein dürfte) geheilt wurde. Gerade auf diesem Gebiete wird der rationelle Arzt reichliche Gelegenheit zur individualisierenden Behandlung finden und gerade beim Ekzeme ist die individualisierende Behandlung eine *conditio sine qua non*.

Auch leichte Kaltwasserkuren sind in hartnäckigen Fällen oft von sehr günstigem Einflusse. Wenn auch sie vor Rezidiven nicht zu schützen vermögen, so kann man doch von solchen hydriatischen Prozeduren von kurzer Dauer, wie Halbbädern, Duschen, bei denen nicht die mazerierende Wirkung des Wassers, wohl aber ihr günstiger Einfluß auf das Nervensystem etc. zur Geltung kommt, häufig nicht nur eine Abnahme der subjektiven Beschwerden, wie insbesondere des heftigen Juckens, erfahren, sondern auch eine vollkommene, allerdings auch nur temporäre Abheilung des Ekzems sehen, das monatelang den gebräuchlichen Behandlungsmethoden widerstand. Bezüglich der Maßnahmen, welche zu treffen sind, um den schädlichen Nebenwirkungen des Wassers zu begegnen, ver-

weisen wir auf jene Stelle, wo wir von der Anwendung des Wassers als lokaltherapeutischem Mittel handeln werden.

Die Lokaltherapie des Ekzems ist, wie wir schon hervorgehoben haben, in erster Linie eine symptomatische und richtet sich vor allem gegen gewisse Zustände, auf deren Erörterung wir, wenn wir die allgemeine Wirkung der gebräuchlichen Mittel besprochen haben, näher eingehen werden. Bei der Wahl der zu verwendenden Mittel entscheiden aber nicht allein die allgemeinen, aus dem jeweiligen Krankheitszustande selbst sich ergebenden Indikationen, sondern vor allem der Umstand, wie groß die Empfindlichkeit der Haut des Kranken gegen therapeutische Eingriffe ist.

Diese Reizbarkeit ist aber keine für alle Fälle gleich bleibende Größe, sie wechselt vielmehr je nach den verschiedenen Stadien des Ekzems und auch je nach den verschiedenen Individuen. Die Ermittlung ihres Grades bildet eine der wichtigsten und ersten Aufgaben der Ekzembehandlung, da von ihr die Wahl des jeweilig anzuwendenden Mittels abhängig gemacht werden muß. Denn die gebräuchlichen Mittel wirken nicht immer gleich günstig und es gibt nur wenige, welche nicht unter Umständen, id est bei besonders hoher Reizbarkeit, auch zu Schaden imstande wären. Von diesen Gesichtspunkten aus lassen sich die Ekzemmittel einteilen: in solche, welche in der Regel und selbst bei hoher Reizbarkeit indifferent wirken, und in solche, welche gelegentlich eine reizende und demnach schädliche Nebenwirkung zu äußern vermögen.

Zu den ersteren wären zu rechnen die austrocknenden und deckenden, zu den letzteren: 1. die mazerierenden, 2. die die Hyperämie vermindernden und demnach die normale Kornifikation fördernden und 3. die die subjektiven Erscheinungen, vornehmlich das Jucken mildernden. Wenngleich diese Einteilung keinen Anspruch erheben kann, eine scharfe zu sein, und die Mittel der einen Kategorie gelegentlich auch im Sinne einer anderen wirken, so muß ihr als einer doch im allgemeinen zutreffenden und orientierenden kein geringer praktischer Wert zuerkannt werden.

Die Irritabilität der Haut eines Ekzemkranken ist, von den individuellen Verschiedenheiten abgesehen, am größten bei den akuten Ekzemen und bei den chronischen Formen zur Zeit frischer Ausbrüche. Hier werden demnach die Mittel der ersten Kategorie am Platze sein und die der anderen nur mit Vorsicht und unter genauer Kontrolle angewendet werden dürfen.

Indem wir die nähere Ausführung dieser Gesichtspunkte auf die Besprechung der Therapie der einzelnen Ekzemformen selbst verschieben, wollen wir nun zunächst zur Erörterung der verschiedenen, bei der Behandlung des Ekzems in Verwendung stehenden Mittel übergehen.

1. Austrocknende, deckende, indifferente Mittel.

Unter diesen haben wir zunächst der Puder zu erwähnen. Ihre Wirkung ist eine ausschließlich physikalische, indem sie die Sekrete aufsaugen und mit ihnen einen feinen, schützenden Überzug auf der Haut bilden. Demzufolge ist ihre Zusammensetzung ziemlich nebensächlich; weit wichtiger als diese ist die möglichste Feinheit derselben, insofern sie einerseits in dieser Beschaffenheit ihrem Zwecke am besten entsprechen, anderseits in grobkörnigerem Zustande bei der hochgradigen Empfindlichkeit der ekzematösen Haut zu reizen vermögen. Den bestehenden Indikationen wird weiters am besten durch die reichliche Anwendung der Streupulver entsprochen; am besten eignen sich zu ihrer Applikation aus Wollsträhnen angefertigte Puderquasten.

Von den zahlreichen in Verwendung stehenden Pudern seien nur die Weizen- oder Reisstärke und das (besonders geeignete) Federweiß erwähnt. Der Zusatz von anderen pulverförmigen Stoffen, wie Zinkoxyd, Magisterium bismuthi etc., etwa im Verhältnisse von 10%, hat keinen besonderen Wert und verteuert die Behandlung. Hingegen erscheint die Beigabe von zirka 1% Bolus ruber bei der Verwendung im Gesicht und den Händen nicht unzweckmäßig, weil dadurch die Farbe des Puders der Hautfarbe ähnlicher wird.

Weit mehr als die einfachen Streupulver leisten die Pasten als deckende und vor äußeren Reizen schützende Mittel. Ihre zuerst durch Lassar empfohlene Anwendung bedeutet einen ganz entschiedenen Fortschritt in der Ekzemtherapie. Vor allem ist es die von Lassar selbst empfohlene Paste, welche die allgemeinste Anwendung verdient; sie hat die folgende Zusammensetzung:

Rp. Acid. salicyl. 2·0,
Vasellini flavi 50·0,
Zinci oxyd.,
Amyl. puri aa. 25·0.
M. f. past.

An Stelle der Salizylsäure können 2—5% Borsäure, welche vielleicht noch indifferenter wirkt, zugesetzt und, um die Paste in ihrer Farbe jener der Haut ähnlicher zu gestatten, zirka 1% Bolus ruber oder nach den Angaben Brookes zur Herstellung färbiger Salben auch gleichzeitig Umbra naturalis beigemennt werden.

Die Lassarsche Paste wirkt vor allem als austrocknendes, einen trocknenden Überzug bildendes Mittel und vermag ihrer Aufgabe am besten zu entsprechen, wenn sie mittels Pinsels oder der flachen Hand in dünner Lage auf die Haut aufgestrichen und hierauf, um das Austrocknen zu fördern, tüchtig eingepudert wird. In dieser Weise appliziert, gewährt sie der Haut nicht nur einen wirksamen Schutz gegen äußere

Einflüsse, wie Kleiderreibung, Schweiß, Einwanderung von Entzündungserregern etc., sondern wirkt auch, offenbar infolge von Abschluß der Luft usw., auf das Jucken günstig ein, wodurch wieder eine Schädlichkeit, nämlich das Kratzen, herabgemindert wird.

Die Lassarsche Paste wurde vielfach modifiziert, doch muß es mehr als fraglich erscheinen, ob sie dadurch an Wirksamkeit gewonnen habe. Von Unna wurde z. B. eine Paste folgender Zusammensetzung empfohlen:

Rp. Zinci oxyd. 10·0,
Terrae siliceae 2·0,
Adipis benzoati 3%¹⁾ 28·0.

Der durch den Gehalt an Terra silicea bedingte, sehr stark austrocknende Einfluß dieser Paste schlägt aber häufig zu deren Nachteil um; auch zufolge ihres Fettgehaltes scheint sie an indifferenter Beschaffenheit einzubüßen.

Das letztere gilt auch von dem von Lassar angegebenen Zinköl von der Zusammensetzung

Rp. Zinci oxyd. 60·0,
Olei oliv. 40·0.

welches, ebenfalls an die Haut antrocknend, einen schützenden Überzug über dieselbe bildet.

Daß der Gehalt an Zinkoxyd zur günstigen Wirkung der vorstehenden Präparate beiträgt, soll nicht in Abrede gestellt werden, doch tritt die Zusammensetzung gegenüber dem Umstande, daß es sich in erster Linie um eine schützende, nicht reizende Decke handelt, an Bedeutung zurück.

Dies beweist die gleich günstige Wirkung der medikamentösen Leime, welche mit den bisher erörterten Präparaten die Bildung einer nach außen hin abschließenden Decke gemein haben.

Dieselben wurden zuerst von Pick für die Behandlung gewisser Ekzemformen empfohlen. Die Picksche Formel lautet:

Rp. Gelatin. alb. 30·0,
Aqu. dest. q. s.
(macera per aliquot horas, deinde liquefac. in balneo aquae et evapora ad pondus 75·0).

Adde: Glycerini 25·0,
Hydrargyr. bichlor. corros. 0·05.
Antea in pauxill. aqu. solut.

Da dieses Präparat aber zufolge seines Gehaltes an Sublimat gelegentlich zu reizen imstande ist, so dürfte sich im allgemeinen der

¹⁾ Adipis suillae 100·0, Acid. benzoic. 3·0.

von Unna empfohlene Zinkleim besser eignen; eine sehr brauchbare Formel für denselben ist die folgende:

Rp. Zinci oxyd.,
Gelatin. alb. aa. 15·0,
Glycerin. 25·0,
Aqu. dest. 45·0.

Die medikamentösen Leime stellen bei gewöhnlicher Temperatur feste, elastische Kuchen dar, welche bei ihrer Applikation vorher in einem, in heißes Wasser gestellten Gefäß geschmolzen und in diesem Zustande mittels eines Borstenpinsels dünn aufgetragen werden. Sie trocknen ziemlich rasch an und bilden eine dünne, elastische Decke, welche durchschnittlich durch 24 Stunden festhält und nicht nur der Haut vor äußeren Insulten Schutz gewährt, sondern auch dem Patienten durch Verringerung des Juckreizes eine wesentliche Erleichterung verschafft.

Das Anwendungsgebiet der Leime ist aber ein weit beschränkteres als jenes der Pasten; sie können nämlich bei Individuen, welche stärker schwitzen, keine Anwendung finden, da durch den Schweiß eine Erweichung und Ablösung derselben erfolgt. Aus dem gleichen Grunde verbietet sich deren Anwendung, sobald das Ekzem auch mit nur mäßigem Nässen einhergeht, unter welchen Umständen die Pasten noch vortreffliche Dienste zu leisten imstande sind. Hierbei kommt nicht nur der Ausfall der Wirkung in Betracht, sondern zugleich auch der Umstand, daß die abgelösten Gelatinepartikelchen wieder erstarren und so die empfindliche, ekzematöse Haut mechanisch zu reizen und dadurch den Juckreiz bedeutend zu steigern vermögen.

Neben den im vorstehenden erörterten Präparaten wurde noch eine ganze Reihe von an die Haut antrocknenden Mitteln empfohlen; so das Linimentum exsiccans Pick:

Rp. Traganth. 5·0,
Glycerin. 2·0,
Aqu. dest. 100·0 (mit 2% Salizylsäure).

das sogenannte Gelanthum Unna (eine Mischung von Tragant, Gelatine und Wasser) usw., Präparate, welche den Leimen gegenüber wohl den Vorzug der leichteren Applikation haben, aber auf der Haut stark austrocknen, spröde werden, sich abblättern und infolge des Kitzels, welches die sich ablösenden Partikelchen verursachen, das Jucken vermehren und reizen können.

Wenigstens wird man bei ausgebreiteter Anwendung der genannten Präparate diese Erfahrung machen können, während ihre lokalisierte Verwendung immerhin zweckdienlich sein kann.

Im allgemeinen vorteilhafter scheint mir das von Boeck gegen entzündliche, stark juckende, nicht nässende Hautkrankheiten überhaupt empfohlene Bleiwasserliniment:

Rp. Talei pulveris.,
Amyli aa. 100·0,
Glycerini 40·0,
Aqu. plumb.,
Solut. acid. bor. 1% aa. 100·0.

M. D. S. Mittels Watte oder einer Malerbürste aufzutragen.

Dieses Liniment trocknet ziemlich rasch an und der Patient kann sich schon in wenigen Minuten wieder bekleiden.

2. Mazerierende Mittel.

Die in diese Kategorie einzureihenden Mittel haben sämtlich eine erweichende, Krankheitsprodukte entfernende Wirkung gemein, zugleich bilden sie einen deckenden, luftabschließenden Überzug über die Haut. Die Hauptrepräsentanten derselben bilden die animalischen oder vegetabilischen Fette und Salben.

Von den verschiedenen Fetten stehen hauptsächlich das festere Schweinefett, der Hammeltalg oder das flüssige Olivenöl teils für sich, teils als Salbenkonstituens im Gebrauche. Neben dem Schweinefett wird vielfach das Vaseline als Salbenkonstituens gebraucht, ja demselben in der Meinung, daß es sich wegen seiner Unzersetzlichkeit besser eigne, der Vorzug gegeben: aber namentlich mit Rücksicht auf die kardinale Wirkung der Salben, zu erweichen, mit Unrecht, da das Vaseline zufolge seines niederen Schmelzpunktes auf der Haut rasch zerfließt, von der Wäsche aufgenommen wird und damit seiner Hauptaufgabe nicht gerecht zu werden vermag. Aber auch der gerühmte Vorzug des Vaselins, daß es sich nicht zersetze, ist ein prekärer, da dasselbe, als erweichendes Mittel und in Salbenform verwendet, gar nicht so selten irritierend wirkt. Der Hauptindikation der Salben, nämlich zu erweichen, sind am besten jene zu entsprechen imstande, welche eine beträchtlichere Konsistenz und keinen zu niederen Schmelzpunkt besitzen, infolgedessen auch bei Körperwärme nicht zerfließen. Schon aus diesem Grunde allein gebührt vor allen gebräuchlichen Salben der alten Hebraschen Diachylonsalbe der Vorzug.

Ihr am nächsten steht in dieser Beziehung die Borsalbe folgender Zusammensetzung:

Rp. Acid. borici 10·0,
Paraffini,
Cerae alb. aa. 25·0,
Ol. oliv. q. suff. ut f. Unguent. spiss.

Auch die Unnaschen Salbenmulle, welche Salben darstellen, die aus mit Benzoesäure versetztem Hammeltalg oder Vaseline, Lanolin, Adeps lanae und Wachs unter Beisatz von Zinkoxyd etc. bereitet und auf dünnem Mullstoff aufgezogen sind, eignen sich zu den gedachten Zwecken sehr gut.

Um die volle Wirkung dieser Salben zu erzielen, ist es nötig, dieselben auf Leinwand gestrichen aufzulegen und in entsprechenden Verbänden, welche die Salbe nicht nur auf den kranken Stellen fixieren, sondern auch deren Aufsaugung durch die Wäsche etc. verhindern, zu befestigen. Zu letzterem Zwecke erscheint es geboten, den Salbenfleck mit Flanell oder Watte, welche, wenn sie einmal mit Fett vollgesaugt, ihrem Zwecke am besten entsprechen, zu bedecken. Inwieweit besondere Indikationen für den Gebrauch einer bestimmten Salbe bestehen, ist schwer zu sagen; der Hauptindikation ist jedenfalls mit der Mazeration und dem Abschlusse nach außen entsprochen, doch läßt sich eine spezielle Wirkung, besonders was die Diachylonsalbe anlangt, ohne freilich die Art derselben näher präzisieren zu können, nicht in Abrede stellen.

Diese Wirkung, welche die Diachylonsalbe jedenfalls ihrem Bleigehalte verdankt, mag es auch zugleich verschulden, daß dieselbe, so Vortreffliches sie bei torpiden Ekzemformen auch leistet, in manchen Fällen mit erhöhter Irritabilität nicht vertragen wird und dieselbe nicht als milde Salbe erscheinen läßt.

Am behaarten Kopfe können die dickeren Salben als Mazerationsmittel aus dem Grunde nicht Anwendung finden, weil die Haare verkleben und dadurch die Entfernung der Krankheitsprodukte und der Salbenreste unmöglich wird. Hier sind die flüssigen Fette, wie vor allem das Olivenöl und die weicheren Salben, als deren Konstituens am besten reines Schweinefett, welches, um seiner Zersetzung vorzubeugen und den üblen Geruch zu korrigieren, zweckmäßig mit 3% Acid. benzoic. versetzt wird, am Platze. Sie werden mit dem Zusatze von Acid. salicylicum (2—4%), Acid. boricum (5—10%) etc. mittels Borstenpinsels in die Kopfhaut eingerieben und ihre Fixierung daselbst durch Flanellhauben u. dgl. gesichert.

Außer zum Zwecke der Erweichung und Entfernung der Krankheitsprodukte finden die Salben noch Verwendung, um die infolge des Ekzems trockene und diffus schilfernde oder von vorneherein fettarme und zu Ekzemen geneigte Haut weich und geschmeidig zu machen. Hierzu eignen sich die weicheren Salben besser als die konsistenten; so z. B. eine der im folgenden angeführten:

Rp. Oxyd. zinci,
Tinct. benzoës aa. 2·0,
Unguent. emoll. 20·0.
M. f. Unguent. S. Zinksalbe.

oder

Rp. Benzoës pulver. 5·0,
 Adipis suill. 160·0.
 Digere, cola et adde:
 Zinci oxyd. 25·0.
 S. Wilsonsche Salbe.

oder

Rp. Lanolin. 65·0,
 Paraffin. liquid. 30·0,
 Ceresin,
 Acid. borici aa. 5·0.
 Liquef. f. Unguent. S. Lanolinsalbe.

Die Verwendung der Salben als Mazerationsmittel hat in der neueren Zeit zugunsten der sogenannten Pflastertherapie des Ekzems eine vielfache Einschränkung erfahren.

Es läßt sich nämlich nicht verkennen, daß die Salben gar nicht selten allerlei ungünstige Nebenwirkungen äußern. Diese bestehen vor allem darin, daß sie infolge Diffusion in der Umgebung der Applikationsstelle die Haut an Stellen mazerieren, wo dieses nicht am Platze ist, dadurch reizen und eine periphere Ausbreitung des Ekzems bedingen. Ferner gibt es Individuen, welche überhaupt keine Fette vertragen und auf jeden Versuch ihrer Applikation eine Verschlimmerung ihres Ekzems erfahren, und endlich fällt der üble Geruch und die Notwendigkeit, besondere Verbände anzulegen, lästig. Dies sind Nachteile, welche wenigstens bis zu einem gewissen Grade bei der Behandlung mit Pflastern vermieden werden können und die die Bevorzugung der Pflastertherapie gerechtfertigt erscheinen lassen, zumal gerade in der Erzeugung derselben große technische Fortschritte zu verzeichnen sind. Dies gilt vornehmlich in Hinsicht auf die Unna-Beiersdorf'schen Pflaster, welche technisch vollendete Präparate darstellen, wie die sogenannten Guttaperchaspflastermulle, die auf einem Mullgewebe eine dünne Guttaperchaschicht, auf welcher eine beliebige Pflastermasse gleichmäßig ausgebreitet ist, tragen. In der neueren Zeit wurde von Unna die ebenfalls von Beiersdorf hergestellte sogenannte Paraplaste empfohlen, deren Klebmasse mit Paragummi hergestellt ist, und welche sich von den Guttaperchamullen vorteilhaft dadurch unterscheidet, daß sie auf einem weit kompakteren Gewebe, welches eine der Haut (entfernt) ähnliche Farbe hat, aufgetragen ist. Diese Präparate zeichnen sich durch ihre ausgezeichnete Klebkraft und Geschmeidigkeit, derzufolge sie mit Leichtigkeit an allen Körperstellen appliziert werden können, aus. Für die Ekzembehandlung kommen vornehmlich die Zinkoxyd- und Salizylsäurepflastermulle (beziehungsweise Paraplaste) in Betracht. Eine besondere Wirkung ist aber all diesen oder ähnlichen Präparaten nicht zuzusprechen; ja ihre ausgezeichnete Klebkraft und die dadurch bedingte erhöhte Mazerationsfähigkeit scheint mir bei empfindlicherer Haut eher einen Nachteil zu bedeuten, insofern durch dieselbe leicht eine Reizung hervorgerufen wird. In keinem Falle steht ihnen die Wirkung des von Pick empfohlenen 5—10%igen Salizylseifenpflasters nach der Formel:

Rp. Acid. salicyl. 5·0—10·0,
 Emplastr. saponat. 100·0.
 Liquefact. f. empl.

welches allerwärts leicht hergestellt werden kann und sich demgemäß auch viel billiger stellt, nach, wenn auch seine Klebekraft der jener nicht gleichkommt, und zufolge des Umstandes, daß es in dickeren Schichten auf die Leinwand aufgetragen werden muß, auch deren Geschmeidigkeit nicht erreicht wird, und somit auch gleich elegante Verbände nicht zu erzielen sind.

Das Wasser in Form von Umschlägen als Mazerationsmittel bei Ekzemen zu verwenden, verbietet sich zufolge der reizenden Wirkung, welche dasselbe auf die ekzematöse Haut zu äußern vermag. Auch die Methode, die Erweichung der Krankheitsprodukte durch die Perspirationsflüssigkeit besorgen zu lassen, indem man die betreffenden Körperstellen mit impermeablen Stoffen, wie Kautschuk, in Form von Fingerlingen, Hauben oder ganzen Gewändern, umgibt, wird, von der bedenklichen Preisgebung jeder Reinlichkeit und Antisepsis abgesehen, aus analogen Gründen zu perhorreszieren sein. Hingegen erweist sich die Mazeration mittels Umschlägen von verdünnter essigsaurer Tonerde, etwa nach folgender Formel bereitet:

Rp. Alumin. erudi 5·0,
Plumb. acet. 10·0,
Aqu. dest. 500·0.
Filtr. S. Zu Umschlägen.

oft und selbst in Fällen von akuten Ekzemen, in denen die bisher aufgezählten Mazerationsmittel zufolge ihrer unter diesen Umständen reizenden Wirkung kontraindiziert sind, häufig von ganz ausgezeichnetem Erfolge. Auch 2—4%ige Lösungen von Borsäure sind in gleicher Verwendung oft sehr nützlich. Offenbar sind es die entzündungswidrigen Eigenschaften dieser Lösungen, welche für die günstigen Wirkungen verantwortlich zu machen sind. Immerhin gibt es Ekzeme, welche auch durch diese Mittel eine Verschlimmerung erfahren.

3. Die Hyperämie vermindernde Mittel.

Ist der günstige Einfluß auf die hyperämischen Gefäße eine allgemeine Eigenschaft aller beim Ekzem in Verwendung stehenden Mittel, so kommt doch einer Gruppe von Präparaten eine ganz besondere Wirkung auf die Hyperämie der Hautgefäße zu, nämlich den verschiedenen Teerpräparaten.

Aber nicht jede Erweiterung und Blutfülle der Hautgefäße indiziert die Anwendung derselben. Nur die atonische, venöse Hyperämie vermag der Teer günstig zu beeinflussen, während er, auf Hautstellen appliziert, welche sich im Zustande der aktiven, fluxionären Hyperämie befinden, reizend und verschlimmernd einwirkt. Mit anderen Worten: Der Teer findet seine Indikation in allen Fällen chronischer Ekzeme, sobald sie sich im Stadium der Torpidität befinden. Bei akuten Ekzemen und bei chronischen, zur Zeit frischer Nachschübe, ist er kontraindiziert: hier wirkt er in der Regel auf die entzündlichen Erscheinungen steigernd ein. Hauptsächlich findet er sein Anwendungsgebiet bei den schuppenden

Formen, während die nässenden dessen Anwendung nur mit Vorsicht gestatten.

So vortreffliche Dienste derselbe bei entsprechender Indikationsstellung auch zu leisten vermag, und so sehr er auch in vielen Fällen unentbehrlich ist, so sehr er die Heilung mancher chronischer Ekzeme fördert und zu einer dauerhaften zu gestalten vermag, so kann doch nicht verschwiegen werden, daß bei seiner Applikation mannigfache Gefahren und Überraschungen drohen. Zunächst gibt es Individuen, welche den Teer in keiner Form und nach keiner Applikationsmethode vertragen; ferner solche, welche aus seiner Verwendung erst nach Angewöhnung an allmählich gesteigerte Konzentrationsgrade Nutzen ziehen.

Diese Tatsachen nötigen in jedem Falle, in welchem die Teerapplikation zum ersten Male erfolgt, zu gewissen Vorsichtsmaßregeln, welche darin bestehen, daß man im Beginne nur umschriebene Hautstellen mit dem Teerpräparate in Berührung bringt, und außerdem nur mäßige Konzentrationsgrade verwendet. Häufig gelingt es, die Toleranz für den Teer dadurch zu fördern, daß man die eingeteerten Stellen noch mit einem Salbenlappen oder Pflaster bedeckt, was sich insbesondere beim Übergange von der Salben- zur Teerbehandlung empfiehlt, und sobald der Versuch gemacht wird, noch teilweise nässende Stellen mit Teer zu behandeln. Von weiteren ungünstigen Nebenwirkungen des Teeres kommen die Teerakne (siehe diese) und die Teerintoxikation nach ausgedehnter Anwendung desselben mit den Erscheinungen von Fieber, Gastrizismus, Erbrechen, Ausscheidung eines dunkelgefärbten, teerhaltigen Urins in Betracht. Beide Zufälle gehören aber zu den seltenen Vorkommnissen.

Wird der Teer gut vertragen, dann äußert er auch in bezug auf das besonders die schuppenden Ekzeme in hohem Grade auszeichnende heftige Jucken vorzügliche Dienste, und fällt somit auch in die Kategorie der im nächsten Abschnitte abgehandelten Mittel.

Die Teerpräparate, welche zweckmäßig Verwendung finden, sind der Buchenteer, das *Ol. fagi*, der Birkenteer, *Ol. rusci*, und der Wacholderteer, *Ol. cadinum*. In ihrer Wirkung sind die verschiedenen Präparate ziemlich gleich; nur ein einziges Mal habe ich es erfahren, daß ein Ekzemkranker auf das *Ol. rusci* eine Verschlimmerung erfuhr, während ihm das *Ol. cadinum* stets vortreffliche Dienste leistete. Die verschiedenen Teersorten kommen entweder ohne Beimengung oder mit Fetten im Verhältnis von 10–50% gemischt zur Anwendung.

Als Vehikel für den Teer finden Verwendung: das Olivenöl, das Unguent. spl. oder eine der bisher erwähnten Salben. Die Applikation erfolgt am besten mittels Borstenpinsels, indem das Präparat möglichst dünn, aber ziemlich nachdrucksvoll eingerieben wird. Nach dem Ein-

teeren wird entweder, wie erwähnt, die betreffende Stelle mit einem Salbenlappen etc. bedeckt oder eingepudert.

Vortrefflich eignet sich auch für gewisse, noch zu besprechende Zwecke die Verwendung des Alkohols mit oder ohne Äther, als Lösungsmittel des Teeres, wie z. B. in der sogenannten Tinct. rusci Hebras nach der Formel:

Rp. Ol. rusci 50·0,
Äther. sulf.,
Spir. vini rectific. aa. 75·0.
Filtrā et adde:
Ol. lavandulae 2·0.
S. Teertinktur.

Vorzüglich wirken oft auch namentlich bei disseminierten papulösen Ekzemen schwache 1—2—5%ige alkoholische Teerlösungen mit oder ohne Zusatz von Äther.

Als ein sehr brauchbares Vehikel für den Teer (5—10% des letzteren) erweist sich auch das Linimentum exsiccans Pick und das von Unna empfohlene Unguentum caseīni (welches aus Alkali-Caseinat, Glycerin und Wasser besteht [Leistikow]), insbesondere für die Anwendung im Gesicht und an den Händen, wenngleich ich die von Unna gerühmte rasche Antrocknung an die Haut, wenigstens bezüglich des mir zur Verfügung gestandenen Präparates, nicht bestätigen kann.

4. Das Jucken vermindernde Mittel.

Wie alle Mittel, sobald sie nur auf das Ekzem günstig einwirken, die entzündliche Hyperämie verringern, so wirken sie sämtlich auch auf das Jucken mäßigend ein. Diese Wirkung ergibt sich aber nicht sofort, ist auch nicht immer eine ausreichende, und so besteht häufig das Bedürfnis nach rascher Linderung der die Kranken oft so besonders quälenden Empfindung. Wir haben schon erwähnt, daß der Teer namentlich in alkoholischen Lösungen in dieser Hinsicht ausgezeichnete Dienste zu leisten vermag, aber dessen Anwendungsgebiet ist ein beschränktes, und das gleiche gilt von den das Jucken häufig so günstig beeinflussenden Leimen. So bleibt noch eine ganze Reihe von Fällen übrig, in denen die Anwendung von Jucken mindernden Mitteln geboten erscheint. Alle in dieser Hinsicht zu Gebote stehenden Mittel haben gemeinsam, daß sie das Gefühl von Kälte erzeugen. In der Hervorrufung dieses Gefühles bekämpfen wir zugleich, freilich in der Regel nur vorübergehend, dieses lästige Symptom.

Hieraus erklärt sich die so günstige Wirkung kühler Übergießungen, bei denen der schädlichen Einwirkung des Wassers auf das Ekzem

sowohl durch die kurze Dauer der Prozedur als auch dadurch vorgebeugt wird, daß man durch Aufnahme der Feuchtigkeit, welche der Haut nach dem Abtrocknen mittels Badetüchern noch anhaftet, durch reichliches Einpudern die schädliche Mazerationswirkung des Wassers verhindert. Auch das Menthol ist ein in gleichem Sinne wirkendes Mittel. Unter allen Anwendungsformen desselben, welche empfohlen wurden (2—10%ige Lösung in Alkohol oder Öl oder Salben), scheint mir gegen Ekzem am besten die Lassarsche Paste oder eine ähnliche Paste mit dem Zusatz von $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ % Menthol zu entsprechen. Aber auch in dieser schwachen Konzentration empfinden manche Patienten das kontinuierliche Kältegefühl höchst unangenehm und weisen trotz der Verminderung des Juckens die weitere Anwendung des Mittels zurück.

Auch die alkoholischen Einreibungen wirken als Wärme bindende und demnach Jucken stillende Mittel und finden ihre Indikation bei allen nicht nässenden Ekzemformen. Sie werden mit purem Alkohol oder solchem mit dem Zusatz von 1—2% Salizylsäure u. dgl. gebraucht. Der entfettenden und austrocknenden Wirkung des Alkohols wegen erscheint es zweckmäßig, für unbehaarte Hautpartien etwa 10%, für behaarte 1—2% Glycerin hinzuzufügen.

Recht günstig wirkt oft, wie bei allen mit Jucken einhergehenden Hautaffektionen, das sogenannte Karbolglyzerin, etwa nach folgender Formel:

Rp. Acid. carbol. 3·0,
Glycerini 30·0,
Spirit. vini rect. 300·0.

S. Mittels Schwämmchens oder Watte zu betupfen.

Der Gehalt an Karbolsäure erscheint, trotzdem die letztere bei manchen Individuen Ekzem hervorzurufen vermag, nicht gerade absolut kontraindiziert, und wirkt zufolge der anästhesierenden Wirkung derselben oft besser auf das Jucken ein als die nicht mit derselben versetzten Präparate. Jedenfalls wird man sich aber die Möglichkeit einer reizenden Wirkung dieser Waschungen vor Augen halten müssen.

Die Behandlung der einzelnen Ekzemformen.

Die verschiedenen Ekzemformen lassen sich mit Rücksicht auf die therapeutischen Indikationen in zwei Gruppen teilen: 1. In solche Formen, bei welchen durchschnittlich eine erhöhte Reizbarkeit besteht, und 2. in solche, welche sich durch torpiden Verlauf auszeichnen.

Zur ersteren Gruppe gehören vor allem die akuten Ekzeme schlechtweg, und jene Fälle, welche wir nach Neisser unter den Begriff der chronischen Ekzematose gebracht haben; zur zweiten Gruppe die eigent-

lich chronischen Ekzeme, welche an ein und derselben Hautstelle lange persistieren und zu tiefgreifender Infiltration und Verdickung der Haut führen. Beide Gruppen sind mit Rücksicht auf die Wahl der Behandlungsmethoden strenge auseinanderzuhalten; die erstere erfordert ein möglichst reizloses Verfahren, die zweite eine mehr stimulierende Behandlung.

Wie wir schon erwähnten, wird aber die Reizwirkung nicht allein bestimmt durch die Qualität der angewendeten Mittel, sie ist vielmehr auch gleichzeitig das Resultat der Irritabilität der Haut, welche wieder abhängt von individuellen Eigenschaften einerseits und von der Form und dem Stadium des Ekzems anderseits.

Die individuelle Reizbarkeit wird für jeden einzelnen Fall stets besonders ermittelt werden müssen, und mit Rücksicht auf die großen Differenzen, die sich in bezug auf dieselbe ergeben, wird sich nur die allgemeine Regel aufstellen lassen, die Behandlung in jedem Falle mit möglichst indifferenten Mitteln zu beginnen. Bezüglich der vom Stadium und der Form des Ekzems abhängigen Reizbarkeit lassen sich aber besondere Gesichtspunkte festhalten und wir werden ihrer bei der nun folgenden Erörterung der Therapie der einzelnen Ekzemformen in erster Linie zu gedenken haben.

Zunächst verdient noch besonders hervorgehoben zu werden, daß die Reizbarkeit, wenn sie sich auch einerseits infolge individueller Eigentümlichkeiten als universelle dokumentiert, anderseits eine, den an verschiedenen Körperstellen etwa vorhandenen differenten Ekzemformen entsprechend, regionär verschiedene sein kann und somit die differente Behandlung an verschiedenen Stellen erfordert, mit anderen Worten, die Behandlung ist zunächst eine symptomatische und schöpft ihre Indikationen aus dem jeweiligen und jeörtlichen Zustande der kranken Haut.

Beim akuten Ekzem liegt die größte Reizbarkeit der Haut vor. Die Indikationen, die sich aus den einzelnen Stadien ergeben, sind die folgenden: Solange die Affektion sich noch im Stadium der einzelnen disseminierten Herde befindet, also ein papulöses oder vesikulöses Ekzem vorliegt, werden die deckenden, austrocknenden Mittel angezeigt sein. Die Verwendung der Mittel der zweiten Kategorie, also der mazerierenden, wäre, da sie doch nicht geeignet sind, auf den ekzematösen Prozeß einen direkten Einfluß zu nehmen, nicht nur zwecklos, sie würden auch zufolge ihrer mazerierenden Wirkung allein schon eine Steigerung der Krankheitsvorgänge auf der hochgradig reizbaren Haut bewirken.

Darum hat sich die Behandlung der papulösen oder vesikulösen Ekzeme, seien sie der Ausdruck eines typischen akuten Ekzems oder eine Teilerscheinung der chronischen Ekzematose, lediglich, oder wenigstens in erster Linie, auf die Abhaltung von äußeren Reizen zu beschränken, und die Erfahrung lehrt denn auch, daß, je besser dieser Indikation ent-

sprochen werden kann, um so besser auch der Heilerfolg ist. Bei akuten papulösen Ekzemen werden demnach die Anwendung der Puder, besonders der Pasten, des Bleiwasserlinimentes oder der Leime in Betracht kommen; bei vesikulösen Ekzemen, vornehmlich wenn die einzelnen Bläschen zur Konfluenz tendieren, besser nur die ersteren zu gebrauchen sein, und selbstverständlich alle äußeren Reize, wie sie in dem Einflusse der Sonne, des Windes, der strahlenden Wärme, der Kleiderreibung, des Schweißes, der Anwendung von Wasser in Form von Waschungen, Umschlägen oder von Seifen etc. gegeben sind, durch Aufenthalt des Patienten in einem nicht zu warmen Raume, unter leichter Bekleidung und durch entsprechendes Verhalten zu vermeiden sein. Insoweit die angeführten Maßnahmen nicht ausreichen, das Jucken alsbald zu verringern, wären unter Rücksichtnahme auf die besonderen Verhältnisse die speziell Jucken mildernden Mittel in Versuch zu ziehen. Mehr ist nicht zu leisten, und jeder Versuch, der Erkrankung energischer an den Leib zu rücken, wird zumeist von einer Steigerung der entzündlichen Erscheinungen gefolgt sein und das Ekzem, welches unter konsequenter Durchführung der besprochenen Maßnahmen als papulöses oder vesikulöses zur Abheilung gekommen wäre, zu einem nässenden steigern.

Ist das akute Ekzem bis zum Nässen gediehen, so gesellt sich den bisher erörterten Indikationen eine weitere hinzu. Die reichliche, auf die Oberfläche sich ergießende Exsudatflüssigkeit imbibiert die Wäsche, gerinnt und vertrocknet; infolge der Reibung der dadurch gesteiften Wäsche wird ein unheilvoller Einfluß auf die entzündlichen Erscheinungen ausgeübt; endlich vertrocknet das Exsudat auch auf der Haut selbst zu Krusten, unter denen sich der Eiter und die Exsudationsflüssigkeit ansammeln, zersetzen und wieder einen schädlichen Einfluß bedingen. Diese Umstände erfordern einerseits eine Isolierung der nässenden Stellen, anderseits die Anordnung solcher Maßnahmen, welche die Anhäufung und Zersetzung der Krankheitsprodukte verhindern.

Diesen Indikationen wären, wie wir gesehen haben, die Mittel der zweiten Kategorie zu entsprechen imstande, aber die Wahl derselben ist eine sehr beschränkte. Die Fette, Salben und Pflaster wirken bei der hochgradigen Reizbarkeit der Haut beim akuten Ekzem fast stets verschlimmernd ein und die Situation wird dadurch oft eine recht kritische. Die Anwendung von Puder allein vermehrt nur die Krustenbildung, die Pasten haften an den nässenden Stellen nicht oder werden alsbald weggeschwemmt, und die Leime sind von vorneherein ausgeschlossen. Unter diesen Verhältnissen ist die Anwendung von Umschlägen von essigsaurer Tonerde oder auch von Borsäurelösungen oft von vortrefflicher Wirkung, wenn nur Vorsorge getroffen wird, daß womöglich nur die nässenden Stellen der mazerierenden Wirkung ausgesetzt werden, und die im Stadium

der papulösen oder vesikulösen Ekzeme sich befindlichen Hautstellen in der ihnen entsprechenden Weise behandelt werden, und auch die gesund gebliebene Haut vor der Mazerationswirkung bewahrt wird. Aber wie man es erfahren kann, daß bei manchen Individuen selbst die Lassarsche Paste nicht vertragen wird und infolge deren Anwendung eine beträchtliche Steigerung des Juckens eintritt, und wie es Individuen gibt, die selbst durch die feinsten Puder eine unerträgliche Steigerung des Hautjuckens erfahren können, so empfinden manche mit akutem Ekzem behaftete Kranke unter diesen Umschlägen nicht, wie die Mehrzahl derselben, eine wesentliche Linderung ihrer Beschwerden, sondern vermehrtes Brennen, Unbehagen, Hitzegefühl, und erfahren alsbald eine beträchtliche Verschlimmerung des Ekzems. In diesen Fällen bleibt nichts übrig als der Versuch, die genannten mazerierenden Mittel etwa nur durch einige Stunden im Tage anzuwenden und in der Zwischenzeit einzupudern oder jede mazerierende Prozedur ganz zu vermeiden und nur einzupudern, und dieses Verfahren so lange fortzusetzen, bis sich die hochgradige Reizbarkeit der Haut verringert hat.

In manchen solcher Fälle hat sich die Anwendung der Lassarschen Paste in Form von Salbenumschlägen oft glänzend bewährt; die sehr mäßige mazerierende Wirkung der so applizierten Paste reicht gerade hin, um die Bildung von Krusten zu verhindern, und die Haut nach außen abzuschließen, ohne durch ihre Einwirkung auf die angrenzenden, nicht nässenden Hautstellen eine Reizwirkung hervorzurufen. Sobald die nässenden Flächen wieder überhäutet sind, treten die Mittel der ersten Kategorie wieder in ihre Rechte und es wird in der Regel gelingen, ohne daß weitere Maßnahmen nötig würden, mit ihnen allein die Heilung herbeizuführen. In Fällen von subakutem Verlaufe und in solchen von chronischer Ekzematose gelten dieselben Grundsätze der Behandlung, je nach den regionär verschiedenen Stadien des Ekzems, und vor allem die Regel, nur dort zu erweichen, wo die Erweichung durch den jeweiligen Zustand der Haut geboten erscheint. Im allgemeinen wird man auch hier mit den indifferenten Mitteln die besten Resultate und speziell mit den Pasten etc. den glattesten Heilverlauf erzielen, doch auch in den Fällen, wo man mit ihnen nicht ausreicht, entsprechend der meist beträchtlich verringerten Irritabilität, zu Mazerationszwecken die Salben und Pflaster und in den späteren Stadien auch die Teerpräparate in der schon besprochenen Weise und entsprechender Vorsicht in Anwendung ziehen können.

Aber auch bei diesen Formen wird dem obersten Grundsatz der Ekzembehandlung dadurch Rechnung zu tragen sein, daß man die Wirkung der verwendeten Mittel stets genau kontrolliert und, sobald eine Reizung evident wird, dieselben zeitweilig durch milder wirkende Präparate ersetzt.

Im Gegensatz zu den bisher erörterten Grundsätzen erfordern die eigentlichen chronischen, mit pachydermatischer Verdickung der Haut einhergehenden Ekzemformen oft eine mehr energische und stimulierende Behandlung. Wir haben schon bei Besprechung der Ätiologie der Änderung im Charakter dieser Formen und der Meinung Ausdruck gegeben, daß dieser Wechsel wahrscheinlich auf das Eindringen von Parasiten zu beziehen sei. Träfe aber auch die Supposition nicht zu, so lassen schon die anatomischen Verhältnisse der Haut, das chronische, bis in die tiefsten Schichten reichende Infiltrat, die Erweiterung und Verlegung der Lymphgefäße, das chronische Ödem, die Applikation solcher Mittel geboten erscheinen, welche eine vermehrte Fluxion und eine reichlichere Durchströmung des betroffenen Hautgebietes und eine Desinfektion desselben, soweit als eine solche überhaupt erreichbar ist, bewirken.

Von diesen Gesichtspunkten empfehlen sich zunächst besonders bei Verdickung der Hornschicht regelmäßig ein- bis zweimal täglich vorgenommene Waschungen mit Seife und nachträglicher Applikation von Diachylonsalbe oder dem Pickschen Salizylseifenpflaster etc. Die Massage der verdickten Hautpartien ist oft von vorzüglichem Erfolge. Sehr gute Dienste leisten in solchen Fällen auch Einreibungen von Unguent. Wilkinsoni modificat. — (contra scabiem) — welche in Einreibungszyklen von zirka sechs Tagen, täglich zweimal, vorgenommen und je nach Bedarf wiederholt werden, während in der Zwischenzeit die Salben, Pflaster oder Pasten Verwendung finden. Gegen manche chronische Ekzeme erweist sich häufig die kombinierte Teer- und Pflasterbehandlung, d. h. Einteeren der betreffenden Stelle und nachträgliche Applikation von einem der mazerierenden Mittel, von Nutzen.

Für alte chronische, derbe Ekzemplaques ist der Gebrauch von Chrysarobin oder Pyrogallol oft von guter Wirkung. Beide Mittel werden in Form von 1–10%igen, mit Vaseline oder Unguent. spl., emollients, oder dergleichen bereiteten Salben appliziert, indem sie mittels Borstpinsels dünn in die betreffenden Stellen eingerieben werden, worauf noch reichlich Puder appliziert wird. Beim Gebrauche des Chrysarobins erscheint es zweckmäßig, die Umgebung der eingeriebenen Partien durch Applikation von Zinkleim vor der Irritation durch die diffundierende Salbe zu schützen.

Spiegler empfiehlt bei gewissen chronischen, an den Extremitäten lokalisierten, umschriebenen, sich durch besondere Hartnäckigkeit auszeichnenden Ekzemen vorwiegend squamösen Charakters gründliche Seifenwaschung, Abtrocknen und hierauf energische Einpinselung von 50%iger Kali causticum-Lösung mittels Wattepinsels, endlich Applikation von 50%iger Lapislösung und Verband mit steriler Watte, welcher bis zur Heilung (ein bis zwei Wochen) liegen bleibt. Bei eventueller Abhebung der

Schorfe durch Serum Borsalbenverband. In der Regel bedürfe es nur einer einzigen solchen Prozedur. Nach Kromayer wirkt das Lenigallol bei allen Arten von Ekzem mit Ausnahme der ganz akuten Reiz-ekzeme vorzüglich. Dasselbe wurde von Kromayer hauptsächlich in folgenden drei Pasten zur Verwendung gebracht: 1. Lenigallol 20·0, Pasta Zinci (Zinci oxyd., aa. 20·0, Vaseline. flav. 40·0) 80·0; 2. Lenigallol 10·0, Olei cadini 5·0, Pasta Zinci 85·0; 3. Lenigallol 10·0, Olei cadini 10·0, Sulfur. praecipit. 20·0, Sapon. viridi 5·0, Pasta Zinci 65·0. Die einfache Lenigallolzinkpaste findet nach Kromayer das weiteste Anwendungsgebiet. In Fällen, wo eine tiefere, bindegewebige Infiltration der Haut vorliegt, ist die Pasta Nr. 3 in Anwendung zu bringen.

Die im vorstehenden skizzierten allgemeinen Prinzipien der Ekzembehandlung bedürfen in Hinsicht auf die verschiedenen Körperregionen, welche Sitz des Ekzems werden können, noch einiger spezieller Ergänzungen.

Die Ekzeme des behaarten Kopfes erfordern mannigfache Abweichungen von den erörterten Regeln. Zunächst verbietet schon die Gegenwart der Haare die Anwendung der dickeren Salben, oder der Pflaster, welche nur bei haarlosen oder wenig behaarten Individuen in der gewöhnlichen Weise, also in Form von Salbenumschlägen appliziert werden können. Die Haare abzuschneiden und dadurch, namentlich, wie dieses leider noch oft geschieht, die Betroffenen durch längere Zeit zu stigmatisieren, ist nicht zu rechtfertigen, da die Behandlung auch ohne diese barbarischen Maßregeln, wenn auch mit größeren Schwierigkeiten, möglich ist.

Liegt ein krustöses oder nässendes Ekzem vor, dann wird die Mazeration mittels Öles oder Adeps benzoatum, welchem entsprechende Quantitäten von Acid. salicyl., boricum etc. zugesetzt werden, angezeigt sein. Die Applikation erfolgt mittels Borstenpinsels, indem die Haare mit einem Kamme oder dergleichen gescheitelt werden. Ist die Erweichung der Krankheitsprodukte nach ein- bis zweimaliger Einreibung erfolgt, dann handelt es sich um die Entfernung der erweichten Krankheitsprodukte und der alten Salbenreste; dies kann nun durch neuerliche Einreibung der gewählten Mazerationsmittel und nachträgliche mechanische Entfernung der gelockerten, durch die Haare festgehaltenen Krusten mit dem flach aufgesetzten Kamme erfolgen, oder es kann, ab und zu oder regelmäßig eine Seifenwaschung, natürlich vorausgesetzt, daß dieselbe nicht reizt, vorgenommen werden. Der Umstand, daß die Kopfekzeme sich häufig auf seborrhöischer Grundlage entwickeln (was freilich klinisch meist nicht festzustellen ist), mag es bedingen, daß die Seifenwaschungen gar nicht selten bei Kopfekzemen nicht nur gut vertragen werden, sondern sich geradezu als sehr nützlich erweisen. Unter

Umständen, die sich früher nicht erfassen lassen, kommt es aber auch bei Kopfschmerzen infolge von Seifenwaschungen zu Verschlimmerung des Leidens, welche sich auch durch die Tendenz, auf die unbehaarten, angrenzenden Hautpartien überzugehen, verrät. Unter diesen Umständen wird man natürlich von dem weiteren Gebrauche der Seifenwaschung abzustehen haben.

Die schon erwähnte Tatsache, daß sich die Ekzeme des behaarten Kopfes häufig auf seborrhöischem Boden entwickeln, mag es auch erklären, daß die Anwendung des Schwefels, welcher sich im allgemeinen für die Behandlung nicht schon ganz torpide gewordener Ekzeme wenig eignet, häufig in Verbindung mit Seifenwaschungen vortreffliche Dienste leistet. Natürlich wird der Schwefel in jenen Fällen, in denen sich die Beziehungen zur Seborrhöe schon durch die Lokalisation an Augenbrauen, Nasenwinkel, Nabel etc. verraten, besonders indiziert sein. Eine Formel für die Anwendung des Schwefels am behaarten Kopfe wäre etwa die folgende:

Rp. Lactis sulf.,
Oxyd. zinci aa. 2·0—5·0,
Axung. porci oder Adip. benzoat. 50·0.
D. S. Mittels Borstenpinsels einzureiben.

Auch die Teerpräparate werden am behaarten Kopfe vielfach schon vertragen, bevor das Nässen noch vollständig aufgehört hat. Im schuppenden Stadium sind zeitweilig Waschungen mit 1—2%igem Salizylalkohol zur Entfernung der Schuppen zweckmäßig.

Von den Gesichtsekzemen sind es namentlich die Kinderekzeme, welche große Anforderungen an die ärztliche Kunst stellen. Vor allem ist es eine übergroße Reizbarkeit, welche diese Formen auszeichnet, wie nicht minder häufig so rasche Wechsel von Remissionen und Exazerbationen, die die Wirkung der einzelnen Behandlungsmethoden zu verschiedenen Zeiten so verschieden gestaltet. Im allgemeinen ist auch hier die Lassarsche Paste das souveräne Mittel und hat wenigstens vor allen anderen Heilmitteln den Vorzug, daß es kaum jemals reizen dürfte. Anders verhält sich die Wirkung der mazerierenden Mittel und namentlich der Salben, deren Wirkung stets genau kontrolliert werden muß. Günstige Einwirkung und schädlicher Einfluß wohnen hier enge beieinander. Oft schlägt der anfänglich günstige Effekt in sein Gegenteil um, wenn die mazerierende Wirkung über eine gewisse Zeit fort-dauert, und so empfiehlt es sich, wie ja auch manchmal bei Ekzemen Erwachsener, die Wirkung der betreffenden Mittel nur auf Stunden auszudehnen und in der Zwischenzeit die von dem Mittel durch möglichst zartes Abreiben befreite Haut einzupudern, um später die inzwischen angesammelten Krankheitsprodukte wieder zu erweichen und zu ent-

fernen. Häufig ist das Nässen durch die bereits besprochenen Mittel nicht zu bewältigen; unter diesen Umständen leisten Einpinselungen von 2%igen Lapislösungen mit nachfolgender Applikation von Paste, Zinköl oder dergleichen gute Dienste. Oft wird die Wirkung der üblichen Mittel durch Umschläge von essigsaurer Tonerde nach der erwähnten Formel oder von Lapislösungen 1:0 zu 400:0—500:0 Wasser (Boeck) weit übertroffen. Nach Veiel würde in Fällen, die nicht zum Trocknen zu bringen sind, der Teer gelegentlich Ersparnis leisten. Die Applikation wäre mit 1%igen Teersalben zu beginnen und die Konzentration allmählich bis auf 50% zu erhöhen. Als Grundlage dieser Salben wählt Veiel 5%igen Tannincoldcream. Jedenfalls wird aber diese Behandlung auf die Remissionsperioden zu beschränken sein. Die Verlegenheiten, welche die Bekämpfung mancher dieser Ekzeme bereitet, wird durch die Schwierigkeiten, welche der sachgemäßen Applikation der Mittel und deren Fixierung mittels Verbänden entgegenstehen, um ein Beträchtliches vermehrt. Das Festbinden der Hände, um das gewiß schädliche Kratzen zu verhindern, wird nicht nach jedermanns Geschmack sein. So stellen diese Kinderekzeme an den ärztlichen Takt, an Geduld und Ausdauer nicht gewöhnliche Aufgaben, und oft wird man sich in Resignation bescheiden müssen, für längere Zeit nur mildernd und die markantesten Symptome bekämpfend einwirken zu können, und jedenfalls in dieser Beschränkung mehr leisten, als durch zu energisches, meist eine Verschlimmerung herbeiführendes Verhalten.

Auch die Ekzeme der Augenlider setzen ihrer Behandlung oft außerordentlichen Widerstand durch die enorme Reizbarkeit, welche sie begleitet, entgegen, und durch den unheilvollen Konnex, welcher zwischen dem Ekzem und der dasselbe stets begleitenden Konjunktivitis besteht, die ihrerseits wieder durch die vermehrte Sekretion einen so unheilvollen Einfluß auf die Hautaffektion nimmt. Nach A. Trousseau falle der Behandlung der Konjunktivitis, welche ein wahres Ekzem der Schleimhaut darstelle, die wichtigste Rolle zu. Das salpetersaure Silber und das Zinksulfat wirkten aber verschlimmernd, während Abspülungen der Konjunktiva sowohl wie der äußeren Bedeckung der Augenlider mit Sublimatlösungen von 0.05—0.25 auf 500.0 Wasser vortreffliche Dienste leisteten. Die Applikation von Fetten ist bei diesen rebellischen Formen kontraindiziert, und mir scheint, daß auch hier die Lassarsche Paste, bei entsprechendem Stadium in Verbindung mit Teer, etwa 1%, die besten Dienste leistet.

Eine subjektiv weit weniger quälende Form der Gesichtsekzeme bildet die besonders bei Frauen und jugendlichen Individuen auftretende umschriebene Schuppung, welche durch die Verunstaltung des Teints nicht weniger lästig fällt als durch die Hartnäckigkeit, welche sie be-

sitzt. Fette erweisen sich auch hier häufig als verschlechternd, ebenso Waschungen mit Seifen oder selbst nur hartem Wasser. Demzufolge werden die täglichen Waschungen nur mit gekochtem Wasser oder mit Kleienabkochungen und in sehr beschränktem Maße zulässig sein. Von allen versuchten Mitteln hat sich mir die mit 1% Teer oder Lenigallol (Pyrogalloltriazetat) versetzte Lassarsche Paste am besten bewährt.

Fehldiagnose 1%

Bei den chronischen Ekzemen des Lippenrotes ist es oft notwendig, neben erweichenden Mitteln, wie insbesondere Diachylonsalbe, zu Ätzungen mit Liquor kali caustici zu schreiten, die in der Weise vorzunehmen sind, daß erst das Präparat mit einem mit demselben befeuchteten Wattepinsel auf die zu behandelnden Stellen eingerieben und nach Erweichung des verdickten Epithels mit Wasser abgewaschen wird. Dieser Ätzung kann man eine Bepinselung mit 5–10%iger Lapislösung folgen lassen und dann wieder die Salben etc. applizieren. Bei den hypertrophischen Formen der Oberlippe ist die Massage in der Regel von günstigem Erfolge.

Sirpulsione

*Massage
Leberthran*

Wie Neisser jüngst nachwies, ist bei der Gegenwart hartnäckiger und der Behandlung trotzendes Lippenekzeme und perioraler Dermatitis auf den Gebrauch von Mundwässern, welche ätherische Öle enthalten, zu fahnden und deren Weitergebrauch sofort zu sistieren.

Bei den Ekzemen jener Körperregionen, an welchen sich zwei Hautflächen berühren, also den sogenannten Intertrigines, ist für möglichste Separierung Sorge zu tragen und zunächst die Lassarsche Paste auf den auseinandergelegten und dann reichlich eingepuderten und durch Watteinlagen auseinandergehaltenen ekzematösen Flächen zu versuchen. Reicht diese Behandlung nicht aus, so bewährt sich oft die vor Anwendung dieser Prozeduren vorgenommene Applikation einer zirka 2%igen Lapislösung, oder die Beigabe von 1% Argentum nitricum oder 1% Lenigallol zur Lassarschen Paste als zweckdienlich. In besonders hartnäckigen Fällen ist auch die Applikation von Unguent. Wilkinsoni modif. mit nachfolgender reichlicher Anwendung von Puder oft von vortrefflicher Wirkung.

Wilkinson

Bei dem Umstande, als sich die Intertrigines namentlich bei fettleibigen Individuen häufig auf seborrhöischem Boden entwickeln, ist die Behandlung mit Schwefelbädern und Seifenwaschungen, wie wir selbe bei Besprechung der Therapie des seborrhöischen Ekzems näher erörtern werden, oft allein zum Ziele führend.

Die Heilung eines chronischen Ekzems des Afters und der Analgegend gehört in der Regel zu den schwierigsten ärztlichen Aufgaben. Ein Prozentsatz der Fälle heilt wohl oder wird wenigstens einer ausgiebigen Besserung zugeführt durch die konsequente Anwendung von

1% Carboll

Lassarscher Paste, allein oder mit Beigabe von 1% von Argentum nitricum oder Lenigallol, welche auch gegen das heftige, quälende Jucken, das diese Ekzeme auszeichnet, günstig zu wirken scheinen. Das Menthol, als Beigabe zu den Pasten oder Salben, entspricht meiner Erfahrung nach nicht, da es in der Regel heftiges Brennen verursacht. Besseres leisten in dieser Hinsicht heiße Umschläge mit Borsäurelösungen oder auch 1—2%ige Kokainstuhlzäpfchen.

Reinlichkeit ist selbstverständlich eine wichtige Bedingung für den Erfolg. Zu diesem Zwecke eignen sich Waschungen mit schwachen Borsäurelösungen nach jedem Stuhlgange am besten. In Fällen, in denen eine stärkere Verdickung der Oberhaut vorliegt, erweisen sich die Applikation von Diachylonsalbe und einmal im Tage vorgenommene Seifenwaschung oft als sehr nützlich. Bei stärkerer Reizung wird jedoch die Diachylonsalbe nicht vertragen und es empfehlen sich bis zum Schwunde derselben Applikationen von essigsaurer Tonerde oder Borsäurelösungen. Auch das Chrysarobin und die Pyrogallussäure leisten nach Vieil in 2—10%igen Vaselinsalben oft gute Dienste.

In besonders rebellischen Fällen wird man selbst zu der von Unna gegen Eczema ani, scroti et vulvae inveteratum empfohlenen Anwendung des Paquelin's schreiten müssen. Dieselbe erfolgt in der Weise, daß unter Narkose oder lokaler Anästhesie die ekzematösen Partien langsam mit dem breiten Brenner versengt und hierauf, noch während der Anästhesie, Kalkliniment oder Umschläge mit 5%igen Boraxlösungen, oder die nachfolgende, noch besser wirkende Paste appliziert wird.

Rp. Ol. lini,
Aquae calcis,
Zinci oxydat.,
Cretae aa. 25·0,
Jodoformii 5·0—10·0.

Bei Eczema tyloiticum und rhagadiforme der Hände und Füße werden zur Erweichung der schwieligen Hornschicht insbesondere Salizylpflastermulle oder Paraplaste, 10—20%ig, am Platze sein. Oft leistet die Diachylonsalbe in der angegebenen Richtung noch bessere Dienste.

Die Behandlung der universellen Ekzeme unterliegt den allgemeinen Regeln, und insbesondere der Indikation, die einzelnen Körperstellen je nach dem Zustande, in welchem sich die Haut daselbst befindet, zu behandeln. Solche Fälle bestehen meist seit längerer Zeit und die Haut bildet dann die Ablagerungsstätte von Schmutz, und bietet einer Unzahl von Entzündungserregern Boden und Aufnahme. So erklärt sich nicht nur das Wohlbehagen, welches viele mit ausgedehntem Ekzeme behaftete Kranke nach einem Bade empfinden, sondern auch die wohltätige Wirkung auf den ekzematösen Prozeß selbst. Diese Bäder werden entweder

mit gewöhnlichem Brunnen- oder Quellwasser gemacht, oder besser mit Kleienabkochungen (mehrere Hände voll Weizenkleie werden in einem größeren Topf voll Wasser gekocht, die Kleie dann abgeseiht und der Absud zum Bade hinzugegossen). In einigen Fällen schienen mir Bäder mit Kalium hypermanganicum von besonders günstiger Wirkung; je nach Bedarf können diesen Bädern, welche anfangs und ins solange ihre günstige Wirkung im gegebenen Falle noch nicht ermittelt ist, nicht über die Dauer einer Viertelstunde ausgedehnt werden sollen, kühle Übergießungen folgen oder die Temperatur des Badewassers am Ende des Bades durch Zufluß kalten Wassers herabgesetzt werden. Von besonderer Wichtigkeit für den Erfolg dünkt mir, daß jeder Verbleib von Feuchtigkeit auf der Haut vermieden werde. Zu diesem Zwecke ist die Haut mittels Badetuches, ohne viel zu reiben, abzutrocknen und hierauf der Rest von Feuchtigkeit durch reichliches Einpudern zu entfernen, und erst dann die örtlich indizierte Ekzembehandlung vorzunehmen.

Der Wert der Röntgenbehandlung beim Ekzem ist zurzeit noch ein umstrittener. Während einzelne Autoren (namentlich Riehl) dem Verfahren jeden Nutzen absprechen, sind andere (Holzknecht, Neisser, Scholtz, Kienböck) zu besseren Resultaten gekommen. Namentlich sind es chronische, gegen die usuelle Therapie sehr refraktäre Ekzeme an den Händen und Füßen (gewerbliche Ekzeme), welche zuweilen auf Radiotherapie sehr günstig reagieren.

Sicher gut.

Literatur.

Aubert, Des modifications subies par la sueur dans les Maladies de la peau. Annales. 1877/78.

Bender, Bockhardt und Gerlach, Experimentelle Untersuchungen über die Ätiologie des Ekzemes. Monatshefte. 1901, Bd. XXXIII.

Bernheim J., Über Invasion von Hautkokken bei Ekzem. Zentralblatt für Bakteriologie und Parasitenkunde. 1894.

Besnier E., Syphilis infantile (Syphilides et syphiloïdes). Annales. 1887, pag. 658.

Besnier, Article »Eczéma« in: La pratique dermatologique. 1901.

Bettmann, Über die Hautaffektionen der Hysterischen. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 1900, Bd. XVIII.

Boeck C., Bleiwasserliniment in der Hauttherapie. Monatshefte. 1895, Bd. XXI.

Bohn H., Ekzema, Hautkrankheiten in: Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankheiten.

Brocq et Jaquet, Note pour servir à l'histoire des Névrodermites etc. Annales. 1891.

Brocq, De l'influence des associations pathologiques sur les nummularisation der l'eczémas. Annales. 1900.

Brocq, La question des eczémas. Annales. 1901. Bericht des IV. internationalen dermatologischen Kongresses. Paris 1900 (1901).

- Brooke H. G., Mitteilung über eine Methode des Färbens von Salben. Monatshefte. 1890.
- Brooke H. G., Über seborrhöische Affektionen und deren Beziehungen zu einigen anderen Anomalien der Haut. Monatshefte. 1889, Bd. IX.
- Bruhns C., Mehrere Fälle von akuter Nephritis bei Ekzem. Berliner klinische Wochenschrift. 1895, Nr. 28.
- Bulkley L. D., Über die Beziehungen des Ekzems zu Störungen des Nervensystems. Monatshefte. 1891, Ergänzungsheft 1.
- Bulkley L. D., Ekzema and its Management. London 1881.
- Bulkley L. D., On the causes of eczema. Medical Record. 1891.
- Colomiatti, Alterazioni dei nervi del derma nell' eczema. Giornale ital. delle malatt. vener. etc. 1879.
- Czillag Zur Ekzemfrage. Archiv. 1902, Bd. LXIII.
- Duhring, Eczema, Cutaneous medicin. Part. II.
- Galloway et Eyre, Origine parasitaire des eczémas. Bericht des IV. internationalen dermatologischen Kongresses. Paris 1900 (1901).
- Hardaway, Zur Frage über den Wert des Arseniks bei Hautkrankheiten. Journal of cut. and ven. diseases. 1896.
- Jadassohn et Fré debate, Origine parasitaire des eczémas. Bericht des IV. internationalen dermatologischen Kongresses. Paris 1900 (1901).
- Jaquet L., Des érythèmes papuleux fessier post-érosif. Revue mens. des mal. de l'enfance. 1886.
- Jaquet L., Des syphiloïdes post-érosives; étude de pathologie cutanée infantile. Thèse de Paris. 1888.
- Kaposi, Qu'est ce que l'eczéma? Annales. 1900. Bericht des IV. internationalen dermatologischen Kongresses. Paris 1900 (1901).
- Kreibich K., Recherches bacteriologiques sur la nature parasitaire des eczémas. Annales. 1900.
- Kreibich K., Zur Eiterung der Haut. Archiv. Festschrift Kaposi, 1900.
- Kreibich K., Die angioneurotische Entzündung. Wien 1905.
- Kromayer E., Ekzem, Allgemeine Dermatologie. 1896, S. 111 u. ff.
- Kromayer, Kritische Bemerkungen über den parasitären Ursprung des Ekzems. Archiv. 1900, Bd. LIII.
- Kromayer, Die Behandlung des Ekzems. Münchener medizinische Wochenschrift. 1901.
- Lassar, Über Salizylpasten. Monatshefte. 1883, Bd. II.
- Lassar, Über die Grundzüge der Ekzembehandlung. Dermatologische Zeitschrift. 1895, Bd. II.
- Leistikow, Therapie der Hautkrankheiten. 1897.
- Leloir H., Anatomie pathologique de l'eczéma. Annales. 1890.
- Leredde, L'Eczéma (maladie parasitaire) etc. Monographies cliniques etc. Paris 1898, Masson. Annales. 1899.
- Malcolm Morris, What are we to understand by Eczema? Brit. Journal of Dermat. 1898.
- Menahem Hodara, Beitrag zur Histologie des Erythema glutaeale der Kinder. Monatshefte. 1898, Bd. XXVI.
- Morrow, Diskussion über den Wert des Arseniks bei Hautkrankheiten etc. Journal of cut. and ven. diseases. 1886.
- Neisser A., Über den gegenwärtigen Stand der Lichenfrage. Archiv. 1894.
- Neisser A., Lippenekzeme und Mundwässer. Therapeutische Monatshefte. 1898.

- Neumann J., Die Lymphgefäße der Haut des Menschen etc. Wien 1873.
- Neusser E., Klinisch-hämatologische Mitteilungen. Wiener klinische Wochenschrift. 1892.
- Pick, Linimenta exsiccantia. Archiv. 1891.
- Pick, Methode der Ekzemtherapie. Kongreßbericht der Deutschen dermatologischen Gesellschaft. 1889.
- Pick, Die therapeutische Verwendung arzneihaltiger Gelatine bei Hautkrankheiten. Monatshefte. 1883, Bd. II.
- Pineus J., Virchows Archiv. Bd. XXXVII und XLI.
- Riehl, Über Viszin und dessen therapeutische Verwendung. Deutsche medizinische Wochenschrift. 1900.
- Riehl, Über Ekzem. Allgemeine Wiener medizinische Zeitung. 1904.
- Riemer, Über Ekzem. Archiv für Heilkunde. 1878.
- Róna, Zur Ekzemfrage. Archiv. 1902, Bd. LXIII.
- Sabouraud, Essay critique sur l'Étiologie de l'Eczéma. Annales. 1899. Bericht des IV. internationalen dermatologischen Kongresses. Paris 1900 (1901).
- Sabouraud, Étude clinique et bactériologique de l'Impétigo. Annales. 1900.
- Sabouraud, Impétigo, Epidermite chronique à Streptococcus. La pratique dermatologique. 1901.
- Scholtz et Raab, Recherches sur la nature parasitaire de l'eczéma et de l'impétigo contagiosa. Annales. 1900.
- Schwartz M., Dermatoses liées aux troubles gastro-intestinaux chez les enfants. Thèse de Paris. 1892.
- Schweninger E., Bemerkungen über Ekzeme und deren diätetische Behandlung. Charité-Annalen. 1886.
- Schwimmer E., Ekzem, Neuropathische Dermatosen. S. 121.
- Sevestre, Über das Erythema papulosum des Gesäßes. Gazette hebdomadaire. 1887.
- Spiegler E., Beitrag zur Therapie des chronischen Lokalekzems. Archiv. 1900, Bd. XI.
- Török, L'Eczéma est-il une maladie parasitaire? Annales. 1898, 1899, 1900.
- Touton, Über Neurodermitis chronica circumscripta Brocq. Archiv. Band XXXIII, 1895.
- Trousseau A., L'eczéma palpébrale. Annales. 1893, pag. 567.
- Unna, Über Gelanthum. Arbeiten aus Unnas Klinik. Berlin 1897.
- Unna, Ekzem. Histopathologie.
- Unna-Beiersdorf, Leimglyzerin als Konstituens etc. Monatshefte. 1883, Bd. II.
- Unna, Unguentum caseini. Arbeiten aus Unnas Klinik. 1895.
- Unna, Anwendung des Paquelins in der dermatologischen Praxis. Monatshefte. 1889, Bd. IX.
- Unna, Meine bisherigen Befunde über Morokokken. Monatshefte. 1899, Bd. XXIX.
- Unna, Versuch einer botanischen Klassifikation der beim Ekzem gefundenen Kokkenarten. Monatshefte. 1900, Bd. XXXI.
- Unna, Über die ätiologische Bedeutung der beim Ekzem gefundenen Kokken. 1900, Bd. XXXI.
- Unna, Ekzem in Mraček's Handbuch der Hautkrankheiten. 1902.
- Veiel Th., Über einen Fall von Eczema solare. Archiv. 1887, S. 1113.
- Veiel Th., Eczema, Handbuch der Hautkrankheiten in Ziemssens Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie.

Veiel, Die Staphylokokken des chronischen Ekzems. Münchener medizinische Wochenschrift. 1904.

Veillon, Recherches bactériologiques sur l'eczéma. Annales 1900.

Vidal, Du Lichen. Annales. 1886.

Wedl, Hautkrankheiten.

Wolters, Eczema solare. Verhandlungen der Deutschen dermatologischen Gesellschaft. 1891, S. 187.

Wyß O., Ekzemtod. Siehe bei Bernheim.

Eczema seborrhoicum.

Wir haben bei Besprechung der Diagnose des Ekzems schon hervorgehoben, daß weder die Oberflächlichkeit eines Prozesses noch die Schuppung ausreicht, denselben zu einem ekzematösen zu stempeln, und daß solche Krankheitsformen, welche ein serpiginöses Fortschreiten zeigen, auch wenn sie sonst dem Ekzeme ähneln, von demselben abgetrennt werden müssen. Erweist sich aber einerseits deren Sonderstellung mit Rücksicht auf ihr klinisches und therapeutisches Verhalten als ein dringendes Bedürfnis, so ist deren Beurteilung andererseits eine recht schwierige.

Das klinische Bild ist durchaus nicht immer typisch entwickelt, und das Hinzutreten sekundärer Veränderungen und ganz besonders von echten Ekzemen erschwert die klinische Analyse ganz außerordentlich.

In ätiologischer Beziehung entbehren wir jeder sicheren Kenntnis, und wenn es auch wahrscheinlich ist, daß Parasiten im Spiele sind, so sind dieselben doch noch nach keiner Richtung hin als die wirklichen Erreger demonstriert. Nichtsdestoweniger ist aber wenigstens eine vorläufige Sichtung dieser Hautaffektionen auf klinischen Grundlagen anzustreben, und es muß als ein hervorragendes Verdienst Unnas bezeichnet werden, daß derselbe durch Aufstellung seines »Eczema seborrhoicum« diese Sichtung angebahnt hatte. Wenn wir uns auch in bezug auf die Theorie, welche Unna über das Eczema seborrhoicum aufstellte, und welche ihn zu einer ganz neuen Auffassung der Ekzeme überhaupt verleitete, in vielfacher Hinsicht ablehnend verhalten müssen, so möchten wir doch auf Grundlage der klinischen Merkmale und des therapeutischen Verhaltens ganz entschieden für die mehrfach angezeifelte Existenz eines eigenen Krankheitstypus, dem eben Unna die Bezeichnung des »Eczema seborrhoicum« beigelegt hatte, eintreten. Wir folgen zunächst in der Beschreibung desselben der ursprünglichen Darstellung Unnas selbst.

Der Ausgangspunkt fast jeden seborrhoischen Ekzems ist der behaarte Kopf; hier entsteht es meist in unmerklichen Anfängen und äußert sich zunächst in der Bildung von abnorm stark eingefetteten Schuppen. Der weitere Verlauf kann in dreifacher Richtung variieren. Einmal vermehren sich die Schuppen, bleiben aber weiß, und es stellt sich allmählich, nach jahrelanger Dauer, vermehrter Haarausfall und Glatzenbildung ein, während die Kopfhaut an den kahl werdenden Stellen immer weniger verschieblich wird, ihre Schuppen verliert und nur eine

vermehrte Fettabsonderung fortbesteht. Dieser Krankheitsverlauf stellt nach Unna den ersten Grad des Eczema seborrhoicum dar.

Beim zweiten Grade häufen sich die Schuppen als dicke, fettige Borken am Kopfe an und umgeben die Haare mit Manschetten aus Hornsubstanz. Die Farbe der Schuppenmassen nimmt einen gelblichen bis braunen oder schwarzbraunen Ton an, und deren Prädilektionsstellen sind die Höhe der Scheitelwandbeine und die Hinterhauptgegend. Diesem zweiten Grade des Eczema seborrhoicum, welchen Unna als die borkige Form bezeichnet, wohnt nun die Tendenz inne, den Kopf zu verlassen und auf Stirne, Schläfe und Ohren mittels eines scharf markierten, geröteten, mit gelben, fettigen Schuppen belegten Randes fortzuschreiten. Auch diese Form der Affektion ist von vermehrtem Haarausfall begleitet. Diese beiden Grade der Unnaschen Erkrankung entsprechen den längst bekannten Krankheitsbildern der Pityriasis capitis mit ihrem Ausgange der Alopecia pityrodes Pincus oder der Seborrhoea sicca.

Bei der dritten Form kommt es zum Nässen. Gewöhnlich ist es die dem Ohre zunächst gelegene Partie der Schläfengegend, in welcher sich, nachdem eine einfache Pityriasis mit Jucken, Spannung und Rötung vorangegangen, das Nässen einstellt. Während sich die nässende Form beim Erwachsenen meist vom Ohr aus auf den Hals ausdehnt, schreitet sie bei Kindern auf die Wangen und die Stirne fort, doch verbreitet sich das Nässen durchaus nicht immer auf den ganzen behaarten Kopf; häufig bleibt auf dem Mittel- und Hinterkopf eine einfache Pityriasis oder Seborrhoe bestehen, während das Gesicht das Aussehen eines Eczema madidans bietet.

Mit der Aufstellung dieser drei Grade des Eczema seborrhoicum war nun allerdings nicht mehr geschehen, als daß die engere Beziehung dieser Krankheitsformen, welche man bisher als selbständige Leiden, als Pityriasis capitis, Seborrhoea sicca und Eczema impetiginosum capillitii etc. betrachtet hatte, proklamiert wurde. Es hieß aber die Wichtigkeit der Unnaschen Konzeption unterschätzen, wollte man hierin das Wesen derselben erblicken, zumal ja auch eine direkte genetische Beziehung des dritten Grades der Erkrankung zu den beiden anderen anzuzweifeln ist und tatsächlich angezweifelt wurde. Die Bedeutung der Unnaschen Auffassung liegt vielmehr darin, daß er die Beziehung anderer oberflächlicher Dermatitiden unbehaarter Hautstellen, welche zum Teile auch schon bekannt waren, aber zumeist mit schlecht definierten Formen des »chronischen, schuppigen Ekzems« zusammengeworfen wurden, zu seborrhoischen Zuständen am Kopfe erkannte, und wenigstens ursprünglich die Trennung derselben vom chronischen Ekzem urgirte. So die eigentümliche, unter dem Wilsonschen Namen Lichen annulatus serpiginosus, auch als Eczema acnéiforme du sternum

(Bazin), als Eczema du flanelle (Besnier) beschriebene Affektion, welche sich mit Vorliebe über dem Sternum und zwischen den Schulterblättern lokalisiert und sich in Form von mehr oder weniger runden Flecken oder Scheiben, besonders bei Personen, welche Wollhemden tragen, präsentiert (Besnier). Die Flecken erscheinen meist in gelbroter Farbe mit fettigen Schuppen und von kleinen, akneiformen Knötchen umgeben oder mit scharfen, von einer zarten, ringförmigen Kruste besetzten Rand versehen, und nach Entfernung dieser eine feine Inzisur aufweisend (Typus circumcised Unna).

Oder die Flecken nehmen eine mehr blumenblattähnliche Form an, indem sie, sich serpiginös ausbreitend, im Zentrum sich involvierend und mehrere derselben konfluierend, bis zu talergroßen und ringförmigen oder kleeblattähnlichen Formen heranwachsen. Deren Peripherie erscheint dann steil abfallend, mit den bei der vorigen Form beschriebenen Krüschchen versehen, die mittleren Teile eingesunken, meist glatt und eigentümlich gelb gefärbt (Typus petaloides Unna).

Nicht alle Formen des seborrhoischen Ekzems sind aber in gleich scharfer Weise charakterisiert wie die vorstehenden und erscheinen im Gesichte, am Stamm und den Extremitäten oft nur als leicht schuppende, mehr oder weniger scharf begrenzte und scheibenförmige Flecken verschiedener Größe auf mehr oder weniger hyperämischer Basis. Eigentümlich bleibt eine Gelbfärbung, welche sich sowohl bei Rückbildung der beschriebenen Läsionen markiert, als auch als mehr selbstständige Veränderung sich in den mittleren Teilen des Gesichtes, aber auch an anderen Körperstellen, wie Brust, Rücken, Achselhöhlen, entwickelt.

Die gelblich verfärbten Stellen erscheinen fettig, bei schief auffallendem Lichte eigentümlich glänzend. An gewissen Hautstellen, sonamentlich den Achselfalten, dem Nabel, der Inguinalwand, hinterläßt die Affektion oft tiefere Pigmentierungen.

Die Schuppen, welche die seborrhoischen Flecken bedecken, sind zumeist spärlich und kleienförmig, werden jedoch öfter reichlicher und blätterig, so daß die Plaques an solche bei Psoriasis erinnern; doch ist es wohl im Gegensatze zu der Angabe Unnas, Brookes u. a., infolge der reichlicheren Ansammlung der Schuppen und ihrer blätterigen Beschaffenheit nicht besonders schwierig, die beiden Krankheiten auseinanderzuhalten. weit eher, wenn es sich um spärlich schuppende Psoriasisplaques handelte.

Die Lokalisation des seborrhoischen Ekzems ist vor allem der behaarte Kopf, welcher zumeist und zuerst Sitz des Leidens wird, dann sind es die behaarten Teile des Gesichtes, besonders Augenbrauengegend, Ziliarrand etc., dann besonders die Gelenkbeugen, vor allem Achselhöhlen

und Inguinalfalten, der Nabel, die Schamgegend, welche Lieblingssitze desselben darstellen.

In manchen Fällen ist die genannte Lokalisation der Krankheitserscheinungen das charakteristischste Element des Krankheitsbildes und dürfte bei gleichzeitigem Befallensein all der genannten Örtlichkeiten allein die Diagnose zu begründen imstande sein.

Was die **Ätiologie und Pathogenese** des Eczema seborrhoicum betrifft, so handelt es sich nach Unna um eine infektiöse Entzündung, hervorgerufen durch die von ihm bei allen Ekzemen angetroffenen maulbeerartig angehäuften Kokken, die sogenannten Morokokken (und vielleicht auch die besonders an der Kopfhaut angetroffenen »Flaschenbazillen«). Diese bewirkten nicht nur die mikroskopisch nachweisbare Störung in der Verhornung (Parakeratose) und die Wucherung der Stachelzellen (Akanthose), sondern auch auf dem Wege der Chemotaxis die entzündlichen Erscheinungen und Exsudation; gleichzeitig wirkten sie aber auch aller Wahrscheinlichkeit nach sebotaktisch, d. h., auf das laut Unnascher Auffassung hauptsächlich von den Schweißdrüsen gelieferte Fett anlockend.

So glücklich die ursprüngliche klinische Unterscheidung der Affektion vom Ekzem schien, so wenig konnte die offenbar auf Grundlage des Fundes der Morokokken in den späteren Publikationen Unnas vollzogene neuerliche Assimilation der Erkrankung an das nun ebenfalls zur parasitären Erkrankung gestempelte Ekzem befriedigen.

Da die Morokokken und Flaschenbazillen auch in den Schuppen anderer Hautkrankheiten gefunden wurden, so muß es fraglich erscheinen, ob sie von pathogener Bedeutung sind; in keinem Falle dürfte es aber gerechtfertigt erscheinen, das Ekzem, welches sich klinisch vom Eczema seborrhoicum so deutlich differenziert, diesem wegen der Gegenwart von Morokokken wieder zu assimilieren. Wende und Degroot fanden bei zwei Kindern mit Eczema seborrhoicum des Kopfes, die klinisch eine gewisse Ähnlichkeit mit Blastomykose boten, Staphylokokken. Wir möchten dafür eintreten, daß das »Eczema seborrhoicum« eben kein Ekzem ist, sondern eine oberflächliche, höchstwahrscheinlich parasitäre Erkrankung, die nach dem Vorschlage Neissers besser als Mycosis seborrhoica zu bezeichnen wäre. Die augenfällige Beziehung der Affektion zu seborrhoischen Zuständen läßt auch die schon von verschiedenen Autoren (Brooke, Malcolm Morris u. a.) formulierte und in diesem Buche bei Erörterung der Seborrhöe vertretene Deutung zu, daß der seborrhoische Boden die Ansiedlung der zu supponierenden Bakterien begünstigt. Wir hätten dann, konform einer älteren Vorstellung, das Eczema seborrhoicum als eine Seborrhöe aufzufassen, zu welcher sich sekundär, wie man sich auszudrücken pflegte, ein »Ekzem« oder, wie wir sagen möchten, eine (parasitäre) Dermatitis hinzugesellte. Wenn diese Auffassung auf dem Umwege der Unnaschen Theorie wieder zu älteren Anschauungen zurückleitet, so bleibt doch das Verdienst Unnas, einen Krankheitstypus präzisiert und aus dem Rahmen des »chronischen Ekzems« herausgehoben zu haben, unberührt.

Andererseits möchten wir aber dafür eintreten, daß die »Mycosis seborrhoica« gelegentlich auch auf einem nicht seborrhoischen Boden zur Entwicklung kommen könne, d. h., daß es eine in ihrer Verlaufsweise und in ihren klinischen Bildern identische Erkrankung gibt, bei welcher das Vorhandensein einer Seborrhöe, id est ein besonderer Fettgehalt der Krankheitsprodukte nicht in Erscheinung tritt, und wir meinen, daß, wenngleich der seborrhoische Boden den vermuteten Krankheitserregern einen besonders günstigen Boden bietet, derselbe doch nicht als absolute Notwendigkeit für deren Ansiedlung angesehen werden kann.

Die **Diagnose** des Eczema seborrhoicum, welche wegen der Notwendigkeit einer spezifischen Therapie eine eminent praktische Bedeutung hat, wird keinen Schwierigkeiten begegnen in den Fällen, in denen der Typus circumcissus oder petaloides vorliegt, oder wenn sich, wie dies Unna mit Recht als besonders charakteristisch betonte, die Ausbreitung der Krankheit von oben nach unten, d. i. vom Kopf über Ohren und Gesicht nach abwärts feststellen läßt, oder wenn die gleichzeitige Lokalisation einer schuppigen Dermatitis am Kopfe, Augenbrauen, Zilien, Bart, Achselhöhlen und Inguinalfalten etc. vorliegt; die fettige Beschaffenheit der Schuppen und ein eigentümlicher fettiger Geruch, welchen die Träger der Affektion verbreiten, unterstützt die Diagnose wesentlich.

In jenen nicht seltenen Fällen, in denen die typische Entwicklung fehlt, und welche sich etwa noch mit Ekzem komplizieren, ist eine sichere Diagnose und ganz besonders dem letzteren gegenüber häufig unmöglich, und es wird vielfach Sache der Beobachtung und therapeutischer Versuche bleiben, um endlich ins Reine zu kommen. Im allgemeinen wird die schärfere Begrenzung der schuppenden Plaques, ihre Scheibenform, fettige Beschaffenheit der Schuppen, Seborrhöe am behaarten Kopfe, geringerer Juckreiz für das Eczema seborrhoicum sprechen, aber bei dem so häufigen Verwischensein dieser Momente wird es, wie gesagt, oft zur Unmöglichkeit, ohne weiteres die Diagnose zu stellen.

So verhält es sich mit den zarten, oberflächlichen, leicht schuppenden und umschriebenen Ausschlagsformen im Gesicht, besonders von weiblichen Individuen, deren wir Erwähnung taten, welche teils ekzematöser, teils seborrhoischer Natur sein können. Zeigen die schuppenden Flecke die beschriebene gelbliche Färbung, dann erscheint die Diagnose auf Eczema seborrhoicum allerdings nahegelegt, speziell wenn sich am behaarten Kopfe Seborrhöe vorfindet, doch darf die Gegenwart der letzteren nicht als pathognomonisches Merkmal betrachtet werden, da sie auch vom echten Ekzem des Gesichtes begleitet sein kann.

Oft wird sich die Diagnose dieser Erkrankungsformen, die, so geringfügig sie erscheinen, doch zufolge ihrer Hartnäckigkeit besonders

lästig fallen, nur ex juvantibus et nocentibus stellen lassen, insoferne in einem Falle die mehr reizende Therapie des Eczema seborrhoicum oder die reizlose des Ekzems nützt oder schadet.

Von vielen Autoren wird auf die Schwierigkeit der Differentialdiagnose zwischen Eczema seborrhoicum und Psoriasis hingewiesen. Sicherlich entscheidet für die Differenzierung beider Krankheiten weder die Lokalisation der Plaques, noch die Menge und das Aussehen der Schuppen; beides wechselt je nach der Individualität der Erkrankung. Bei Psoriasis fehlt, wie wir dies am entsprechenden Orte ausgeführt, gar nicht so selten die immerhin als typisch zu bezeichnende Lokalisation auf Ellbogen und Knien, und ebenso ermangeln viele Fälle der massigen Bildung und des Silberglanzes der Schuppen.

Wodurch sich aber die Psoriasis, wenigstens unbehaarter Stellen, entschieden und mit Sicherheit vom seborrhoischen Ekzem unterscheiden läßt, das ist die leichte Abstreifbarkeit der Schuppen, der nach der Ablösung der letzteren zutage tretende eigentümliche Glanz der Effloreszenzen und die punktförmige Blutung.

Bei ausschließlicher Lokalisation der Erkrankung am behaarten Kopfe, auf welchem der Nachweis obiger Merkmale der Psoriasis kaum gelingt, können der Differentialdiagnose allerdings unüberwindliche Schwierigkeiten entgegenstehen.

Die **Prognose** des Eczema seborrhoicum kann im allgemeinen als eine günstige bezeichnet werden, insoferne in der Regel die Wirksamkeit der einzuschlagenden Therapie eine eklatante ist. Nach Jarischs Erfahrungen ist die Toleranz der Haut gegen therapeutische Eingriffe in der Regel eine große, und er hat es nur ganz ausnahmsweise erfahren, daß, wie dies Besnier für viele Fälle behauptet, die Intoleranz gegen Medikamente die Behandlung wesentlich erschwere.

Zu Rezidiven bleibt das Eczema seborrhoicum allerdings geneigt, und zwar so lange, als der Status seborrhoicus andauert — und das ist bei manchen Patienten, wie es scheint, das ganze Leben der Fall — ein entsprechendes Regime wird aber auch in diesen Fällen in der Regel imstande sein, den Krankheitserscheinungen vorzubeugen.

Die **Therapie** des Leidens ist in der Regel eine höchst erfolgreiche; die Besserung ist insbesondere im Beginne der Behandlung regelmäßig eine sehr eklatante, während die Residuen der Affektion sich des öfteren als hartnäckig erweisen können. Das Hauptmittel gegen die Erkrankung bildet der Schwefel, wie selber schon von Unna empfohlen wurde; er findet seine Anwendung in Form von Salben, Pasten oder Bädern. Während für den behaarten Kopf 10%ige Schwefelsalben, denen insbesondere bei entzündlichen Erscheinungen zweckmäßig 2—5% Zinkoxyd hinzugesetzt werden, sehr zweckdienlich erscheinen, hat Jarisch

vielfach den Eindruck gewonnen, als wenn Fette, insbesondere in den Gelenksbeugen, reizend wirken würden. Er macht bei Eczema seborrhoicum des Körpers mit Vorliebe von Schwefelbädern Gebrauch, und empfiehlt folgende Behandlung;

Für den behaarten Kopf tägliche Einpinselung folgender Salbe: Lact. sulf. 5·0, Oxyd. zinci 2·0—5·0, Axungiae porci (oder Adeps benzoat.) 50·0, Balsam. peruviani 0·5. Für den Körper täglich — oder bei erhöhter Reizbarkeit jeden zweiten Tag — ein Schwefelbad (100·0 bis 150·0 Solut. Vlemingx oder Hepar sulf. kalin. pro balneo), in welchem die Kranken womöglich bis zu einer Stunde verbleiben; am Ende des Bades Seifenwaschungen aller kranken Stellen, nach dem Abtrocknen Applikation von Lassarscher Pasta auf den Körper und der Schwefelzinksalbe (eventuell nur über Nacht) auf den Kopf. In Fällen, in denen der Gebrauch von Schwefelbädern auf Schwierigkeiten stößt, genügen oft prolongierte Waschungen mit Schwefelwasser (20—30 cm³ Solut. Vlemingx auf ein Lavoir voll warmen Wassers). Dieses im allgemeinen leicht durchführbare Verfahren hat Jarisch bisher die besten Resultate geliefert. Natürliche Schwefelbäder dürften entbehrlich sein. Die gleichzeitige Anwendung von Schwefelsalben und Waschungen mit Sublimatlösungen 1:1000, wie selbe von Audry empfohlen wurden, läßt sich von chemischen Gesichtspunkten aus kaum rechtfertigen.

Neben dem Schwefel wirkt auch das Resorzin teils in Form von, der Lassarschen analog zusammengesetzten Pasten wie Resorzin 1·0—2·0, Oxyd. zinci, Amyl. puri aa. 25·0, Vaseline. american. 50·0, teils in Form von Umschlägen befriedigend. Für letztere wurde von Unna folgende Formel empfohlen: Resorzin, Glyzerin aa. 10·0, Spirit. vin. 180·0. M. D. S. Mit vier Teilen Wasser zu Umschlägen.

Auch das Chrysarobin leistet in Form des 10%igen Traumatizins oder einer 5—10%igen Salbe Ersprießliches. Die unangenehmen Nebenwirkungen dieses Präparates lassen dasselbe, ebenso wie das Pyrogallol, als weniger zweckdienlich erscheinen, zumal diese Körper keinesfalls wirksamer sind als die Schwefelpräparate und ihr Anwendungsgebiet überhaupt nur ein beschränktes sein könnte.

Von den Teerpräparaten, welche zufolge des Aussehens und der Beschaffenheit der erkrankten Haut indiziert erscheinen könnten, sind besonders günstige Wirkungen nicht zu erwarten; häufig ist Reizung die Folge ihrer Applikation.

Hinsichtlich der Therapie des Eczema seborrhoicum capitis verweisen wir auch noch auf jene der Alopecia pityrodes.

Literatur.

- Audry Ch., Sur la dermatose de Unna. Annales. 1894, pag. 761.
 Audry Ch., Le soi-disant Eczéma séborrhoïque. Annales. 1899.
 Blaschko, Ekzematoide Dermatosen. Lubarsch-Ostertag, Ergebnisse. 1899, 4. Jahrgang.
 Brooke H. G., Über seborrhoische Affektionen und deren Beziehung zu einigen anderen Anomalien der Haut. Monatshefte. 1889, Bd. IX.
 Malcolm Morris, »Seborrhoic Eczema« in dessen: Diseases of the Skin.
 Neisser A., Pathologie des Ekzems. Sitzungsberichte der Deutschen dermatologischen Gesellschaft. 1891, III. Kongreß.
 Unna P. G., Das seborrhoische Ekzem. Monatshefte. 1887, Bd. VI.
 Unna P. G., Das seborrhoische Ekzem. Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge. 1893, Nr. 79.
 Unna P. G., Die Behandlung des Ekzems mit Resorzinumschlägen. Monatshefte. 1889, Bd. IX.
 Unna P. G., Histologischer Atlas zur Pathologie der Haut. 1898.
 Wende W. and Degroat H. K., Vegetating dermatitis developing during the course of infantile eczema. Journ. of cut. and gen. urin. dis. 1902.

Lichen simplex chronicus (Vidal).

(Neurodermitis chronica circumscripta [Brocq], Pseudo-Lichen [Tommasoli]).

Diese in ihrer Sonderstellung noch keineswegs allgemein anerkannte, in ihrem Aussehen dem Ekzem am nächsten stehende Affektion charakterisiert sich durch Auftreten heftig juckender, stecknadelkopf- bis hanfkorngroßer Knötchen, die meist in Gruppen angeordnet, geriffte Plaques bilden, aber auch über den ganzen Körper zerstreut vorkommen können. *(generalis. i. d. l.)*

Die frischen Effloreszenzen prominieren nur wenig über dem Hautniveau und zeigen eine meist schmutzig-gelblichweiße, manchmal mehr rötliche oder bräunliche Farbe. Im weiteren Verlaufe wird die Erhabenheit der papulösen Primäreffloreszenzen deutlicher, sie verlieren ihren Glanz und sehen mehr matt aus. Die glatte Oberfläche verwandelt sich infolge hyperkeratotischer Verdickung der Hornschicht in eine unebenwarzige, oder aber die Decke der Effloreszenzen beginnt kreideartig abzuschilfern.

Die Knötchen stehen in der Regel nicht einzeln, sondern rücken zu Plaques zusammen; die gruppierte Form findet sich mit Vorliebe in der Nackengegend. Es zeigen sich hier im Zentrum meist stärker pigmentierte Plaques, die aus einer mächtig verdickten, von tiefen Furchen durchquerten Haut bestehen, innerhalb welcher die Charakteristika der Effloreszenzen nicht mehr erkennbar sind; nur an der Peripherie der Plaques und eventuell auch in deren Umgebung sind typische Knötchen

Trockenheit
fehlender Glanz

Gesicht fehlt

Kröpfen

nachweisbar. Außer in der Nackengegend kommen solche gruppierte Knötchen des Lichen simplex chronicus auch gerne in der Genitokrural-falte (manchmal auch übergreifend auf Skrotum und Mons veneris), ferner an den Beugeseiten der Extremitäten in der Gelenksgegend, in der Genitokruralfalte, in der Achselbeuge etc. vor.

Seltener als in der Form von Plaques treten die Knötchen disseminiert oder generalisiert auf. Disseminierte Knötchen sind häufig durch pigmentierte Hautstreifen miteinander in Verbindung, auch können vereinzelte, über den Körper zerstreute Effloreszenzen durch ebensolche Hautbrücken mit einer lokalisierten Knötchengruppe zusammenhängen. Disseminierte Knötchen findet man am häufigsten in der Halsgegend, seltener an den Extremitäten ohne deutliche Bevorzugung der Streck- oder Beugeseiten. Generalisiert wurde die Erkrankung zuerst von Brocq (*névrodermites*), später von Marcuse u. a. beschrieben; sie ist dann an den Streck- und Beugeseiten der Extremitäten, besonders dicht an den Streckseiten der Unterschenkel lokalisiert. Bei der allgemeinen Ausbreitung nehmen die Knötchen oft eine follikuläre Anordnung an und finden sich reichlich an den Streckseiten der Extremitäten. Die Lokalisation der Effloreszenzen ist also im allgemeinen ein sehr unsicherer diagnostischer Anhaltspunkt.

Die Affektion verursacht in der Regel heftiges Jucken und ein Teil der Effloreszenzen präsentiert sich gewöhnlich stark zerkratzt, mit einer kleinen blutigen Borke bedeckt. In manchen Fällen besteht nur sehr geringes Jucken, ja es wurden unanfechtbare Fälle beschrieben, bei denen das Jucken gänzlich fehlte.

Der **Verlauf** der Erkrankung ist ein äußerst torpid-chronischer. Im Laufe von Monaten zeigen die einzelnen Knötchen sowie die Plaques (bei ihrer großen Resistenz gegen jegliche Therapie) nur wenig Veränderungen, abgesehen von der durch das Kratzen verursachten teilweisen Zerstörungen der Knötchen. Nie findet sich an Stelle dieser blutigen Borken echte Abschuppung, höchstens gelegentlich eine leichte, oberflächliche weiße Abschilferung.

Differentialdiagnostisch kommt in erster Linie chronisches Ekzem in Betracht, das in Form von Plaques auftreten kann, welche den gruppierten Herden des Lichen simplex so ähnlich sind, daß manche Autoren auch heute noch beide Affektionen ohneweiters miteinander identifizieren (Neisser). Doch kommt es bei Lichen simplex niemals wie bei Ekzem zu Bläschen- und Pustelbildung oder nässenden Hautflächen, es bleiben vielmehr die trockenen derben Knötchen, sich selbst überlassen, unverändert bestehen. Nicht selten besteht infolge des Juckens gleichzeitig Ekzem, wodurch die richtige Erkenntnis manchmal beirrt werden kann.

Es gibt Fälle mit Symptomen (auf am Hals-Nackengegend).
Lupinoider Charakter v. abgekürzten Ausbrüchen häufig charakteristisch.
Es können bspw. am Jucken auf infolge des Juckens (da lange Zeit
an mehr infallible sein).

Dem Lichen ruber planus kann das in Rede stehende Krankheitsbild sehr ähnlich sein, besonders wenn die Knötchen durch die mechanischen Insulte (Kratzen) hyperämisch werden und eine polygonale Begrenzung zeigen, wie dies manchmal vorkommt. Doch wird man in fraglichen Fällen an den Randpartien eine typische Lichen ruber planus-Effloreszenz finden, welche auch noch die übrigen charakteristischen Merkmale zeigt: wachsartigen Glanz und eine mehr bläuliche Farbe.

Mit Prurigo ist nicht leicht eine Verwechslung möglich infolge der deutlichen Lokalisation an den Streckseiten der Extremitäten, der zahlreichen kleinen Blutbörchen und der Verdickung der Haut der Unterschenkel.

Die von Weidenfeld als »Keratosis verrucosa« beschriebene Affektion unterscheidet sich nach Weidenfeld selbst vom Lichen simplex durch größere Knötchen, die mächtigere Hornschicht und durch die noch schlechtere therapeutische Beeinflussung. Nach Kreibich ist die Keratosis verrucosa einfach eine verruköse Form des Lichen simplex, da er einen völlig dem des Lichen simplex identischen histologischen Befund erheben konnte.

Die **histologische** Untersuchung ergibt nach Kreibich in frischen Knötchen geringgradige Entzündungserscheinungen in der Pars papillaris, keine große Rundzelleninfiltration. »Hingegen findet man bald die Bindegewebskerne vermehrt, vergrößert und blaß gefärbt, die Bindegewebsfasern vielleicht etwas verbreitert, kleine Serumansammlungen unmittelbar unter der Epidermis in die Mitte des Knötchens, oft aber auch weit in die Epidermis hineinragend. Später sieht man über manchen Knötchen die Hornschicht mit kernhaltigen Zellen schilfern, das Rete gewöhnlich verbreitert, die Zapfen verlängert, die Papillen dicker, kuppenartig oder rundbogenartig verbreitert, ihr Bindegewebe scheinbar hyalin glasig verdickt.« Infolge des häufigen Juckens und starken Kratzens sieht man in der Epidermis Reste von Hämorrhagien.

Die **Pathogenese und Ätiologie** der Affektion ist noch vollständig dunkel, was um so weniger wundernehmen kann, als ihre Eigenart und ihre Stellung im System der Hautkrankheiten viel umstritten ist.

Neisser rechnet sie einfach dem chronischen Ekzem zu. Jaquet und Brocq reihen sie unter die »Névrodermites« ein und schreiben ihr eine reflektorische Entstehungsart zu: die Effloreszenzen sind eine Folge des Kratzens^{*} und das Kratzen ist wieder durch einen primären Juckreiz auf neurodermitischer Basis bedingt. Dagegen wird von anderen Autoren angeführt, daß — wenn auch selten — typische Fälle ohne bestehendes Jucken beobachtet wurden.

Nach Touton ist die Affektion weder ein Ekzem noch ein Lichen, sondern ein Pruritus localis mit konsekutiver Veränderung der Haut (Lichenifikation) und eher der Prurigo Hebra verwandt.

Kreibich rechnet die Affektion eher der Urticaria perstans zu, auf Grund eines von ihm beschriebenen Falles von Urticaria perstans papulosa, den er als generalisierten Lichen simplex auffaßt, eine Auffassung, die von

*) auf die Keratosen Formen ?!

Neisser bestritten wurde. Kreibich erklärt die Entstehung des Lichen simplex so, daß zuerst ein umschriebenes ödematöses Knötchen ohne besondere Entzündungserscheinungen entsteht; es folgt zellige Proliferation, das Bindegewebe wird hypertrophisch und es kommt zur Entwicklung einer Hyperkeratose. Diese Auffassung paßt in das von Kreibich gegebene System der Angioneurosen, dessen wir schon mehrmals gedachten. Es müßten sich konform mit anderen Angioneurosen an hierzu disponierten Individuen durch mechanische, thermische und chemische Irritationen Lichen simplex-Eruptionen hervorrufen lassen.

Die **Prognose** ist insoferne nicht günstig zu nennen, als in der Mehrzahl der Fälle die Therapie den äußerst schleppenden Verlauf der Affektion nur sehr wenig beeinflußt und selbst in den Fällen, wo die Therapie wirkungsvoll zu sein scheint, Rezidive oft nicht verhindert werden können.

Bei der **Therapie** kommen die schon beim chronischen Ekzem ausführlich erörterten Kuren und Medikamente in Betracht, von denen manche sich in einzelnen Fällen bewährt haben. In vielen Fällen bleibt freilich jede, selbst durch Monate fortgesetzte Behandlung resultatlos. Kreibich urteilt über die Erfolge der Therapie optimistischer als die meisten der anderen Autoren. Er empfiehlt, die kranken Stellen, ähnlich wie bei Ekzem, mit 50%iger Kalilauge zu ätzen, bis eine nässende Fläche entstanden ist, und auf dieselbe sofort Emplastrum sapon. zu legen, so lange, bis sich eine neue Hornschicht gebildet hat. Ist dies der Fall, kombiniert man den Pflasterverband mit Unguentum sulfuratum Wilkinsonii so lange, bis die Knötchen im Niveau der Umgebung verschwunden sind. Als Nachkur wird folgende Salbe verwendet: Rp. Resorcini, Spirit. sapon. kalin. aa. 2·0, Vaselini flavi 30·0.

Neuestens wird die Röntgenbehandlung gerühmt (H. E. Schmidt). Es gelingt zuweilen schon durch eine einzige Bestrahlung, die Knötchen oder Plaques zur vollständigen Involution zu bringen. Doch schützt auch dieses Verfahren keineswegs vor Rezidiven.

Literatur.

Brocq, Aperçu sur les dermatoses prurigineuses et sur les anciens lichens. Zweiter internationaler Dermatologenkongreß. Wien 1892.

Brocq, Nouvelles notes cliniques sur les lichenifications et les névrodermites. Annales. 1896.

Kreibich, Lehrbuch der Hautkrankheiten. Wien 1904.

Neisser, Über den gegenwärtigen Stand der Lichenfrage. XI. internationaler Kongreß Rom. Archiv. 1894, Bd. XXVIII.

Touton, Über Neurodermitis chronica circumscripta (Brocq). Lichen simplex chronicus circumscriptus (Cazenave-Vidal). Archiv. 1895, Bd. XXXIII.

Vidal, Du Lichen. Annales. 1886, Bd. III.

Follikulitiden, Perifollikulitiden.

Die Follikulitiden und Perifollikulitiden stellen nur insofern eine natürliche Gruppe dar, als sie von bestimmten anatomischen Gebilden ihren Ausgang nehmen, in bezug auf ihren klinischen Verlauf erweisen sie sich aber als höchst differente Erkrankungen, deren Natur zumeist unserer Erkenntnis noch vollkommen verschlossen ist. Schon die Frage nach der vorwiegenden Beteiligung der Haarfollikel oder der Talgdrüsen hat bisher kaum für die häufigsten derselben eine übereinstimmende Beantwortung erfahren, und die Ätiologie der verschiedenen Formen ist zumeist noch so gut wie unbekannt. Bei dieser Sachlage darf es nicht wundern, wenn sich in der Beurteilung und Benennung derselben weitgehende Differenzen ergeben, und man z. B. noch nicht einmal über den Begriff des so häufig gebrauchten Namens der »Akne« ins Reine gekommen ist. Macht sich auf der einen Seite und insbesondere bei französischen Autoren das Bestreben kund, alle möglichen entzündlichen und nichtentzündlichen, tatsächlichen, oder nur supponierten Follikular- und Talgdrüsenkrankungen und selbst Sekretionsanomalien unter der generellen Bezeichnung der »Akne« zusammenzufassen, so wollen andere Autoren, wie z. B. Unna, Touton u. a., den Begriff eingengen und nur für gewisse Arten derselben reservieren, ohne aber infolge unserer durchaus mangelhaften Kenntnisse in der Lage zu sein, demselben einen bestimmt umgrenzten, positiven und unbestrittenen Inhalt zu geben.

Im allgemeinen dürfen wir in Anlehnung an Touton auf Zustimmung hoffen, wenn wir den Aknebegriff dahin zu begrenzen versuchen, daß darunter nur entzündliche Erkrankungen der Haartalgfollikel der Lanugohaare zu verstehen seien, während für die entzündliche Erkrankung der Follikel der dickeren Haare andere Bezeichnungen reserviert bleiben, wobei wir freilich bekennen müssen, daß auch diese Einteilung, wollen wir die gebräuchliche Terminologie beibehalten, durch die Tatsachen vielfach durchbrochen erscheint.

Wir besprechen zunächst den Hauptrepräsentanten der Follikulitiden, die sogenannte Sykosis.

Sykosis.

Acne mentagra, Bartfinne, Sycosis staphylogenes Unna.

Unter der Bezeichnung Sykosis versteht man eine chronische, an behaarten Stellen der Haut sich lokalisierende Erkrankung, bei welcher sich infolge einer tiefsitzenden Follikulitis und Perifollikulitis entzündliche Knötchen, Knoten und Pusteln, welche von einem Haare durchbohrt erscheinen, entwickeln.

Krankheitsbild und Verlauf. Die Erkrankung beginnt zumeist in der Weise, daß an den beharteten Stellen des Gesichtes oder an den unten näher zu bezeichnenden Lokalitäten disseminiert stehende, stecknadelkopfgroße oder größere entzündliche Knötchen und Knoten auftreten, welche in gewissen Entwicklungsphasen von einem Pustelchen gekrönt werden, oder daß sich gleich von vorneher kleine Pusteln bilden, welche Effloreszenzen ihre Beziehung zu den Haarbälgen zumeist dadurch